



DOLENTIUM HOMINUM

N. 33 – año XI (N. 3) 1996

REVISTA DEL PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL
DE LOS AGENTES SANITARIOS

Dirección, Redacción, Administración:

Ciudad del Vaticano
Teléfonos: 698.83138, 698.84720, 698.84799,
Telefax: 698.83139
Telex: 2031 SANITPC VA

En la cubierta:

vidriera de P. Costantino Ruggeri

Publicación cuatrimestral

Suscripción:

Liras italianas 60.000
o el importe
equivalente en moneda local,
comprendidos todos los gastos
de envío

Impreso en la

Editrice VELAR S.p.A., Gorle (BG)

Spedizione in abb. postale
Comma 27 art. 2 legge 549/95 - Roma

Director:

FIorenzo CARD. ANGELINI

Redactor Jefe:

P. JOSÉ L. REDRADO O.H.

Secretario:

P. FELICE RUFFINI M.I.

Consejo de Redacción:

DON GIOVANNI D'ERCOLE F.D.P.
SOR. CATHERINE DWYER M.M.M.
DR. GIOVANNI FALLANI
MONS. JESUS IRIGOYEN
P. VITO MAGNO R.C.I.
ING. FRANCO PLACIDI
PROF. GOTTFRIED ROTH
MONS. ITALO TADDEI

Colaboran en la Redacción:

P. DAVID MURRAY M.ID.
MARIA ÁNGELES CABANA M.ID.
SOR. M. GABRIELLE MULTIER
D. JEAN-MARIE M. MPENDAWATU

Sumario

- 4 MENSAJE DEL SANTO PADRE
CON MOTIVO DE LA
V JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO

MAGISTERIO

- 7 **De los discursos del Santo Padre
Juan Pablo II**

ARGUMENTOS

- 16 **La fe como elemento que trasciende
y facilita el resultado terapéutico
en el paciente que sufre**
*Prof. Pierluigi Zucchi,
Padre Bonifacio Honings.*

- 29 **Tecnología y dignidad humana**
Sor Ma. Suárez Vázquez.

- 35 **El capellán, la asistencia religiosa
y la capellanía**
P. Arnaldo Pagrazzi, M.I.

TESTIMONIOS

- 44 **La salud en Bolivia**

- 47 **«Al servicio de la Caridad por la Vida»
Proyecto de pastoral de salud
para América Latina y el Caribe**
*Hermanas de la Caridad
Dominicas de la Presentación*

ACTIVIDAD DEL PONTIFICIO CONSEJO

VIII Congreso Europeo Médicos Católicos

- 58 **Servir al que sufre es una misión**
Card. Angelo Sodano

- 59 **Somos testigos
de nuestro servicio a la vida**
Card. Fiorenzo Angelini

- 60 **La medicina moderna
y nuestra concepción del hombre**
Card. Fiorenzo Angelini

Congreso en Pompeya

- 63 **Juventud de la vejez**
P. José L. Redrado

- 68 **Crónica de las actividades
del Pontificio Consejo - 1996**

*Las ilustraciones de este número
proceden del libro:
“Cosma e Damiano”
de Pierre Julien, François Ledermann
e Alain Touwaide,
Antea Edizioni, Milano 1993*

MENSAJE DEL SANTO PADRE

con motivo de la V JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO

11 febrero 1997

1. La próxima Jornada Mundial del Enfermo se celebrará el 11 de febrero de 1997 en el Santuario de Nuestra Señora de Fátima en la noble Nación portuguesa. El lugar elegido tiene mucho significado para mí. En efecto, me fue grato visitarlo en el aniversario del atentado a mi persona en la Plaza San Pedro, para agradecer a la divina Providencia, ya que por su inescudriñable designio este dramático hecho coincidió misteriosamente con el aniversario de la primera aparición de la Madre de Jesús, el 13 de mayo de 1917, en la Gruta de Iría.

Por tanto, me complace que se desarrolle en Fátima la celebración oficial de una Jornada como la del Enfermo que tanto amo. Ella será para cada uno ocasión propicia para colocarse a la escucha del mensaje de la Virgen, que tiene como centro fundamental “la llamada a la conversión y a la penitencia, como pide el Evangelio. Esta llamada ha sido pronunciada a comienzos del siglo XX y, por lo mismo, ha sido dirigida especialmente a este siglo. Al parecer, la Señora del mensaje ha leído con especial perspicacia los signos de los tiempos, los signos de nuestro tiempo” (*Alocución en Fátima*, 13 de mayo de 1982, en *Enseñanzas V/2* [1982], p. 1580).

Si escuchamos a la Virgen Santísima, para nosotros será posible descubrir de modo vivo y conmovedor su misión en el misterio de Cristo y de la Iglesia: misión que ya encontramos en el Evangelio cuando María anima a Jesús para iniciar los milagros, diciendo a los siervos durante la fiesta nupcial en Caná de Galilea: “Haced lo que él os diga” (*Jn 2, 5*). En Fátima, ella es eco de una palabra específica pronunciada por el Hijo al inicio de su misión pública: “El tiempo se ha cumplido...; convertíos y creed en la Buena Nueva” (*Mc 1, 15*). La invitación insistente de María santísima para que hagamos penitencia no es sino la manifestación de su preocupación materna por el porvenir de la familia humana, necesitada de conversión y de perdón.

2. En Fátima, María es portadora también de otras palabras del Hijo. En la Gruta de Iría resuena, de modo especial, la invitación de Cristo: “Venid a mí todos los que estáis cansados y agobiados, y yo os aliviaré” (*Mt 11, 28*). Las muchedumbres de peregrinos que, de todas partes del mundo, llegan a esa tierra bendita ¿no son acaso un elocuente testimonio de la necesidad de consuelo y alivio que innumerables personas experimentan en la propia vida?

Ante todo, son los que sufren quienes se sienten atraídos ante la perspectiva del “alivio” que el Médico divino es capaz de dar a quien va a El con confianza. Y en Fátima

ma este alivio está presente: a veces como alivio físico, cuando en su providencia Dios concede la curación de la enfermedad; y más a menudo, como alivio espiritual, cuando el alma, invadida por la luz interior de la gracia, encuentra la fuerza de aceptar el peso doloroso de la enfermedad transformándolo, mediante la comunión con Cristo, siervo sufriente, en instrumento de redención y de salvación para sí y para los hermanos.

La voz materna de María nos indica el sendero que debemos seguir en este difícil camino, pues en la historia y en la vida de la Iglesia, y particularmente en nuestro tiempo, ella continúa repitiendo las palabras: “Haced lo que él os diga”.

3. La Jornada Mundial del Enfermo es una ocasión preciosa para volver a escuchar y para acoger la exhortación de la Madre de Jesús a quien, al pie de la Cruz, le fue confiada la humanidad (cfr. *Jn* 19, 25-27). La Jornada se coloca en el primer año del “triduo” preparatorio del Grande Jubileo del año 2,000: un año completamente dedicado a la reflexión sobre Cristo. Esta reflexión sobre la centralidad de Cristo “no puede ser separada del reconocimiento del papel desempeñado por su Santísima Madre... María, dedicada constantemente a su Divino Hijo, se propone a todos los cristianos como modelo de fe vivida” (Carta Ap. *Tertio millennio adveniente*, n. 43).

La ejemplaridad de María encuentra su expresión más elevada en la invitación para contemplar el Crucifijo y aprender de El que, al asumir totalmente la condición humana, ha querido ofrecerse voluntariamente para cargar nuestros sufrimientos y ofrecerse al Padre como víctima inocente para nosotros hombres y para nuestra salvación, “con poderoso clamor y lágrimas” (*Hb* 5, 7). De este modo El ha redimido el sufrimiento, transformándolo en don de amor salvífico.

4. ¡Queridos hermanos y hermanas, que sufrís en el espíritu y en el cuerpo! No cedáis ante la tentación de considerar el dolor como experiencia únicamente negativa, hasta el punto de dudar de la bondad de Dios. Cada enfermo encuentra en el Cristo sufriente el significado de sus padecimientos. El sufrimiento y la enfermedad pertenecen a la condición del hombre, criatura frágil y limitada, marcada desde el inicio por el pecado original. Sin embargo, en Cristo muerto y resucitado la humanidad descubre una nueva dimensión de su sufrimiento: en vez de ser una derrota, el sufrimiento se manifiesta como ocasión propicia para ofrecer un testimonio de fe y de amor.

Amados enfermos, sabed encontrar en el amor “el sentido salvífico de su dolor y las respuestas válidas a todos vuestros interrogantes” (Carta Ap. *Salvifici doloris*, n. 31). Vuestra misión es de altísimo valor tanto para la Iglesia como para la sociedad. “Vosotros que lleváis el peso del sufrimiento estáis en los primeros puestos que corresponden a los que ama el Señor. Del mismo modo como hizo a todos los que El encontró en los caminos de la Palestina, Jesús os ha dirigido una mirada llena de ternura; su amor nunca disminuirá” (*Discurso a los enfermos y a los que sufren*, Tours, 21 de setiembre de 1996, 2, en *L'Osservatore Romano* 23/24 de setiembre de 1996, p.4). Sed testigos generosos de este amor privilegiado a través del don de vuestro sufrimiento, de grande alcance para la salvación del género humano.

En una sociedad como la actual, que busca construir su futuro en el bienestar y en el consumismo y todo lo valúa de acuerdo a la eficiencia y al provecho, al no poder negarlos, la enfermedad y el sufrimiento son marginados o vaciados de significado con la ilusión de superarlos a través de los únicos medios ofrecidos por el progreso de la ciencia y de la técnica.

Indudablemente, la enfermedad y el sufrimiento son un límite y una prueba para la mente humana. Mas, a la luz de la Cruz de Cristo, son un momento privilegiado de crecimiento en la fe y un instrumento precioso para contribuir, en unión con Jesús Redentor, a la realización del proyecto divino de la salvación.

5. En la página evangélica referente al juicio final, cuando “el Hijo del hombre venga en su gloria acompañado de todos sus ángeles” (*Mt 25, 31*), encontramos los criterios según los cuales se pronunciará la sentencia. Como bien sabemos, estos criterios están resumidos en la solemne afirmación conclusiva: “En verdad os digo que cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos, más pequeños, a mí me lo hicisteis” (*Mt 25, 40*). En estos “hermanos más pequeños” están incluidos los enfermos (cf. *Mt 25, 36*), a menudo solos y marginados por la sociedad. La sensibilización de la opinión pública para con ellos es una de las finalidades principales de la celebración de la Jornada Mundial del Enfermo: estar cerca a quien sufre, para que haga fructificar su sufrimiento incluso a través de la ayuda de quienes están a su lado para curarlo y asistirlo; este es el compromiso al que nos llama la Jornada.

Siguiendo el ejemplo de Jesús, es preciso acercarnos al hombre que sufre como “buenos samaritanos”. Es necesario aprender a “servir en los hombres al Hijo del hombre”, como decía el Beato Luigi Orione (cf *Scritti 57, 104*). Es necesario saber ver con ojos solidarios los sufrimientos de los propios hermanos, no “pasar de lado”, sino hacerse “prójimo”, deteniéndonos junto a ellos, con gestos de servicio y de amor que buscan la salud integral de la persona humana. Una sociedad se cualifica gracias a los cuidados que presta a quienes sufren y por la actitud que adopta hacia ellos.

En el mundo donde vivimos, demasiados seres humanos están al margen del amor de la comunidad familiar y social. Apareciéndose en Fátima a tres pobres pastorcitos para transformarlos en anunciadores del mensaje evangélico, la Virgen Santísima ha querido renovar su liberador *Magnificat*, como voz de “los que no aceptan pasivamente las circunstancias adversas de la vida personal y social ni son víctimas de la ‘alienación’ – como se dice hoy – sino proclaman con Ella que Dios *exalta a los humildes* y, si es el caso, *derriba a los potentes de su trono*” (*Homilía en el Santuario de Zapopan, 30 de enero de 1979, 4, en Enseñanzas II/1 [1979], p. 295*).

6. Por tanto, también en esta circunstancia renuevo una firme llamada a los responsables de los poderes públicos, a las organizaciones sanitarias internacionales y nacionales, a los agentes sanitarios, a las asociaciones de voluntariado y a todos los hombres de buena voluntad, para que se unan al compromiso de la Iglesia que, adhiriendo a la enseñanza de Cristo, desea anunciar el Evangelio mediante el testimonio del servicio ofrecido a quienes sufren.

La Virgen Santísima, que en Fátima ha secado tantas lágrimas, nos ayude para transformar esta Jornada Mundial del Enfermo en un momento cualificante de “nueva evangelización”.

Con estos deseos, mientras invoco sobre las iniciativas promovidas en ocasión de esta Jornada la protección materna de María, Madre del Señor y Madre nuestra, gustoso imparto a vosotros, amadísimos enfermos, a vuestros familiares, a los agentes sanitarios, a los voluntarios y a todos los que están a vuestro lado con espíritu de solidaridad en vuestros sufrimientos, mi afectuosa Bendición.

Vaticano, 18 de octubre de 1996.

magisterio

*de los discursos
del Santo Padre*

Con vuestra oración y vuestro sufrimiento sed protagonistas de la nueva evangelización

DISCURSO DEL SANTO PADRE A UN GRUPO DE PEREGRINOS
DE LA OFTAL, 23 DE MARZO

La Obra federativa para el transporte de enfermos a Lourdes (OFTAL), de Italia, peregrinó a Roma para visitar la tumba del apóstol Pedro y manifestar su adhesión al Papa. Su Santidad, el día 23 de marzo, recibió en la sala Pablo VI a los 1.200 peregrinos, entre miembros de la institución, enfermos y familiares. Juan Pablo II les dirigió el siguiente discurso:

8 1. Os acojo con alegría, queridos hermanos y hermanas de la *Obra federativa para el transporte de enfermos a Lourdes*. Os doy una cordial bienvenida, sobre todo a vosotros, queridos enfermos, que habéis afrontado las molestias del viaje para venir a Roma, junto a la tumba del apóstol Pedro.

Saludo a los responsables de la Asociación y les expreso mi estima por esta y por las otras iniciativas, que permiten a tantas personas vivir esa fuerte experiencia de fe que es la peregrinación. Sé que *confirmar vuestra fe* es el motivo principal que os ha impulsado a venir.

Por eso, ante todo, quiero traer a vuestra memoria las palabras del apóstol Pedro: «Rebosáis de alegría, aunque sea preciso que todavía por algún tiempo seáis afligidos con diversas pruebas, a fin de que la calidad probada de vuestra fe, más preciosa que el oro perecedero que es probado por el fuego, se convierta en motivo de alabanza, de gloria y de honor, en la revelación de Jesucristo» (*1 P 1, 6-7*).

2. El segundo motivo que os ha traído aquí es el deseo de *ofrecer vuestra oración y vuestro sufrimiento*: es una ofrenda, podríamos decir un óbolo espiritual acumulado en la vida diaria, especialmente cuando resulta pesada y requiere mayor paciencia.

Amadísimos hermanos, os agradezco el espíritu de generosa oblación y devota solidaridad hacia el Papa, que os animan en esta peregrinación y, más aún, en el ofrecimiento diario de vuestras oraciones y sufrimientos. Os doy las gracias y os repito cuanto he escrito en el *Mensaje* para la última Jornada mundial del enfermo: «Sufrir y estar cerca de quien sufre: quien vive en la fe estas dos situaciones entra en contacto particular con los

sufrimientos de Cristo y es admitido a compartir una “especialísima partícula del tesoro infinito de la redención del mundo”» (n. 5: *L'Osservatore Romano*, edición en lengua española, 3 de noviembre de 1995, p. 12).

3. El tercer motivo de vuestra peregrinación es vuestro propósito de insertaros activamente, valorizando precisamente la situación en que os encontráis, en el itinerario de *preparación para el gran jubileo del año 2000*. A este respecto, reafirmo mi exhortación a sentiros, con toda razón, protagonistas del camino de renovación evangélica que la Iglesia entera está llamada a recorrer en estos años que nos llevan al Jubileo (cf. *ib.*) Vosotros, amadísimos hermanos, «estáis llamados a una misión peculiar en el ámbito de la nueva evangelización, inspirándoos en María, Madre del amor y del dolor humano. En este difícil testimonio os sostienen los agentes sanitarios, vuestros familiares y los voluntarios, que os acompañan a lo largo del camino diario de la prueba» (*ib.*, 2).

Os sostiene, ante todo, la Inmaculada, a quien amáis y veneráis como meta principal de vuestras peregrinaciones terrenas y de la gran peregrinación de la vida. Os acompañe también mi bendición apostólica, que ahora os imparto con gran afecto a vosotros, aquí presentes, y que extendiendo con mucho gusto a cuantos no han podido venir, así como a vuestros familiares.

Combatir todas las lepras

DISCURSO AL GRUPO «RAOUL FOLLEREAU», SABADO 27 DE ABRIL

Juan Pablo II recibió en audiencia la mañana del sábado 27 de abril, en la sala Clementina, a 300 miembros del grupo Raoul Follereau, asociación que continúa en el mundo la inspiración y la obra del gran apóstol de los leprosos que murió hace veinte años en París. No sólo lucha contra el morbo de Hansen, sino también contra todas las lepras y marginaciones del mundo. El Papa dirigió en francés al grupo el discurso que ofrecemos a continuación.

Señor presidente; señoras y señores; queridos amigos:

1. Con gran alegría os acojo aquí y, a través de vosotros, me complace saludar a todo el grupo Raoul Follereau en la multiplicidad de sus ramificaciones, con los miembros que lo forman, las familias que representa, los bienhechores que lo sostienen y los centenares de miles de enfermos curados o que están realizando un tratamiento y que constituyen su primera razón de ser. Le agradezco vivamente, señor presidente, su sentida presentación de la persona y de la acción de vuestro fundador, así como del grupo humanitario que usted anima.

Ante todo, deseo dar gracias a Dios por los resultados obtenidos en medio siglo, desde el día en que Raoul Follereau decidió consagrarse a la lucha contra el flagelo de la lepra que afectaba a países enteros e impedía a miles de seres humanos llevar una vida digna de este nombre. Conmovido por la tragedia de esos pobres, cuyos cuerpos se habían convertido en el más apremiante de los límites, se puso a su servicio con un celo comunicativo. Como todo cristiano verdadero, tomó en serio la frase de Cristo: «Cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mí me lo hicisteis» (Mt 25, 40).

Raoul Follereau, rica personalidad de numerosas facetas, supo reunir cualidades complementarias, cuya unión le permitió magníficas realizaciones. Tenía la virtud de la compasión: «Siempre he estado obsesionado – escribió – por la miseria, y lleno de admiración y amistad hacia quienes la combaten, en cualquiera de sus fases». Aunque tenía conciencia de que «no se puede erradicar toda la

miseria del mundo», se dedicó con todo su empeño a hacerla retroceder: «Llegué a la convicción de que allí había una causa que podía llenar plenamente la vida de un joven, como era yo entonces. Y me consagré a ella».

2. Fortalecidos por este ejemplo que arrastra, proseguís su acción y tenéis aún ante vosotros un campo inmenso, puesto que, no contentos con combatir la lepra, combatís igualmente todas las lepras. Desde Adzopé, primera aldea de leprosos fundada en 1942, os habéis extendido hacia todos los continentes: Tanto en los países lejanos como en vuestras ciudades y en sus periferias, no faltan angustias escondidas, situaciones desesperadas y vidas resquebrajadas, a las que tratáis de llevar el consuelo de la palabra y del gesto, de la sonrisa y de la amistad, de la compasión y de la entrega de vosotros mismos.

Os felicito y os animo a actuar con perseverancia en los países devastados por la guerra o afectados por las epidemias. «Nuestro llamamiento – decía Raoul Follereau – conserva siempre su actualidad». De este modo, se hacía eco de las palabras de Cristo: «pobres siempre tendréis con vosotros» (Jn 12, 8). Y debéis implicar a los más necesitados en el trabajo paciente que les permita recuperar su dignidad, porque no tratáis con casos, sino con personas.

3. Como ya habéis hecho, seguid cooperando con la Iglesias en todos los continentes, para unir vuestras fuerzas y conseguir las victorias de la vida. Deseo manifestaros vivamente mi estima, mi confianza y mi gratitud por todo lo que realizáis. Raoul Follereau os ha trazado un camino, pues él mismo había seguido a Cristo que es el camino (cf. Jn 14, 6). Siguiendo su ejemplo, podréis discernir lo que es justo y bueno, y realizarlo con entusiasmo.

Que Dios os acompañe, queridos amigos, y lleve a cumplimiento mediante vosotros lo que él mismo ha iniciado. Para animaros en vuestra acción, que es fuente de esperanza, os imparto de todo corazón mi bendición apostólica y la extiendo a todos vuestros seres queridos.

Orad también por el ministerio del Papa

PALABRAS DE SU SANTIDAD AL FINAL DEL REZO DEL ROSARIO,
SABADO 4 DE MAYO

10

Cono todos los primeros sábados de mes, Su Santidad rezó el rosario a través de los micrófonos de Radio Vaticano, pero esta vez desde la catedral de Como. En el templo se habían congregado numerosos fieles, enfermos, sacerdotes, religiosos, religiosas y jóvenes. A cada misterio se acercaron consecutivamente al cuadro de la Virgen una enfermera, un enfermo en silla de ruedas, un joven, un anciano y una religiosa, para depositar en el candelabro situado al pie del altar un cirio encendido. Mientras la asamblea cantaba la «Salve regina», una familia con cinco hijos depositó el sexto cirio. Al concluir la plegaria mariana, el Santo Padre dirigió a los presentes la alocución que ofrecemos a continuación. Desde el balcón del palacio episcopal, se asomó para dar las buenas noches a todos los que esperaban en la plaza, y dijo bromeando: «Sabéis que el Señor creó el día y la noche: el día para trabajar y la noche para dormir. Por tanto, os deseo una buena noche».

Amadísimos hermanos y hermanas:

1. Me alegra haber podido rezar junto con vosotros el santo rosario en esta iglesia catedral dedicada a la Asunción de la bienaventurada Virgen María. El mes de octubre del año pasado, recé por última vez el santo rosario así en la catedral de San Patricio, en Nueva York. Es un buen signo. Este año se celebra el sexto centenario del comienzo de su construcción. El armonioso edificio, con sus espléndidas estructuras y sus sugestivos frescos, crea una atmósfera sagrada en la que es fácil recogerse para orar.

Las numerosas representaciones marianas presentes en el templo nos invitan a dirigirnos con confianza a la Madre de Dios y Madre nuestra. En el Calvario Jesús nos encomendó a ella para que nos guíe de la mano, en todos los momentos de la vida, hacia una adhesión cada vez más profunda a los designios providenciales que Dios tiene para cada uno de nosotros.

Os expreso mi afecto ante todo a vosotros, queridos enfermos, a quienes veo con agrado aquí delante, así como también a todos los enfermos que no han podido participar en este momento de oración. Sabed unir constantemente, en la fe, vuestros sufrimientos a la cruz

victoriosa de Cristo y rezad también por mí y por el ministerio que se me ha confiado.

Os agradezco a vosotros, queridos sacerdotes aquí presentes, y a cuantos, a través de la radio o la televisión, se han unido espiritualmente a nosotros para rezar el rosario. Os exhorto a todos, especialmente en este mes de mayo que la devoción popular dedica a la Virgen, a recurrir con confianza al santo rosario. Además, queridos sacerdotes, invitad a las familias y a las comunidades encomendadas a vosotros a rezar frecuentemente el rosario, oración efficacísima para obtener dones celestiales.

Saludo cordialmente y doy las gracias a las religiosas, que son numerosas y a quienes deseo que aumenten en vocaciones. ¡No sabéis cuán necesarias sois! Saludo, asimismo, a todos los fieles que, de diversos modos, han participado en este encuentro, tanto en la catedral como fuera de ella. Envío a cada uno mi saludo afectuoso.

2. Amadísimos hermanos y hermanas, en este primer sábado del mes de mayo, me brota con espontaneidad indicaros a María Santísima como modelo al que debéis referiros durante la jornada, para encontrar en su ejemplo inspiración y guía segura. Os exhorto a invocar a María sin cansaros jamás: será para vosotros motivo de consuelo y de esperanza. En efecto, María sostiene a los cristianos en su peregrinación diaria de la fe, refuerza su fidelidad a los compromisos evangélicos y abre los corazones a la caridad hacia todos, especialmente hacia los menos favorecidos.

Al daros cita para mañana, e invocando la intercesión de nuestra Madre celestial y de los santos patronos de esta diócesis, os imparto a todos de corazón mi bendición.

Por la cruz la vida triunfa sobre la muerte

*PALABRAS DEL PAPA A LOS VOLUNTARIOS DEL SUFRIMIENTO
DE HONG KONG, 31 DE MAYO*

Juan Pablo II recibió en audiencia, el viernes 31 de mayo, a un grupo de Voluntarios del sufrimiento de Hong Kong y a un grupo de la asociación Obreros silenciosos de la cruz, fundada en Italia por el siervo de Dios Luigi Novarese y que tiene por lema: «El enfermo, por medio del enfermo, con la colaboración del hermano sano». La audiencia tuvo lugar en la sala Clementina y durante ella el Santo Padre pronunció en inglés el siguiente discurso.

Queridos amigos en Cristo:

Con gran alegría doy la bienvenida al grupo de *Voluntarios del sufrimiento* de Hong Kong, y a los *Obreros silenciosos de la cruz*, que os están asistiendo durante vuestra visita a Roma. Vuestra fe y valentía ante el sufrimiento hace que este encuentro sea un momento especial y significativo para el Sucesor de Pedro. Os aliento en vuestra entrega y en vuestro apostolado.

Ya sabéis que vuestros sufrimientos pueden llevaros al corazón mismo del misterio cristiano. En su carta a los Colosenses, el apóstol Pablo escribe: «Ahora me alegro por los padecimientos que soporto por vosotros, y completo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo, en favor de su Cuerpo, que es la Iglesia» (*Col 1, 24*). Con esas palabras san Pablo quiere decir que Cristo crucificado y resucitado está unido de modo especial con quienes sufren, porque a través de la cruz la vida triunfa sobre la muerte y la gracia sobre el pecado. El es nuestro Salvador, y nada puede añadirse a su obra redentora. Pero a través del misterio de la Iglesia, su Cuerpo, nos hace participar en su propio sacrificio para que, en la lucha diaria contra nuestras limitaciones, descubramos el *sentido salvífico del sufrimiento*. Al llegar a este punto, es posible alcanzar la paz interior e incluso la alegría espiritual (cf. *Salvifici doloris, 26*).

Los cristianos no debemos tener una actitud de resignación pasiva ante la enfermedad y las demás aflicciones. *El sufrimiento pertenece a la trascendencia humana*: es una de las áreas en que los hombres y las mujeres, incluso los niños, pueden ir, por así decirlo, más allá de sí mismos. Aceptado y soportado

con fe, el sufrimiento se transforma en instrumento de nuestra santificación y de la de los demás. Y se convierte en fuente de redención para toda la humanidad.

Estoy seguro de que el centro de *Voluntarios del sufrimiento* de Hong Kong desempeña un papel significativo en la vida espiritual de la Iglesia de esa ciudad, comunicando la misteriosa vitalidad que viene de la unión íntima con el Señor crucificado y testimonianando *el poder del Evangelio para transformar incluso las situaciones más difíciles*. Aliento a los *Obreros silenciosos de la cruz*, incluyendo al grupo de novicios que hoy están aquí, a seguir viviendo y compartiendo con los demás el carisma que vuestro fundador, monseñor Novarese, os ha dejado.

Que María, Consuelo de los afligidos, esté cerca de todos vosotros.

Y como prenda de fuerza y paz en el Señor, os imparto cordialmente mi bendición apostólica.

Aliviar el sufrimiento, abatir las soledades y acoger a los hermanos desvalidos

HOMILIA EN LA CELEBRACION DE LA PALABRA
EN LA BASILICA DE SAN MARTIN DE TOURS, 21 DE SEPTIEMBRE

Queridos hermanos y hermanas:

1. «Bienaventurados vosotros, porque es vuestro el reino de los cielos». Os saludo a todos con afecto, porque atribuyo gran importancia a nuestro encuentro. Vuestros rostros expresan la esperanza; vuestros rostros hablan también de Dios, pues tenéis gran valor a sus ojos. *San Martín nos reúne* esta tarde en la basílica donde se halla su tumba. A lo largo de toda su vida se esforzó por vivir con plenitud el mensaje de las bienaventuranzas, que acabamos de escuchar nuevamente. El nos acompaña de forma invisible y yo le pido que venga a iluminarnos, dado que él fue uno de los más grandes apóstoles del Evangelio en vuestro país. *En él la Iglesia reconoce el ejemplo del cristiano totalmente dedicado a su prójimo*: dio su vida por sus hermanos siguiendo a Cristo.

San Martín vivió cada una de las bienaventuranzas: pobre de corazón, lo esperaba todo de Dios, sin confiar en sus fuerzas físicas, intelectuales o espirituales. Con un espíritu de abandono, sabía que la voluntad de Cristo sobre él era la única razón de su vida. *Apacible*, abandonó las armas para ponerse al

servicio de su prójimo. *Conmovid*o ante la miseria espiritual de su época, recorrió los campos «anunciando a los pobres la buena nueva, a los encarcelados la liberación, a los afligidos la alegría». *Con hambre y sed de justicia*, supo establecer un estilo de vida conforme a la justicia de Dios, que supera la de los hombres. «Unido al Señor por una profunda misericordia» (Sulpicio Severo), fue *un hombre de perdón* y socorrió a los pobres que Dios le puso en su camino. *Hombre de corazón puro*, supo resistir a las tentaciones. *Artífice de paz*, logró resolver numerosos conflictos de su época, aguantando «el peso del día y el calor» (Mt 20, 12). *Perseguido a causa de la justicia*, mostró que Cristo llena toda la vida y merece la pena seguirlo, cueste lo que cueste.

Las múltiples formas de pobreza

2. En la sociedad actual conocemos *demandadas formas de pobreza*, de tristeza y de aflicción. Las formas de infelicidad son múltiples: la pobreza material, la enfermedad, el sufrimiento físico, los diversos tipos de exclusión que afligen a nuestros contemporáneos; nadie puede estar seguro de evitarlas durante su vida. Algunos sufren varias a la vez, pues unas engendran a otras. Llega un momento en que parece cerrarse todo camino, en que la vida ya no se ve como un don de Dios, sino como una carga. Es entonces cuando la bienaventuranza de los que lloran cobra todo su sentido. Cristo se atrevió a proclamar que los que lloran son bienaventurados y serán consolados (cf. Mt 5, 5). Afirmó que están llamados a la felicidad eterna. Por su amor infinito, el Señor responde así al deseo de felicidad que anida en el corazón de todo hombre. En efecto, ¿qué hay más grande y más importante que *ser amado y reconocido por sí mismo, por la belleza de su ser interior*, que no depende ni de las apariencias ni del interés inmediato que puede representar para los demás?

Como san Martín, estamos llamados a abrir los ojos y a reconocer en el pobre que se muere de frío a las afueras de la ciudad, en el extranjero que llama a nuestra puerta, un her-

mano a quien debemos acoger y amar. *Una sociedad se valora por la atención que presta a los «heridos de la vida»* y por la actitud que toma con respecto a ellos. Cada uno de sus miembros deberá responder un día de sus palabras y de sus actos en relación con aquellos de quienes nadie se interesa, en relación con aquellos de los que todos se alejan. El pobre de Amiens – se narra en la *Vida de san Martín* – «por más que suplicaba a los transeúntes que se compadecieran de su miseria, todos pasaban de largo» (3, 1). Por su indiferencia, no supieron reconocer a su hermano. Ignorando al prójimo, se burlaron de una parte de su misma humanidad. Ese día ninguno de ellos supo ver a Cristo que moría de frío en el pobre.

Toda persona herida en su cuerpo o en su espíritu, toda persona privada de sus derechos más fundamentales, es *una imagen viva de Cristo*. «La Iglesia (...) descubre en los pobres y en los que sufren la imagen de su Fundador pobre y sufriente» (*Lumen gentium*, 8). Con su muerte en la cruz, Cristo, que conoció el sufrimiento extremo, está cerca de nosotros. Sin embargo, contemplando el misterio de su pasión, descubrimos la esperanza que nos brinda el Señor. Con su amor a nosotros, nos ha abierto un nuevo camino. Con su resurrección la mañana de Pascua, atestigua que *la muerte y el sufrimiento no tienen la última palabra sobre el hombre* y que siempre es posible un futuro. Una existencia que, en el plano humano, podía parecer un callejón sin salida, se ha convertido en un pasaje. Sí, queridos amigos, vosotros, los que sufrís, sois los predilectos de Dios. Como hizo con todos los que encontró por los caminos de Palestina, Jesús os dirige una mirada llena de ternura; su amor no os fallará jamás, pues, desde vuestro origen, sois hijos de Dios; ocupáis en la Iglesia, cuerpo de Cristo, un lugar privilegiado.

Frente a la multiplicación de los atentados contra la dignidad y la integridad de las personas; *frente al aumento de número de los excluidos, es preciso encontrar nuevos estilos de vida*, personales y colectivos, que permitan superar las crisis, sobre todo en aquellos países que, como el vuestro, cuentan con abundantes recursos humanos y naturales. Hace falta poner en marcha *nuevas formas de solidaridad*, tanto dentro de cada sociedad como entre las naciones.

Para garantizar a todos el acceso al trabajo, ¿no convendría revisar algunas prácticas y favorecer una distribución más equitativa de los bienes? Los que tienen la suerte de obtener ingresos suficientes, ¿están dispuestos a compartirlos en mayor medida con los que a-

penas logran vivir? Un estilo de vida más sobrio permitiría a muchos evitar los gastos superfluos y estar más atentos a las necesidades de su prójimo.

Cada ser humano, por más necesitado que esté, ha sido creado a imagen y semejanza de Dios, y nada puede hacer que pierda esta dignidad. Cualquiera que sea su origen, cualquiera que sea el peso de su prueba, no querer verlo significa condenarse a no comprender nada de la vida.

La misericordia de Dios

3. Escuchemos el mensaje de las bienaventuranzas: «Bienaventurados los misericordiosos, porque ellos alcanzarán misericordia» (*Mt 5,7*). La misericordia de la que habla Cristo es la ternura de Dios; el perdón es su expresión eminente. Así, el corazón misericordioso se deja conmover por la miseria ajena y permanece inquieto hasta que ha hecho todo lo que puede para consolar a los que sufren necesidad. Para entrar en el Reino, es preciso tener *este corazón misericordioso*, no sólo sensible a la aflicción, sino también *capaz de aliviar el sufrimiento, de romper las soledades y de esforzarse activamente por acoger a sus hermanos y hermanas desvalidos*.

Los misericordiosos alcanzarán misericordia. «Cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mí me lo hicisteis» (*Mt 25, 40*), les dirá Cristo el último día. La felicidad de la eternidad será la felicidad de ver a Dios y reconocerlo en todos los que El nos haya puesto en el camino, con los cuales viviremos para siempre del amor que no acabará nunca. Esta felicidad ya la presentimos desde hoy. El Evangelio nos invita a *actuar fraternalmente con respecto a nuestro prójimo*, precisamente *porque en él Dios está presente* y nos espera. La relación con Dios es inseparable del amor al prójimo y especialmente al pobre que encontramos.

Solidaridad real

4. La atención prestada a los pobres constituye uno de los criterios principales de la pertenencia a Cristo. Debe caracterizar el compromiso temporal del cristiano. La fe debe ir acompañada de una acción en favor de nuestros hermanos los hombres, pues «el amor de Cristo nos apremia» (*2 Co 5, 14*) a servir a cada hombre, al que amamos y al que no amamos suficientemente. Precisamente por *eso lanzo un llamamiento en favor de una so-*

lidaridad real entre todos. Así pues, ¿cuándo se respetarán de verdad los derechos de cada uno al trabajo, a la vivienda, a la cultura, a la salud, a una existencia digna de este nombre? La Iglesia faltaría gravemente a su misión si no recordara este imperioso deber de hacer todo lo posible, en las sociedades ricas de Occidente y en toda sociedad, para extirpar los flagelos que no cesan de abatirse sobre la superficie de nuestro planeta. Cristo vino para «anunciar a los pobres la buena nueva» (Lc 4, 18). Ninguno de sus discípulos, ninguno e sus hermanos queda dispensado de participar en esta obra exigente, saludable y gratificante.

El ejemplo y la intercesión de san Martín

5. Que san Martín os guíe cada día. Que él

os inspire las palabras, los gestos, las actitudes de amor, de fraternidad, de compasión que os ayuden a vivir. Desde hace mil seiscientos años él intercede ante el Padre por los que recurren a él con confianza. Si se lo pedís, él no os abandonará a ninguno de vosotros, a ninguno de los que ve sufrir por los tortuosos caminos de la vida. A las puertas de Amiens, Martín dio la mitad de su manto. Que él siga siendo nuestro modelo de caridad real y auténtica.

Como signo del amor que viene de Dios y prenda de la esperanza fundada en Cristo, os imparto de corazón la bendición apostólica y la extiendo a todos los que representáis, a cuantos sufren alguna herida y piden al Señor que venga a curarla. Quiero decir a nuestro mundo: compartir es fuente de felicidad. La alegría es posible. Que Dios os proteja siempre.

14

Con vuestro sufrimiento, unido a la cruz de Cristo, podéis colaborar en la obra de la Redención

*PALABRAS DE SU SANTIDAD A LOS ENFERMOS Y ANCIANOS
EN PANNONHALMA, 6 DE SEPTIEMBRE*

Considero importante, durante mi peregrinación a Hungría, este breve encuentro con vosotros, amadísimos hermanos y hermanas, marcados por la enfermedad y el peso de los años. Os doy las gracias por haberme invitado, testimoniando así el afecto y la cercanía espiritual de cada uno de vosotros con el Papa. Mi pensamiento se dirige también a todos los que, a causa de la enfermedad y de la edad, siguen esta visita desde casa, desde una clínica o desde el hospital. A todos expreso mi gratitud, de manera especial por sus oraciones. Es grande el valor del sufrimiento humano, y es indispensable la aportación de la así llamada *tercera edad*.

La *enfermedad* constituye una situación ambivalente: por una parte, al ser de varias maneras un impedimento para la persona, la lleva a experimentar sus límites y su fragilidad; por otra, al ponerla en contacto más directo con la cruz de Cristo, la enriquece con nuevas posibilidades. La persona humana, o-

freciendo a Cristo sus sufrimientos, puede dar una contribución personal a su obra redentora y participar activamente en la edificación de la Iglesia.

También el *anciano* constituye una presencia muy valiosa para la familia y para la sociedad. Vosotros, los ancianos, sois los custodios de un patrimonio riquísimo de valores y experiencias. No lo mantengáis guardado dentro de vosotros mismos; al contrario, comunicadlo a los más jóvenes, con sabiduría y discreción; sin duda, os lo agradecerán.

Amadísimos hermanos y hermanas, que la Virgen María os obtenga la gracia de vivir con plenitud de fe vuestra condición y de encontrar en los demás atención, escucha y solidaridad. A cada uno de vosotros y a todos los enfermos y ancianos de este amado país imparto de corazón una especial bendición apostólica, que extiendo complacido también a las personas que se dedican generosamente a la asistencia.

argumentos

*La fe como elemento
que trasciende y facilita
el resultado terapéutico
en el paciente que sufre*

*Tecnología
y dignidad humana*

*El capellán,
la asistencia religiosa
y la capellanía*

La fe como elemento que trasciende y facilita el resultado terapéutico en el paciente que sufre

ESTUDIO CONTROLADO "A CIEGAS" EN UN GRUPO DE SUJETOS AFECTOS POR PATOLOGIAS DOLOROSAS CRONICAS

La finalidad del presente estudio es considerar en la primera parte que el elemento trascendente de la fe puede influir en el umbral de percepción del dolor y en la respuesta terapéutica. En la segunda parte del trabajo se toma en consideración también la interpretación teológica del fenómeno.

I PARTE

Planteamiento clínico-estadístico

Material y método

El estudio, "a ciegas" (es decir sin conocer a priori las convicciones religiosas de los pacientes), ha sido efectuado con 120 pacientes hospitalizados en divisiones de Medicina General para patologías crónicas. A su entrada en la división se verificaba la patología responsable del cuadro álgido; seguidamente, se subdividía a los pacientes en dos grupos, siguiendo un criterio *random* (asignación casual de los pacientes). Un grupo de 60 pacientes (grupo de estudio) que efectuaban una terapia farmacológica con fármacos anti inflamatorios no esteroideos y vitamina C por vía parenteral (Ac. scórbico 3g y Acetilsalicilato de lisina 1g en 250cc de sol. fisiológica; asimismo, se ha efectuado a estos sujetos un test que hemos definido "Test de Trascendencia Espiritual (T.T.S.)", formado por la lectura y la meditación de un texto capaz de estimular su patrimonio íntimo. El texto, sacado del Evangelio de Juan, fue consignado al paciente invitándolo a leerlo atentamente.

En cambio, el segundo grupo formado asimismo por 60 pacientes examinados contemporáneamente (grupo de control), seguía un tratamiento farmacológico idéntico a aquel seguido por el grupo de estudio, pero sin someterlo al T.T.S.

El tratamiento ha tenido una duración de 10 días. Durante este período los sujetos eran sometidos diariamente a una evaluación subjetiva del dolor, antes y dos horas después de la administración de los fármacos y, en el grupo de estudio, después de la administración contemporánea del T.T.S. La intensidad del dolor ha sido evaluada mediante una Escala Visiva Analógica (V.A.S.) (Fig.1) en la que no hay puntos de referencia fijos, salvo el nivel de base que indica "ningún dolor" y el nivel máximo que indica "el dolor más fuerte imaginable" (Scott, J., Huskisson, E.C., *Graphic representation of pain*, Pain, 2 1979, 175). La Escala Visiva Analógica (V.A.S.) es una línea vertical de 10 cm. con los dos niveles arriba mencionados, en la que el paciente debe indicar la intensidad del propio dolor (ver Fig. 1). La lectura de la V.A.S. es efectuada mediante una escala dividida en 100 mm. y, por tanto, los relieves se expresan en una escala numérica ordinal (cfr. Bibliografía*).

Al término del tratamiento, es decir, al final del décimo día

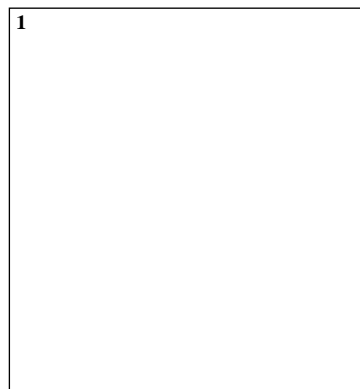


Fig. 1 - Representación del método de medida del dolor según la Escala Visiva Analógica (V.A.S.). El paciente es invitado a indicar en una línea de 10 cm de alto el nivel del propio dolor; seguidamente, es medido el valor numérico correspondiente al trazado efectuado por el paciente.

de hospitalización, se ha preguntado a los pacientes si eran creyentes o no, obteniendo así dos subgrupos en el contexto de los dos grupos iniciales.

Prácticamente, al final se han delineado 4 grupos constituidos de la siguiente manera:

Grupo c1: pacientes creyentes tratados con el T.T.S. (37 sujetos) (Tab. I);

Grupo a2: pacientes agnósticos (no creyentes) tratados con el T.T.S. (23 sujetos) (Tab. II);

Grupo c3: pacientes creyentes a quienes no se ha suministrado el T.T.S. (34 sujetos) (Tab. III);

Grupo a4: pacientes agnósticos (no creyentes) a quienes no se ha suministrado el T.T.S. (26 sujetos) (Tab. IV).

La elaboración estadística de los resultados ha sido efectuada en el 1° (T0a y b), 5° (T5a y b) y 10° (T10a y b) día de terapia a través de análisis estadístico (a = inicio del tratamiento; b = control después de dos horas).

El primer control estadístico efectuado tiende a verificar que la distribución de las patologías es la misma en los grupos de los creyentes (grupos c) y de los agnósticos (grupos a). Indicando por simplicidad **V1** la V.A.S. básica y con **Vd** la diferencia entre V1 y el último puntaje de la V.A.S., se ha efectuado una encuesta para establecer si la distribución de los valores de V1 (límite básico del dolor) y de Vd (elevación del límite luego de la terapia) fuese la misma para:

a) *creyentes y agnósticos* (independientemente del suministro de T.T.S.)

sujetos (c1 + c3) y (a2 + a4)
b) *sujetos tratados con o sin T.T.S.* (independientemente del planteamiento ético-religioso)

sujetos (c1 + a2) y (c3 + a4)
c) *creyentes con o sin T.T.S.*

sujetos c1 y c3
d) *agnósticos con o sin T.T.S.*

sujetos a2 y a4
e) *sujetos con T.T.S. creyentes*

TAB. I – Grupo c1: pacientes creyentes tratados con T.T.S.

Paciente	Sexo	Patología	VAS. T0a	VAS. T0b	VAS. T5a	VAS. T5b	VAS. T10a	VAS. T10b
1	m	Lombosciat	6	5	5	4	4	3
2	m	Emicrania	5	5	4	3	3	3
3	m	FTP pancr	6	6	5	6	6	4
4	m	FTP colon	7	6	7	7	7	5
5	m	Dol. deaff	6	6	5	4	4	3
6	m	Gonartrosi	6	4	5	4	4	3
7	m	Per. sca. om	6	5	5	4	4	3
8	m	Artr. cerv.	4	3	3	3	3	2
9	m	Sacroileite	5	4	4	2	2	2
10	m	Artr. lomb.	6	5	5	3	3	3
11	m	Cef. grapp.	6	6	6	6	6	5
12	m	Lombosciat.	7	6	6	5	5	5
13	m	Artr. cerv.	4	4	4	3	3	2
14	f	Cef. musc.	3	2	2	2	2	2
15	f	Gonartrosi	6	5	6	3	3	3
16	f	Lombosciat.	4	4	4	3	3	3
17	f	Emicrania	6	5	5	1	1	2
18	f	Artr. cerv.	3	2	2	2	2	1
19	f	FTP mamm.	7	7	6	8	8	6
20	f	Cef. musc.	3	2	2	1	1	1
21	f	Coxartrosi	5	3	2	1	1	1
22	f	Artr. lomb.	4	4	4	3	3	2
23	f	Lombosciat.	5	5	5	4	4	3
24	f	Lombosciat.	4	3	1	3	3	1
25	f	Nevr. trig.	6	7	6	6	6	5
26	f	Cef. musc.	5	4	4	3	3	3
27	f	Emicrania	5	4	4	4	4	3
28	f	FTP mamm.	8	7	7	7	7	6
29	f	Art. reum.	5	4	5	4	4	3
30	m	Cef. musc.	5	4	5	4	4	3
31	m	Art. reum.	5	4	4	4	4	4
32	f	Artr. cerv.	5	4	4	4	4	3
33	f	Emicrania	5	4	4	4	4	3
34	f	Cef. musc.	5	5	4	4	4	2
35	f	Emicrania	5	4	4	4	4	3
36	f	Emicrania	5	4	5	4	4	3
37	f	Nevr. trig.	5	4	5	3	3	3
Promedio V.A.S.			5,216	4,486	4,432	3,891	3,783	3,432
D.S.			1,11	1,28	1,36	1,42	1,59	1,27

17

TAB. II – Grupo a2: pacientes agnósticos (non creyentes) tratados con T.T.S.

Paciente	Sexo	Patología	VAS T0a	VAS T0b	VAS T5a	VAS T5b	VAS T10a	VAS T10b
1	m	Artr. poliart	6	5	4	6	6	6
2	m	Lombosciat.	7	6	5	4	4	5
3	m	FTP gastr.	8	6	5	5	5	6
4	m	Artr. cervic.	5	4	5	4	4	4
5	m	Artr. lombar.	6	5	6	5	5	5
6	m	FTP gastr.	7	6	6	5	5	5
7	m	Nevr. trigem.	7	6	6	5	5	5
8	m	Gonartrosi	6	4	4	5	5	4
9	m	Lombosciat.	6	5	6	5	5	5
10	m	Coxartrosi	6	6	5	5	5	4
11	f	Lombosciat.	7	6	6	4	4	4
12	f	Emicrania	6	5	4	4	4	4
13	f	FTP mamm.	8	7	6	6	6	6
14	f	Lombosciat.	6	5	5	5	5	5
15	f	Artr. reumat.	7	6	6	6	6	6
16	f	Artr. lombar.	6	6	5	5	5	4
17	f	FTP mamm.	7	6	5	5	5	5
18	f	Coxartrosi	6	5	4	5	5	4
19	f	Sacroileite	5	5	6	4	4	4
20	f	Lombosciat.	5	5	5	4	4	4
21	f	Nevr. trigem.	6	5	5	5	5	4
22	f	FTP utero	6	5	5	5	5	5
23	f	Coxartrosi	6	5	4	5	5	4
Promedio V.A.S.			6,31	5,4	5,14	4,7	4,87	4,7
D.S.			0,81	0,71	0,75	0,55	0,62	0,75

TAB. III – Grupo c3: pacientes creyentes a los que no ha sido suministrado el T.T.S.

Paciente	Sexo	Patología	VAS. T0a	VAS. T0b	VAS. T5a	VAS. T5b	VAS. T10a	VAS. T10b
1	m	Lombosciat.	6	5	5	5	5	5
2	m	Coxartrosi	5	5	4	4	4	4
3	m	Lombosciat.	7	6	7	5	5	5
4	m	Artr. cerv.	4	4	3	3	3	3
5	m	Emicrania	5	4	4	4	4	4
6	m	Cef. grapp.	7	6	6	5	5	4
7	m	Gonartrosi	6	5	5	6	6	4
8	m	Artr. lomb.	4	5	4	3	3	4
9	m	FTP polmoni	6	4	5	3	3	4
10	m	Artr. cerv.	4	2	2	2	2	3
11	m	Nevr. trig.	6	6	6	5	5	5
12	m	FTP gastr.	8	7	7	7	7	6
13	f	Cef. muscul.	4	3	2	2	2	2
14	f	Artr. cerv.	2	2	1	0	0	1
15	f	Nevr. herp.	7	5	4	4	4	4
16	f	Artr. lomb.	6	5	6	5	5	4
17	f	Emicrania	4	3	4	3	3	2
18	f	Emicrania	5	3	3	3	3	3
19	f	Lombosciat.	5	7	5	4	4	2
20	f	Coxartrosi	4	3	2	1	1	2
21	f	FTP utero	7	6	6	6	6	5
22	f	FTP mamm.	7	6	7	6	6	5
23	f	Cef. muscul.	3	3	3	3	3	2
24	f	Cef. muscul.	3	2	2	2	2	1
25	f	Lombosciat.	7	7	6	4	4	3
26	f	FTP gastr.	6	6	7	4	4	4
27	f	Emicrania	6	5	5	4	4	2
28	f	Lombosciat.	6	7	6	5	5	3
29	f	Gonartrosi	4	4	4	3	3	3
30	m	Cef. muscul.	5	4	6	5	5	4
31	f	Coxartrosi	5	5	4	5	5	5
32	f	Artr. reum.	5	5	5	4	4	4
33	f	Cef. muscul.	5	5	5	4	4	4
34	f	Coxartrosi	3	3	4	4	4	4
Promedio V.A.S.			5,21	4,64	4,55	4,17	3,91	3,52
D.S.			1,41	1,47	1,61	1,61	1,46	1,21

18

TAB. IV – Grupo a4: pacientes agnósticos (non creyentes) a los que no ha sido suministrado el T.T.S.

Paciente	Sexo	Patología	VAS T0a	VAS T0b	VAS T5a	VAS T5b	VAS T10a	VAS T10b
1	m	Artr. reum.	6	5	5	4	4	5
2	m	FTP prostata	8	6	6	6	6	6
3	m	Lombosciat.	6	6	5	5	5	5
4	m	Nevr. herp.	7	7	6	4	4	5
5	m	Gonartrosi	6	5	6	5	5	6
6	m	Cef. grapp.	7	6	6	5	5	6
7	m	Lombosciat.	6	6	7	4	4	5
8	m	Per. scap. or.	6	4	5	4	4	4
9	m	Artr. cervic.	6	5	5	4	4	4
10	m	Artr. reum.	6	6	7	6	6	5
11	m	Coxartrosi	7	5	6	4	4	4
12	f	Artr. reum.	7	6	6	6	6	6
13	f	Nevr. trig.	7	6	7	6	6	6
14	f	Cef. muscul.	7	6	7	6	6	5
15	f	Artr. lomb.	6	6	5	5	5	4
16	f	Artr. lomb.	6	5	5	5	5	5
17	f	Gonartrosi	5	4	4	4	4	4
18	f	Nevr. trigem.	6	5	6	5	5	6
19	f	FTP mamm.	8	6	7	5	5	7
20	f	FTP pancr.	7	6	6	6	6	5
21	f	Lombosciat.	6	6	5	5	5	5
22	f	Emicrania	7	6	6	6	6	6
23	f	FTP mamm.	7	6	5	6	6	6
24	f	Emicrania	6	5	6	6	6	5
25	f	Lombosciat.	7	7	6	6	6	6
26	f	Lombosciat.	7	6	7	6	6	6
Promedio V.A.S.			6,53	5,65	5,81	5,11	5,15	5,26
D.S.			0,69	0,73	0,87	0,64	0,81	0,81

tes y no creyentes

sujetos c1 y a2

f) sujetos sin T.T.S. creyentes y no creyentes

sujetos c3 y a4

Dicha encuesta desea verificar:

1 – si los creyentes poseen un umbral del dolor básico más elevado de los agnósticos;

2 – si la terapia logra mayores resultados en los creyentes que en los agnósticos;

3 – si el T.T.S. eleva el umbral básico del dolor;

4 – si el T.T.S. mejora los resultados de la terapia.

Sin embargo, hemos verificado que en el análisis de distribuciones asimétricas como las de la variable Vd el test *t* de Student no es el más indicado para identificar diferencias entre las distribuciones.

Los tests más adecuados pueden ser el test de Wilcoxon o el test *U* de Mann-Whitney, es decir los tests que pertenecen al grupo de aquellos denominados de “tendencia central”. Son indicados para identificar diferencias entre 2 distribuciones. En este caso hemos empleado el test *U* de Mann-Whitney.

Resultados

La distribución de las patologías ha resultado repartida equitativamente de manera satisfactoria en los diferentes grupos.

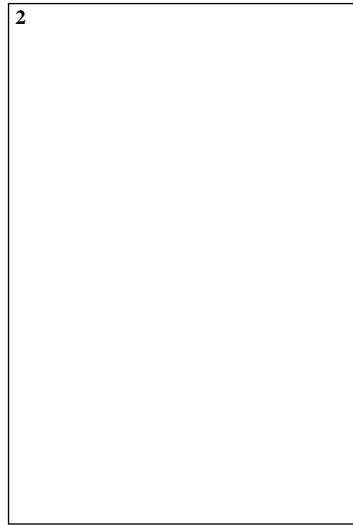
En las tablas I, II, III, IV se presentan los valores, los **promedios** y las **desviaciones standard (SD)** para los grupos en las 6 medidas consecutivas V.A.S.

En la figura 2 está representado el valor promedio para los 4 grupos en las 6 medidas consecutivas V.A.S.

En la figura 3 están representadas las diferentes distribuciones de V1 (a la izquierda) y Vd (a la derecha) de los 4 grupos c1, a2, c3 y a4.

En las figuras 4 y 5 se encuentran las parejas de distribuciones de V1 y Vd, respectivamente: a la izquierda, de los sujetos a quienes ha sido suministrado el T.T.S. (c1 + a2) o no ha sido suministrado (c3 + a4); a la derecha, de los sujetos creyentes (c1 + c3) y agnósticos (a2 + a4).

En las figuras 6 y 7 se presentan las parejas de distribución de V1 y Vd, respectivamente, de los sujetos a quienes ha sido o no suministrado el T.T.S., a la izquierda los creyentes (c1, c3), a la derecha los agnósticos (a2, a4).



En la figura 8 y 9 se encuentran las parejas de distribuciones de V1 y Vd, respectivamente, de los sujetos creyentes y agnósticos, a la izquierda aquellas de los sujetos a quienes ha sido suministrado el T.T.S. (c1, a2) y a la derecha la de los

Fig. 2 – Promedios V.A.S. en las verificaciones T0a, T0b, T5a, T5b, T10a, T10b, de los grupos c1, a2, c3, a4.

Fig. 3 – Distribuciones de V1 (izquierda) y Vd (derecha) de los grupos c1, a2, c3, a4.

Fig. 4 – Distribución de V1 de grupos acumulados: a la izquierda, sujetos con o sin T.T.S. (c1+a2, c3+a4); a la derecha, sujetos creyentes y agnósticos (c1+c3, a2+a4).

Fig. 5 – Distribución de V1 de grupos acumulados: a la izquierda, sujetos con o sin T.T.S. (c1+a2, c3+a4); a la derecha, sujetos creyentes y agnósticos (c1+c3, a2+a4).

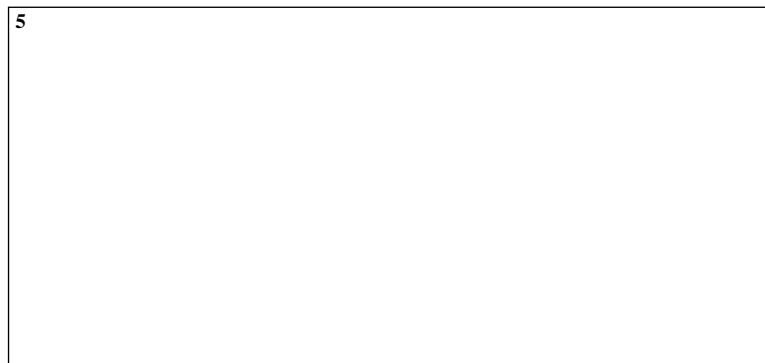
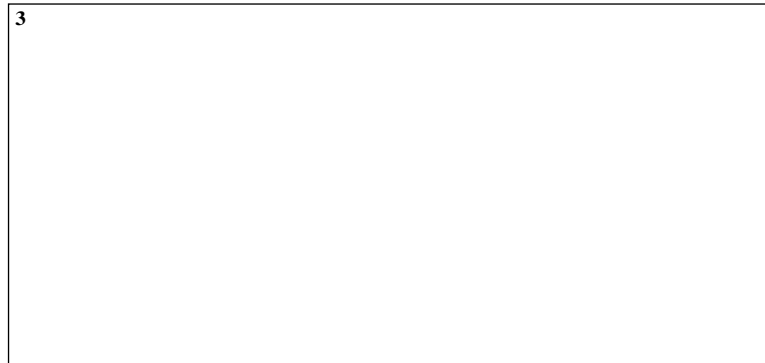


Fig. 6 – Distribución de V1 por grupos (efecto del suministro de T.T.S.): a la izquierda, creyentes con o sin T.T.S. (c1, c3); a la derecha, agnósticos con o sin T.T.S. (a2, A4).

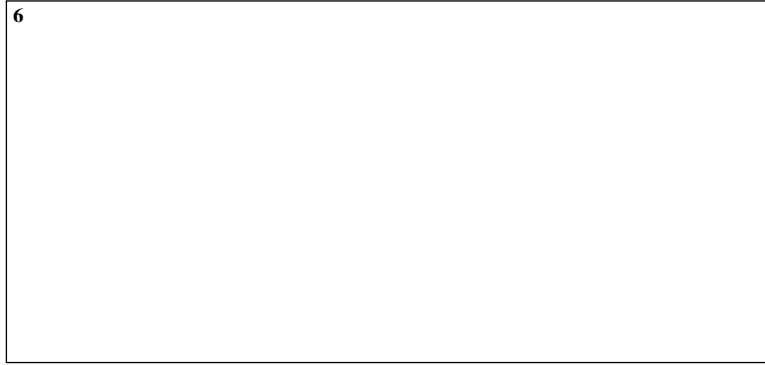


Fig. 7 – Distribución de Vd por grupos (efecto del suministro del T.T.S.): a la izquierda sujetos creyentes con suministro de T.T.S. y sin él (c1, c3); a la derecha, agnósticos con T.T.S. y sin él (a2, a4).

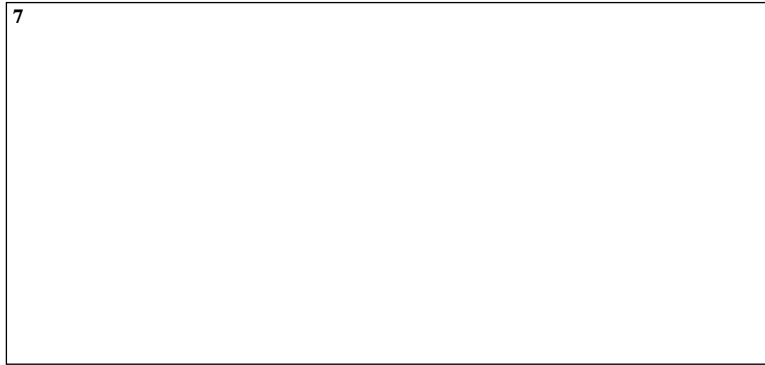
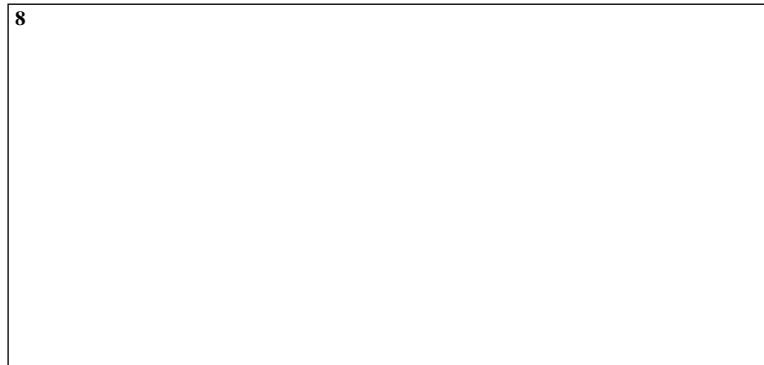


Fig. 8 – Distribución de V1 por grupos (diferencia creyentes – agnósticos): a la izquierda, sujetos creyentes y agnósticos con T.T.S (c1, a2); a la derecha, sujetos creyentes y agnósticos sin T.T.S. (c3, a4).

Fig. 9 – Distribución de Vd por grupos (diferencia creyentes – agnósticos): a la izquierda, sujetos creyentes y agnósticos con suministro de T.T.S. (c1, a2); a la derecha, sujetos creyentes y agnósticos sin T.T.S. (c3, a4).



sujetos a quienes no ha sido suministrado (c3, a4).
Los promedios y las SD de

las distribuciones de V1 y Vd para los grupos c1, a2, c3 y a4 son:

Nr. casos	37	23	34	26
	V1c1 5.216+1.134	V1a1 6.304+0.822	V1c3 5.206+1.431	V1a4 6.538+0.706
	Vdc1 2.216+0.787	Vda2 1.609+0.656	Vdc3 1.647+1.125	Vda4 1.269+0.667

(cfr. Bibliografía**)

A] Con el test de normalidad, las distribuciones de V1 se pueden considerar normales en los 4 grupos. La confrontación **entre los promedios** de las diferentes distribuciones, efectuada con el test *t* de Student, demuestra: (ver tab. V).

B] Con el test de normalidad, las distribuciones de Vd para los 4 grupos no resultan normales. Pero, como a menudo se hace, incluso en tales casos la confrontación entre los promedios de las diferentes distribuciones ha sido efectuada a través del test *t*. Los resultados son:(ver tab. VI).

De la Tabla V se pone de relieve que:

- el suministro del T.T.S. no cambia de manera significativa V1 (1-3; 2-4; 1+2+3+4).
- el valor promedio de V1 es muy diferente para los sujetos del grupos c y a (1-2; 3-4; 1+3 – 2+4).

De la Tabla VI se obtienen las siguientes deducciones:

- el valor promedio de Vd es significativamente diferente entre los sujetos tratados con T.T.S. del grupo c (1-3) y del grupo a (2-4) y, obviamente, entre aquellos de los grupos acumulados (1 + 2) – (3 + 4), es decir,

como promedio la respuesta a la terapia mejora con el T.T.S.

- el valor promedio de Vd

grupos	nr. grados libertad	valor t	alcance
1-3	69	0.033	< 5% N.S.
2-4	47	1.050	> 5% N.S.
1-2	58	-3.929	< 1‰
3-4	58	-4.287	< 1‰
1+3 - 2+4	118	-5.932	< 1‰
1+2 - 3+4	118	-0.652	> 5% N.S.

grupos	nr. grados libertad	valor t	alcance
1-3	69	2.451	< 1‰
2-4	47	1.755	< 5%
1-2	58	3.043	< 5‰
3-4	58	1.429	7.5% N.S.
1+3 - 2+4	118	3.120	< 1‰
1+2 - 3+4	118	3.076	< 1‰

grupos	Z	alcance
1-3	065	N.S.
2-4	1.148	N.S.
1-2	3.757	< 1‰
3-4	3.759	< 1‰
1+3 - 2+4	5.430	< 1‰
1+2 - 3+4	1.108	N.S.

grupos	Z	alcance
1-3	2.475	< 1‰
2-4	1.717	< 3%
1-2	2.883	< 5‰
3-4	1.926	< 5‰
1+3 - 2+4	3.408	< 1‰
1+2 - 3+4	3.255	< 1‰

es significativamente diferente entre los sujetos creyentes y agnósticos si a estos se suministra el T.T.S. (1-2) pero no es muy diferente si no hay dicho suministro (3-4). Como promedio, los sujetos creyentes responden mejor a la terapia.

Los resultados de la comparación del valor de las distribuciones de V1 y Vd con este test son los siguientes: (ver tab. VII)

Los resultados del test *U* son compatibles perfectamen-

te con los del test *t* para la variable V1.

Para la comparación con el test *U* de las distribuciones de Vd para los diferentes grupos se tiene: (ver tab. VIII).

Según el test *U* resulta una marcada diferencia para todas las 6 parejas de distribuciones de la variable Vd que resulta muy cambiada hacia valores más elevados en el primer grupo con respecto al segundo.

Del análisis sobre las distribución de las 2 variables V1 y Vd resulta que:

a) el T.T.S. no aumenta de manera vistosa el umbral inicial del dolor (como sería lógico esperarse), pero mejora de manera muy significativa los resultados de la terapia con la consiguiente elevación del umbral del estímulo doloroso (cf. Tab. V, VI, VII, VIII los grupos 1+2 hacia 3+4);

b) en los creyentes existe un umbral de base más alto (cf. Fig. 2);

c) en los creyentes existe un mayor resultado de la terapia con respecto a los no creyentes (cf. Fig. 5, 7, 9).

Para estudiar una eventual diferencia en el modo de variar de la VAS en los varios grupos durante el tratamiento, también en 120 casos se ha efectuado un análisis factorial, como verificación ulterior.

En un conjunto de curvas formadas por *n* determinaciones, los movimientos son diferentes entre sí. El análisis factorial encuentra, según las curvas logradas, dos o más curvas (los factores *f*₁, *f*₂,...) por lo que cada curva del conjunto es obtenida por una combinación lineal de los factores.

P.ej. con dos:

$c = co + a.f_1 + b.f_2$ con *co* que indica la curva promedio de la población

en donde *co* es igual para todas

a y *b* son los porcentajes con los que las dos curvas básicas contribuyen a formar la curva *c* (pesos)

NB: por razones matemáticas los factores son "ortonormales"

$$f_i * f_j = 0 \text{ si } i \neq j$$

$$1 \text{ si } i = j$$

De acuerdo con el movimiento de la curva, en un problema médico y psicológico a menudo se atribuye un significado al factor.

En nuestro caso, el primer factor (*) podría ser denominado "factor de mejoría" (V.A.S. normalizada que tiende a disminuir); el segundo factor (o) puede interpretarse como la relación del sujeto a la terapia para recuperar el estado inicial (Tab. IX).

En la proporción entre estos dos movimientos, se obtienen diferentes formas del movimiento global para un determinado sujeto.

Fig. 10a – Factores principales:
1° (*) “factor mejoría”
2° (o) “factor de reacción del organismo”

Fig. 10b – Formas del movimiento de la V.A.S. en los creyentes y en los agnósticos independientemente de los valores iniciales.

TAB. IX

Primer factor principal (*)

1	.751
2	.563
3	-.221
4	-.615
5	-.604
6	-.486

Segundo factor principal (o)

1	-.248
2	.227
3	.558
4	.238
5	-.223
6	-.399

Es posible, asimismo, separar el valor cuantitativo de los datos de la forma con la que estos cambian durante el tratamiento.

Del análisis de los datos V.A.S. se obtienen dos factores principales (Fig. 10a, 10b); posteriormente, se han calculado para las 2 poblaciones (creyentes y agnósticos) los movimientos promedio en las 6 determinaciones, independientes de los valores cuantitativos de los datos.

Examinando dichos movimientos se observa que la rapidez de variación decrece en el orden para los diferentes grupos c1, c3, a2 y a4 (el grupo c es el que presenta la máxima variación entre el inicio y la conclusión del tratamiento).

Conclusiones

En síntesis, los resultados del estudio son los siguientes:

1) los pacientes creyentes presentan un umbral de percepción del dolor más elevado

(es decir, advierten menos el dolor) con respecto a los no creyentes;

2) los grupos de los pacientes creyentes tienen una mejor respuesta al tratamiento de meditación con respecto a los agnósticos.

Como confirmación de estos datos la diferencia (Δ) entre el nivel promedio de partida (Promedio V.A.S. T0a) y aquella final (Promedio V.A.S. T10b) está en el grupo c1 de 1,784; en el grupo c3 de 1,69; en el grupo a2 de 1,61; en el grupo a4 de 1,27. El análisis del Δ pone en claro que la mejoría mayor tiene lugar en el grupo de los pacientes creyentes sometidos al T.T.S., y decrece de manera cada vez más sensible en los demás grupos (creyentes sin T.T.S., agnósticos con T.T.S. y agnósticos sin T.T.S., respectivamente).

De este estudio, el mecanismo fisiopatológico con el que la condición de fe modula la percepción del estímulo doloroso, se puede explicar de la siguiente manera:

a) neurofisiológicamente, con la activación de haces inhibitorios descendientes que modulan la conducción del estímulo doloroso determinando una menor percepción del dolor” (Melzack R. y Wall P.D.);

b) neurofarmacológicamente, con la liberación de endorfinas: con la liberación de endorfinas, sustancias endógenas de naturaleza opiácea de acción analgésica (Hughes J. y Col., 1975; Corradetti R. y Col., 1978) (cfr. Bibliografía***).

II PARTE

Interpretación teológica

El presente estudio controlado “a ciegas” en un grupo de

sujetos afectados por patologías dolorosas crónicas, coloca al teólogo moralista frente a datos experimentales obtenidos por experimentaciones realizadas con la máxima escrupulosidad científica. De ellos, dos llaman ante todo y sobre todo la atención. El primer dato se refiere a la diferencia tanto del umbral básico del dolor como a los resultados terapéuticos entre los grupos de los pacientes creyentes y los pacientes agnósticos. Los creyentes tienen un umbral básico del dolor más elevado y también los resultados de la terapia son mejores. El segundo dato se refiere a la diferencia de acuerdo al suministro de la lectura de un paso evangélico. La lectura cotidiana meditada ha tenido como efecto la elevación del umbral básico del dolor así como la mejoría terapéutica ya sea para los pacientes creyentes como para los pacientes agnósticos.

De esto se deduce que ser creyente o no y la lectura meditada o no de un paso de la Palabra de Dios influyen tanto en el umbral de percepción del dolor como en la eficacia terapéutica del fármaco.

Gracias a la ciencia ya sabemos que una convicción ético-religiosa trascendente puede poner en actividad haces inhibitorios de manera que cierran la puerta a los inputs de los estímulos dolorosos o bien puede favorecer la producción de endorfinas que, a su vez, bloquean los receptores a los estímulos dolorosos. Pero, y es lo que interesa ahora, ¿cuál puede ser la explicación “teológica” de este mecanismo fisiopatológico? Advierto inmediatamente que no deseo poner en discusión las explicaciones científicas; antes bien, veo un subs-

tracto muy válido en el cierre de la puerta a los inputs dolorosos y en el bloqueo de los receptores. Más aún, tengo en cuenta el axioma “*gratia non destruit sed perficit naturam*”, es decir la gracia no destruye sino perfecciona la naturaleza, y recordando la tesis que la gracia tiene un efecto de sanación, me parece que estas explicaciones científicas confirman tanto el axioma como la tesis. Por tanto, articulo la explicación teológica en tres momentos: la unidad óptica de los diferentes elementos constitutivos del hombre; la fuerza estimulante de elemento trascendente de la fe; el influjo en el umbral básico del dolor y en la eficacia terapéutica.

1. La unidad óptica de los diferentes elementos constitutivos del hombre

Hablando de los constitutivos de la persona humana el Antiguo Testamento emplea tres términos: cuerpo (*basar*), alma (*nephes*), espíritu (*ruach*). Hay que observar luego que, no obstante significan elementos constitutivos diferentes del hombre, estos términos indican siempre la unidad del ser humano.

En efecto, el término *nephes*, es decir alma, no tiene nada que ver con la dicotomía platónica de los términos cuerpo y alma, pero indica más bien que el hombre es un viviente en el cuerpo. Esta importante indicación antropológica encuentra su posterior confirmación en el significado del término *basar*. En efecto, *basar*, es decir cuerpo, es sinónimo con yo, tú, ella. “*Mon basar*”, escribe uno de los más grandes estudiosos sobre la materia, *c'est moi, etre charnel*¹. Sin embargo, es sobre todo el término *ruach* que indica la unidad de los constitutivos del ser humano. En fin, el hombre vive sólo hasta cuando respira, pero este respiro, este soplo (*ruach*) en cada instante le viene de Dios. Es lo que leemos en la narración de la creación del hombre: “...entonces Yahvéh formó al hombre con polvo del suelo, e insufló en sus narices aliento de vida, y

resultó el hombre un ser viviente”².

Por consiguiente, en su unidad, el hombre es ante todo y sobre todo un ser religioso. Todo hombre, que lo sepa o no, tiene una relación de origen *primario* y fin *último* con Dios. Para indicar esta relación existencial-religiosa del hombre con Dios – *Alpha* y *Omega* –, la Biblia emplea, *justamente*, el término *ruach*. En otras palabras, cuando los autores inspirados desean revelar que cada hombre es, ante todo y sobre todo, un ser espiritual-corpóreo llamado a encontrarse con Dios, emplean el término *ruach*. Es en esta indicación constitutiva del hombre que los padres del Vaticano II captan lo más elevado de su dignidad. Escriben: “La razón más elevada de la dignidad humana consiste en la vocación del hombre a la unión con Dios. Desde su mismo nacimiento, el hombre es invitado al diálogo con Dios. Existe pura y simplemente por el amor de Dios, que lo creó, y por el amor de Dios, que lo conserva”³.

Ahora bien, de esta visión teológica del hombre podemos sacar dos conclusiones. La primera, que el hombre “no se equivoca al afirmar su superioridad sobre el universo material y al considerarse no ya como partícula de la naturaleza o como elemento anónimo de la ciudad humana”⁴. La segunda, que el hombre “vive en la plenitud de la verdad cuando reconoce libremente ese amor y se confía por entero a su Creador”⁵. Es por esto que, “por su interioridad, el hombre es superior al universo entero; a esa profunda interioridad retorna cuando entra dentro de su corazón, donde Dios le aguarda, escrutador de los corazones, y donde él personalmente, bajo la mirada de Dios, decide su propio destino. Al afirmar, por tanto, en sí mismo la espiritualidad y la inmortalidad de su alma, no es el hombre juguete de un espejismo ilusorio provocado solamente por las condiciones físicas y sociales exteriores, sino que toca, por el contrario, la verdad más profunda de la realidad”⁶.

Sin embargo, para captar

aún más profundamente esta unidad óptico-religiosa de los diferentes elementos constitutivos del hombre, debemos reflexionar acerca de los términos empleados por San Pablo: *soma* (cuerpo), *psyche* (alma), *pneuma* (espíritu). Con el término *soma*, Pablo indica a todo el hombre en su viva y viviente realidad existencial con Cristo y el Espíritu Santo. “¿No sabéis que vuestros cuerpos son miembros de Cristo?”⁷. “¿O no sabéis que vuestro cuerpo es santuario del Espíritu Santo, que está en vosotros y habéis recibido de Dios?... Glorificad, por tanto, a Dios en vuestro cuerpo”⁸. Sin embargo, y es lo que nos interesa antes que nada, el Apóstol habla de un estilo de vida del *hombre somático* que le es propio justamente por la presencia, en lo más profundo de él, del Espíritu del Padre y de Cristo. El hombre somático está habilitado a un culto espiritual, es decir, a ofrecer su cuerpo “como una víctima viva, santa, agradable a Dios”⁹. En otros términos, el Espíritu de Cristo, presente en el hombre, da a su existencia corpórea un valor cultural agradable a Dios. Más aún, esta presencia del Espíritu es ante todo la causa de la participación del hombre somático a la *doxa*, es decir a la gloria de Cristo. La conversión milagrosa en el camino de Damasco no nos deja la mínima duda al respecto: “Y si el Espíritu de Aquel que resucitó a Jesús de entre los muertos habita en vosotros, Aquel que resucitó a Cristo Jesús de entre los muertos dará también la vida a vuestros cuerpos mortales por su Espíritu que habita en vosotros”¹⁰.

El hombre somático es el hombre que vive una vida guiada por el Espíritu y, por consiguiente, participa desde ahora a la resurrección de Cristo. Es el hombre que ya ha herido en su raíz a todas las fuerzas enemigas, porque, gracias a la presencia del Espíritu de Cristo, es capaz de destruir el pecado en su corazón. En efecto, “la resurrección de Cristo mediante la gracia hirió mortalmente a la raíz a todas las fuerzas destructoras del pecado y de la muerte encerradas

en el corazón del hombre, que corrompen al mundo y son la causa de todo tipo de servidumbre y de esclavitud¹¹. Por tanto, lo que nos interesa poner de relieve es que para San Pablo, el *hombre pneumatíco* posee en su corazón un patrimonio íntimo capaz de superar, desde el comienzo, todos los males incluso el sufrimiento y la muerte.

A este punto me interesa hacer ver que esta antropología teológica está en plena armonía con las aspiraciones naturales más secretas del corazón humano ya que, además de defender la dignidad de la persona humana, dona esperanza a quienes de ninguna manera esperan un destino más elevado. Esta armonía se vuelve aún más verdadera y veraz cuando aceptamos que toda la creación desea “vivamente la revelación de los hijos de Dios... en la esperanza de ser liberada de la servidumbre de la corrupción para participar en la gloriosa libertad de los hijos de Dios”¹².

Es por esto que ningún hombre puede escapar totalmente a los interrogantes enigmáticos de la vida, de la muerte, de la culpa y del dolor; este tema evangélico que defiende la dignidad y la esperanza del corazón invita a cada hombre, pero sobre todo al enfermo, a una reflexión meditada. En efecto, la dignidad y la esperanza encuentran justamente *en Dios* su fundamento y su perfección. *De Dios* creador recibe inteligencia y libertad en la sociedad. Y, sobre todo, el hombre es llamado *por Dios*, como hijo, a la unión con El y a la participación de su felicidad¹³. La estructura unitaria óntico-religiosa de cada ser humano, nos ayuda a entender desde el punto de vista teológico, por qué es justo proporcionar sobre todo a los enfermos un texto evangélico para leer y meditar. En efecto, “sólo Dios puede dar una respuesta plena y cierta, porque El ha llamado al hombre a pensamientos más elevados y a búsquedas más humildes”¹⁴. Naturalmente – y esto nos lleva al segundo y principal momento de la explicación teológica en tema algológico: la acogida de la respuesta mediante la lectura meditada

de la Palabra de Dios presupone una actitud de fe.

2. La fuerza estimuladora del elemento trascendente de la fe

Cuando Dios desea manifestar y comunicar de sí y sobre los decretos eternos de su voluntad en lo que se refiere a la salvación de los hombres, trasciende absolutamente la comprensión de la mente humana¹⁵. En otras palabras y más exactamente: “Cuando Dios revela, el hombre tiene que *someterse con la fe* (cf. *Rm* 16, 26; *Rm* 1, 5; *2 Co* 10, 5-6). Por la fe el hombre se entrega total y libremente a Dios, le ofrece «el homenaje total de su entendimiento y voluntad», asintiendo libremente a lo que Dios revela”¹⁶. Justamente porque la fe es un don trascendente, para ser obediente a la fe el hombre necesita “la gracia de Dios, que se adelanta y nos ayuda, junto con el auxilio interior del Espíritu Santo, que mueve el corazón, lo dirige a Dios, abre los ojos del espíritu y concede «a todos gusto en aceptar y creer la verdad»¹⁷. Aún más, y es muy importante para la explicación teológica, el mismo Espíritu Santo perfecciona continuamente la fe por medio de sus dones, para que la inteligencia de la revelación sea cada vez más profunda¹⁸. La fe, concebida como obediencia, denota pues una estructura dialógica: Dios se dirige al hombre que le escucha y responde.

En el presente estudio controlado “a ciegas”, la fe, en cuanto elemento trascendente, tiene la función de medir una eventual variación tanto del umbral de base del dolor como el resultado terapéutico del fármaco. Para esto se suministra, concretamente, un texto que presenta a Dios como fuente de amor, no sólo porque El es Amor del cual proviene todo amor, sino también y sobre todo – lo que es muy importante para el enfermo que lee y medita – porque revela que quien está en el amor mora en Dios y Dios mora en él. La meditación sobre este recíproco divino-humano morar en el amor tiende a efectuar en el enfermo

una actitud existencial de abierto abandono teologal en el amor de Dios, a fin de que haya una mejor soportación del dolor y una mayor eficacia farmacológica.

Antes de continuar la explicación teológica hago notar con los obispos italianos la situación de profunda crisis “subjetiva” al respecto. “El fenómeno de la secularización, en el que vive el cristiano hoy, no sólo pone en crisis a su fe sino quizás de manera aún más profunda corroe su presencia teologal, para la vida presente y futura. En efecto, no escapan a la crisis provocada por el secularismo las realidades más grandes y dramáticas de la vida del hombre, como el sufrimiento, la enfermedad y la muerte. Antes bien, justamente en relación a esta realidad se está realizando un cambio de mentalidad y de sensibilidad que termina minando el significado cristiano de la existencia humana”¹⁹.

“Invocar a Dios como ‘terapeuta’, como Aquel que puede realizar cosas que no están al alcance del ingenio humano, parece no conveniente y supersticioso para el hombre que ya tiene la tendencia de considerarse como árbitro único del propio destino”²⁰.

Sin embargo, al hombre que reflexiona sobre la compasión de Cristo hacia los enfermos no considerará desconveniente y, menos aún, supersticioso recurrir a El como a un médico. Es suficiente abrir el Evangelio y seguir a Jesús mientras recorre la Galilea curando a los enfermos y sacando a los demonios. Es como un estribillo en su vida el hecho que El procura alivio a quien sufre y a quien se encuentra en un estado de miseria. El evangelista Marcos narra que Cristo llegó a la región de Genesaret y apenas desembarcó, “le reconocieron en seguida, recorrieron toda aquella región y comenzaron a traer a los enfermos en camillas adonde oían que él estaba. Y dondequiera que entraba, en pueblos, ciudades o aldeas, colocaban a los enfermos en las plazas y le pedían poder tocar siquiera la orla de su manto; y cuantos le tocaban, quedaban curados”²¹. Estas cu-

raciones eran las credenciales mesiánicas preanunciadas por el profeta Isaías: “Decid a los de corazón intranquilo: ¡Animo, no temáis! Mirad que vuestro Dios... vendrá y os salvará. Entonces se despegarán los ojos de los ciegos, y las orejas de los sordos se abrirán. Entonces saltará el cojo como ciervo, y la lengua del mudo lanzará gritos de júbilo...”²². “La compasión de Cristo hacia los enfermos y sus numerosas curaciones de dolientes de toda clase (cf. *Mt* 4, 24) son un signo maravilloso de que «Dios ha visitado a su pueblo» (*Lc* 7, 16) y de que el Reino de Dios está muy cerca”²³. Sin embargo, y este es el fundamento de la explicación teológica, no se trata de intervenciones mágicas, porque Cristo exige siempre una actitud de fe. Antes bien, la curación, como dice El mismo, es más bien el efecto de la fe del enfermo. Un día, una mujer que desde hacía doce años padecía de un flujo de sangre, se acercó por detrás entre la gente y tocó el manto de Jesús. “Pues decía: «Si logro tocar aunque sólo sea sus vestidos, quedaré curada». Inmediatamente se le secó la fuente de sangre y sintió en su cuerpo que estaba curada del mal. Al instante, Jesús, dándose cuenta de la fuerza que había salido de él, se volvió entre la gente y preguntó: «¿Quién me ha tocado los vestidos?» Sus discípulos le contestaron: «Estás viendo que la gente te oprime y preguntas: ‘¿Quién me ha tocado?’» Pero El miraba a su alrededor para descubrir a la que lo había hecho. Entonces, la mujer, viendo lo que le había sucedido, se acercó atemorizada y temblorosa, se postró ante él y le contó toda la verdad. El le dijo: «Hija, tu fe te ha sanado; vete en paz y queda curada de tu enfermedad»²⁴.

La reacción de Jesús pone en evidencia sin posibilidad de equivocación, que el contacto entre la mujer y El no ha sido de orden físico, como pensaban los discípulos, sino de orden “trascendente”, vale decir, como El mismo afirma, de “fe”. Esta mujer ha entrado en su profunda interioridad, donde ella trascendía el universo y

donde Cristo (Dios), que escrutaba su corazón, le hablaba para que decidiese su destino. En su profunda interioridad tuvo lugar aquel diálogo de fe que hizo decir a la mujer: «Si logro tocar aunque sólo sea sus vestidos, quedaré curada» y así ocurrió. Y Jesús le dijo: «Hija, tu fe te ha sanado: ...quedas curada de tu enfermedad». Por lo tanto, aquí es muy claro que la causa de la curación ha sido la fe de la mujer. Jesús mismo nos dá el testimonio más convincente, cuando dice que ha sido tocado por la fe de la mujer en el momento que tuvo conciencia que había salido de

El una fuerza.

Que la fe sea decisiva, como elemento trascendente, para el encuentro divino-humano que facilita el resultado terapéutico en el paciente sufriente, encuentra una prueba pertinente en el caso de la curación de un joven endemoniado. Después de haber reprochado a todos por su incredulidad, Jesús pide que conduzcan a El al muchacho. Apenas el espíritu vio a Jesús, agitó violentamente al muchacho. A la pregunta de Jesús desde cuándo sucedía esto, el padre responde: “desde niño”. Luego se dirige a Jesús diciendo: “Si algo puedes, ayúdanos, compadécete de nosotros.”. Jesús le dijo: “¡Qué es eso de si puedes! ¡Todo es posible para quien cree!”. Al instante, gritó el padre del muchacho: “¡Creo, ayuda a mi poca

fe!”. Jesús... increpó al espíritu inmundo, diciéndole: «Espíritu sordo y mudo, yo te lo mando: sal de él y no entres más en él»... el muchacho quedó como muerto... Pero Jesús, tomándole de la mano, le levantó y él se puso en pie”²⁵.

Para evitar tergiversaciones, debemos poner en claro dos puntos. Primero, que Jesús no ha querido curar a todos los enfermos y, más aún, no ha querido quitar la enfermedad y la muerte de la vida terrena del hombre. “Para la fe cristiana la enfermedad tiene su origen, además que en la finitud de la criatura humana, en la corrupción introducida en el mundo por el pecado”²⁶. Sin embargo, es justamente este nexo entre pecado y enfermedad el que explica la atención tan particular concedida por Jesús a los enfermos. Los obispos italianos afirman: “Jesús, que ha venido para quitar el pecado del mundo, por esto mismo ha tenido una atención muy particular hacia los enfermos y ha manifestado hacia ellos su infinita misericordia, liberando de las enfermedades a quienes recurrían a El con fe y confiados se presentaban ante El”²⁷.

El segundo punto hace ver que Jesús responde a la actitud de la fe del enfermo con una acción milagrosa. De todos modos, esto no quita fuerza a la explicación teológica; antes bien, la confirma. Ante todo porque cada curación milagrosa de los males físicos tenía el valor de ser un signo y el preludio de la liberación del pecado, que era justamente la causa de la muerte y de la enfermedad²⁸. Obviamente, la fe es pues la fuerza que enfrenta la enfermedad en su origen. Por tanto, la explicación teológica capta, justamente, en las actitudes trascendentes de la fe y de la confianza teológicas referentes a la compasión divina en favor de los enfermos, factores que pueden elevar el umbral de base del dolor y aumentar la eficacia terapéutica del suministro de los fármacos. A este punto queda aún por explicar cómo estos elementos trascendentes, estimulados por una prolongada lectura meditativa de un paso evangélico, influyen en el mecanismo fisio-

patológico sin que se trate de un acto milagroso.

3. El influjo trascendente en el umbral de base del dolor y la eficacia terapéutica

Para comprender mejor lo que sigue y poner de relieve la conexión lógica, resumo brevemente el tema desarrollado hasta ahora.

De los gráficos de la Variación Promedio VAS en los 4 grupos se pone en evidencia el influjo de la creencia y de la lectura meditada en el umbral del dolor y en la eficacia de la terapia farmacológica²⁹. Para explicar estos datos experimentales desde el punto de vista teológico, ante todo he elaborado como premisas, la unidad óptica de los elementos constitutivos de cada persona humana, y, luego, la fuerza estimuladora del elemento trascendente de la fe. De estas premisas saco ahora algunas conclusiones para explicar las variaciones indicadas en tema alológico (referente al dolor): el influjo recíproco entre los diferentes elementos constitutivos y el dominante influjo del constitutivo espiritual en todo el ser de la persona. Naturalmente, aquí interesa ante todo el influjo trascendente en las personas afectas de patologías dolorosas crónicas.

La conclusión explicativa del influjo recíproco se basa ante todo en el significado paulino de la palabra *sarx*, es decir, *carne*. Con este término el Apóstol indica la concupiscencia, esto es, toda forma vehemente de deseo humano que se opone a los dictámenes de la razón humana. Por tanto la concupiscencia se identifica con la oposición de la carne al espíritu³⁰. La carne “desordena las facultades morales del hombre y, sin ser una falta en sí misma, le inclina a cometer pecados”³¹.

De este modo es claro que “en el hombre, porque es un ser compuesto de espíritu y cuerpo, existe cierta tensión, y se desarrolla una lucha de tendencias entre el «espíritu» y «la carne». Pero, en realidad, esta lucha pertenece a la heren-

cia del pecado. Es una consecuencia de él, y, al mismo tiempo, confirma su existencia. Forma parte de la experiencia cotidiana del combate espiritual”³².

Justamente de este combate espiritual entre el espíritu y la carne se deduce que el hombre *carnal* está llamado a ser el hombre *somático*, es decir, que el hombre *es* un cuerpo pneumatizado o *es* un pneuma encarnado. El Apóstol nos revela esto cuando escribe a los Gálatas: “Pero, si sois conducidos por el Espíritu, no estáis bajo la ley... El fruto del Espíritu es: amor, alegría, paz, paciencia,

afabilidad, bondad, fidelidad, mansedumbre, templanza; contra tales cosas no hay ley. Pues los que son de Cristo Jesús, han crucificado la carne con sus pasiones y sus apetitos. Si vivimos según el Espíritu, obremos también según el Espíritu”³³. De este modo San Pablo pone de relieve el influjo recíproco “existencial” de los constitutivos ópticos de cada persona humana, tanto negativo por el mal de la “carnalización” como positivo para el bien de la “espiritualización”. Obviamente, aquí interesa la dinámica de la espiritualización.

Hay que observar, asimismo, que esta dinámica es ante todo y sobre todo, obra de Cristo y de su Espíritu. San Pablo nos lo revela: “...También todos nosotros en otro tiempo

en medio de las concupiscencias de nuestra carne, siguiendo las apetencias de la carne y de los malos pensamientos, destinados por naturaleza, como los demás, a la cólera... Pero Dios, rico en misericordia, por el grande amor con que nos amó, estando muertos a causa de nuestros delitos, nos vivificó juntamente con Cristo – por gracia habéis sido salvados – y con El nos resucitó y nos hizo sentar en los cielos en Cristo Jesús, a fin de mostrar en los siglos venideros la sobreabundante riqueza de su gracia, por su bondad para con nosotros en Cristo Jesús”³⁴. Para San Pablo no se trata, pues, de discriminar y de condenar al cuerpo, que con el alma espiritual constituye la naturaleza del hombre y su subjetividad personal, sino de tener cuidado de las obras o, mejor, de las disposiciones estables – virtudes y vicios – moralmente *buenas o malas*, que son frutos de *sometimiento... o bien de resistencia... a la acción salvífica del Espíritu Santo*³⁵. Aquí entramos en el tema de la conclusión explicativa de la fuerza estimuladora del elemento trascendente de la fe y el consecuente influjo determinante pneumático en el mecanismo fisiopatológico.

En efecto, gracias a la obra de Cristo y de su Espíritu, estamos en grado de vivir desde ahora como hombre somático en las obras del Espíritu contra la carne y esto, justamente, por medio de la fe. “Pues – dice S. Pablo – habéis sido salvados por la gracia mediante la fe; y esto no viene de vosotros, sino que es don de Dios; también viene de las obras, para que nadie se glorie. En efecto, hechura suya somos: creados en Cristo Jesús, en orden a las buenas obras que de antemano dispuso Dios que practicáramos”³⁶. En fin: quien vive del Espíritu, camina también según el Espíritu³⁷.

En otras palabras, “en la vida cristiana, el Espíritu Santo realiza su obra movilizándolo el ser incluidos sus dolores, temores y tristezas, como aparece en la agonía y la pasión del Señor”³⁸. Esto explica porqué los cristianos, aun conociendo como todos los hom-

bres el alcance dramático de la enfermedad y advirtiéndolo la complejidad de ello, “pero iluminados y apoyados por la fe, logran penetrar más profundamente el misterio del dolor y soportarlo con fuerza más viril”³⁹. Aquí se ve claramente que la fe, como elemento trascendente de luz y de apoyo, efectúa un doble influjo: como luz habilita a una penetración más profunda del misterio del dolor y como apoyo habilita a una soportación más viril del mismo.

A este punto, subrayo que son justamente estos influjos de la fe que la Iglesia profesa cuando ofrece a los creyentes el signo particular del amor misericordioso de Cristo hacia aquellos cuyo estado de salud está seriamente comprometido por enfermedad o vejez hacia las cuales el don especial de la gracia está representado por el sacramento de la unción de los enfermos. Al celebrar este sacramento, “toda la Iglesia entera encomienda a los enfermos al Señor sufriente y glorificado para que los alivie y los salve. Incluso los anima a unirse libremente a la pasión y muerte de Cristo; y contribuir, así, al bien del Pueblo de Dios”⁴⁰. Es preciso notar que el Catecismo de la Iglesia Católica enseña explícitamente este influjo de la fe-don del Espíritu Santo. “La gracia primera de este sacramento es una gracia de consuelo, de paz y de ánimo para vencer las dificultades propias del estado de enfermedad grave o de la fragilidad de la vejez. Esta gracia es un don del Espíritu Santo que renueva la confianza y la fe en Dios y fortalece contra las tentaciones del maligno, especialmente tentación de desaliento y de angustia ante la muerte”⁴¹.

De este modo Cristo sigue asistiendo en el tiempo y en el espacio, mediante la fuerza de su Espíritu, a cada hombre y a cada creyente que estimula de algún modo, por medio del don trascendente de la fe, el constitutivo más íntimo de su ser, es decir, el *ruach* o el *pneuma*. Mediante este estímulo de fe, el Espíritu de Cristo quiere curar no sólo el alma del enfermo sino también, si es saludable, curar su cuerpo. Es-

te influjo de la fe se vuelve evidente por el sacramento instituido *ad hoc* por Cristo y anunciado por el apóstol Santiago. En efecto, lo que Cristo “médico del cuerpo y del espíritu”⁴² ha instituido, es anunciado por Santiago: “¿Está enfermo alguno de 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...”⁴³.

Para mayor aclaración, es verdad que se habla aquí del rito específico instituido por Cristo en favor de los enfer-

mos, pero esto no quita nada al valor como prueba de la presente explicación teológica; antes bien, este rito sacramental representa solamente el máximo y no el único aspecto del influjo que tiene la fe y la confianza teológica en tema algológico. La Iglesia, afirma el Catecismo de la Iglesia Católica, “crea en la presencia vivificante de Cristo, médico de las almas y de los cuerpos. Esta presencia actúa particularmente a través de los sacramentos, y de manera especial por la Eucaristía, pan que da la vida eterna y cuya conexión con la salud corporal insinúa S. Pablo”⁴⁴. El Apóstol insinúa a quien, cuando come y bebe, no discierne el cuerpo del Señor⁴⁵. De todos modos, y es lo que deseo afirmar, la invitación de Cristo dirigida a sus discípulos de “cu-

rar a los enfermos” no se limita a la celebración de la unción de los enfermos, sino que se extiende a todos los cuidados en favor de los enfermos. Por tanto, afirma el Catecismo, la Iglesia intenta realizar esta tarea que ha recibido del Señor tanto mediante los cuidados que proporciona a los enfermos como por la oración de intercesión con la que los acompaña⁴⁶.

Ahora bien, y esto es muy importante, en este estudio hemos querido realizar justamente la tarea de “curar a los enfermos” incluso mediante el suministro de una lectura meditada de la Palabra de Dios. Queríamos estimular la fe con la esperanza vivificante de Cristo médico de las almas y de los cuerpos y, por consiguiente, controlar científicamente qué influjo trascendente tuviese la fuerza de la fe en tema algológico. Lo gráfico muestran claramente la efectiva variación, en los cuatro grupos, del nivel básico del dolor y de la eficacia terapéutica. Esta evidencia “científica” ha encontrado, a la luz de la fe de la Iglesia, que en la Palabra de Dios está presente el Espíritu vivificante de Cristo, médico de las almas y de los cuerpos, una explicación “teológica” muy válida en base a la unidad óptico-religiosa de los constitutivos de la persona humana y a la fuerza estimulante del elemento trascendente de la fe.

Estoy convencido que, comparando la explicación “científica” con aquella “teológica” de la Variación Promedio VAS en los 4 Grupos, nos encontramos frente a la confirmación de la relación “perfectivo y saludable” de la gracia con la naturaleza. La unidad óptico-religiosa de los diferentes constitutivos explica claramente, no sólo su recíproco influjo, sino sobre todo el influjo dominante del constitutivo pneumático sobre el constitutivo somático. La gracia de la fe ha efectuado un influjo en el umbral del dolor, ya sea cerrando la puerta a los inputs del dolor, o bloqueando los receptores destinados a la percepción del estímulo doloroso mediante la liberación de endorfinas.

Para dar a esta interpreta-

ción un peso aún mayor, hago una referencia a la enseñanza de la Iglesia sobre el hombre en el Paraíso. Interpretando auténticamente el simbolismo del lenguaje bíblico, la Iglesia enseña que todas las dimensiones de la vida del hombre estaban potenciadas por la irradiación de la gracia de la santidad original, por lo que “mientras permaneciese en la intimidad divina, el hombre no debía ni morir, ni sufrir. La armonía interior de la persona, la armonía entre el hombre y la mujer, y, por último, la armonía entre la primera pareja y toda la creación constituía el estado llamado «justicia original»⁴⁷. Por consiguiente, la irradiación de la gracia en el alma del primer hombre era tal que impedía que su cuerpo, aun siendo mortal, muriera y que su cuerpo, aun siendo sufriente, sufriese. El alma-espiritual era potenciada de manera tal por la gracia de Dios que tenía un influjo en el cuerpo-material que impedía que muriese y sufriese. Aquí se plantea el interrogante ciertamente no retórico: ¿por qué la fe no puede potenciar de tal manera al alma hasta el punto que tenga un influjo en el cuerpo sufriente para levantar el umbral del dolor y mejorar la recuperación de la salud? La respuesta afirmativa de la explicación teológica logra aún más fuerza de persuasión si pensamos que la presencia vivificante del Espíritu de Cristo es garante, en cuanto autor, de la resurrección del cuerpo. Si la irradiación de la gracia paradisiaca puede impedir que el cuerpo “mortal y sufriente” del hombre muera y sufra, tanto más la fuerza de la fe en la presencia del Espíritu vivificante estimulada por la lectura meditativa de su Palabra es capaz de elevar el nivel del dolor y mejorar la eficacia terapéutica del cuerpo que, ciertamente morirá pero resurgirá inmortal por medio, justamente, del Espíritu de Cristo que habita en nosotros.

Conclusiones

De todo lo anterior, los Autores afirman:

1) que la fe crea en cada in-

dividuo una valencia ética de potenciamiento o de reencuentro del propio Yo espiritual tan elevada y autónoma que eleva el umbral del dolor en los pacientes creyentes;

2) cada individuo, incluso sea agnóstico o indiferente a planteamientos ético-religiosos, es estimulado – dada su configuración igualmente divina, siendo entidad a imagen y semejanza de Dios aunque de manera inconsciente – por referencias de tipo trascendente como la lectura y meditación de un texto que recuerde una presencia superior a la cual referirse.

Esto confirma que la fe estimulada mediante una lectura evangélica meditativa crea una mejor vivencia de la enfermedad en general y del estado doloroso en particular.

Prof. PIERLUGI ZUCCHI, S.O.,

Director del Instituto para el Estudio y la Terapia del Dolor

Padre BONIFACIO HONINGS, O.C.D.,

Docente de Teología Moral en la Pontificia Universidad Urbaniana, Teresianum

Bibliografía

* “Dios es amor y quien permanece en el amor permanece en Dios y Dios en él. En esto ha llegado el amor a su plenitud con nosotros; en que tengamos confianza en el día del Juicio, pues como él es, así nosotros en este mundo. No hay temor en el amor; sino que el amor perfecto expulsa el temor, porque el temor mira al castigo; quien teme no ha llegado a la plenitud en el amor.

Nosotros amemos, porque El nos amó primero. Si alguno dice: “Amo a Dios”, y aborrece a su hermano, es un mentiroso; pues quien no ama a su hermano, a quien ve, no puede amar a Dios a quien no ve. Y hemos recibido de El este mandamiento: quien ama a Dios, ame también a su hermano.

Todo el que cree que Jesús es el Cristo ha nacido de Dios; y todo el que ama a Aquel que da el ser ama también al que ha nacido de El. En esto conocemos que amamos a los hijos de Dios: si amamos a Dios y cumplimos sus mandamientos no son pesados, pues todo lo que ha nacido de Dios vence al mundo. Y lo que ha conseguido la victoria sobre el mundo es nuestra fe”. 1 Jn 4, 16-21; 5, 1-4.

**

WILCOXON S., *Individual comparisons by ranking methods*, Biometrics Bull., 1(1945) 80-83.

MANN H.B. and WHITNEY D.R., *On a test with one of two random variables is stochastically larger than the other*, Ann. Mat. Statist., 18 (1947) 50-60.

CORRADETTI R., PEPEU G., *Le endorfi-*

ne, En C.A. PAGNI, P. PROCACCI, V. VENTAFRIDA (Eds.), *Il dolore: problemi di fisiopatologia e terapia*, Edizioni Libreria Cortina, Verona, 1978, pp. 83-94.

HUGES J., SMITH T.W., KOSTERLITZ H.W., FOTHERGILL L.A., MORGAINS B.A., MORRIS H.R., *Identification of two related pentapeptides from the brain with potent opiate agonist activity*, Nature, 258 (1975) 577-579.

MELZACK R. and WALL P.D., *Pain mechanisms: a new theory*, Science, 150 (1965) 971-979.

Notas

¹ D. LUS, *La chair dans l'Ancien Testament*, «Basar», París, 1967, p. 113.

² Génesis 2, 7; cf. B. HONINGS, *Procrear es amar la vida con el amor creador de Dios* en “Conocer, amar, servir la vida”. Dolentium Hominum n. 28, X, 1995, e, p. 181-186.

³ Constitución pastoral sobre la Iglesia en el mundo contemporáneo, *Gaudium et Spes*, n. 19; en adelante GS, n. ...

⁴ GS, n. 14.

⁵ GS, n. 19.

⁶ GS, n. 14.

⁷ I Co 6, 15.

⁸ I Co 6, 19-20.

⁹ Rm 12, 1.

¹⁰ Rm 8, 11.

¹¹ B. HONINGS, “Una irenología nella chiesa per il mondo di oggi”. Roma, Edizioni Centena 1993, p. 205-206.

¹² Rm 8, 19-21.

¹³ GS n. 21.

¹⁴ Constitución dogmática sobre la Divina Revelación, *Dei Verbum* n. 6; en adelante DV, n. ...

¹⁵ DV, n. 6.

¹⁶ DV, n. 5.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ Cf. *ibidem*.

¹⁹ CEI, *Evangelización y sacramentos de la penitencia y de la unción de los enfermos*, Collana-Documenti CEI, n. 11, ELLE DICI Torino 1974, n. 118.

²⁰ CEI, *ibidem* n. 123.

²¹ Mc 6, 55-56.

²² Isaías, 35, 4-6.

²³ CIC, n. 1503.

²⁴ Mc 5, 27-34.

²⁵ Mc 9, 20-27.

²⁶ CEI, *Evangelización...*, n. 132.

²⁷ CEI, *Evangelización...*, n. 133.

²⁸ Cf. *Ibidem*.

²⁹ Cf. en apéndice p. ...

³⁰ Escribe: “Si vivís según el Espíritu, no daréis satisfacción a las apetencias de la carne. Pues la carne tiene apetencias contrarias al espíritu, y el espíritu contrarias a la carne, como que son entre sí antagónicas, de forma que no hacéis lo que quisierais” (Gal 5, 16-17).

³¹ CIC, n. 2515.

³² CIC, n. 2516.

³³ Gal 5, 18, 22-25.

³⁴ Ef 2, 3-7.

³⁵ JUAN PABLO II, Carta enc. *Dominum et vivificantem*, 55.

³⁶ Ef 2, 8-10.

³⁷ Cf. Gal 5, 25.

³⁸ CIC, n. 1769.

³⁹ CEI, *Evangelización y sacramentos de la Penitencia y de la Unción de los Enfermos*, ELLE DI CI, Turín 1974, n. 131.

⁴⁰ CIC, n. 1499.

⁴¹ CIC, n. 1520.

⁴² Constitución sobre la sagrada liturgia, *Sacrosantum Concilium*, n. 5.

⁴³ St 5, 14-15.

⁴⁴ CIC, n. 1509.

⁴⁵ I Co 11, 30.

⁴⁶ Cf. CIC, n. 1509.

⁴⁷ CIC, n. 376.

Quiero empezar con una pregunta:

¿Por qué se dan hoy tantas situaciones de deshumanización, de indiferencia, y hasta violación de los derechos de los enfermos? La respuesta está en la pérdida o carencia de la «mística» de nuestra profesión, de esa «mística» por el servicio a los enfermos; en el rechazo de lo que va más allá de la pura función y actividad sanitaria.

Saint-Exupery refiriéndose al mundo actual decía: «Se ridiculiza todo sentimiento humano, y los hombres no quieren dejarse despertar a la vida del espíritu». Esto se aplica perfectamente en nuestro mundo hospitalario, sólo ponemos atención al avance tecnológico, científico, al trabajo como tal, a la política. Nuestra mentalidad se vuelve egoísta, utilitarista, económica y calculadora.

Por eso ha perdido valor el concepto de «servicio a los enfermos». Más aún, se le ha quitado todo su significado humano: se trata sólo de actividad laboral o de servicio técnico que hay que hacer porque está mandado y en el tiempo establecido nos convertimos en robots, cuya frase importante es «eso a mí no me toca»...

Nuestra vocación es muy apreciada por su valor de dedicación al servicio del enfermo. Esta inclinación es en don de Dios en favor de los enfermos, un excelente ministerio de «Caridad», un auténtico ministerio sagrado como lo llamó el Papa Pío XII.

Este don hay que acogerlo con gratitud sabiendo que la asistencia al enfermo constituye una misión y un ministerio para la gran causa del Evangelio y del Reino de Dios.

Nosotros debemos recorrer nuestro camino responsable, libre, dinámicamente e inser-

tarnos en el ambiente hospitalario como agentes de cambio no solamente en el aspecto de preparación científica y técnica sino en el aspecto de humanizar la enfermería, la medicina.

Hablar del aspecto humanístico es un tema que resulta apasionante, amplio y que de ninguna manera se podrá abarcar en todos sus puntos. Hablar de nuestra identidad, implica necesariamente hablar de nuestro quehacer, de nuestras misión. Hablar de nuestras convicciones o valores implica también ligarlos al compromiso de nuestro actuar, de nuestro comportamiento, y de ese humanismo tanto más hondo y apasionado cuanto mayor sea la limitación impuesta por una educación científica exigente y unilateral.

El humanismo es el que junto al cultivo de la ciencia nos protege por igual a nosotros y a los enfermos. Ser humanista no significa ser hombre bondadoso, aunque el médico y la enfermera deban serlo; ni ser ilustrados, aunque lo necesitamos ni cultivar las letras, ni la historia y el arte, aunque sea útil. Significa an-

tes que nada haber adquirido una cultura muy honda que nos afine la sensibilidad para ver al enfermo con simpatía, haber depurado el juicio para tratar de comprenderlo en sus virtudes y miserias; haber elevado la razón de vida para estar presto a servirlo y ayudarlo.

El humanismo no es un lujo, ni un refinamiento del estudioso. Humanismo quiere decir cultura, comprensión del hombre en sus aspiraciones y miserias, valoración de lo que es bueno, lo que es bello, lo que es justo en la vida. La cultura es la escala de valores que hacen al hombre buscar, en actitud de enamorado, lo mismo el bien que la belleza, que la justicia, todo lo que sublima el conocimiento todo lo que ennoblece la vida.

El desarrollar la cultura humanística es una necesidad para el equipo multidisciplinario de salud, sin la cual será difícil brindar la comprensión, seguridad y apoyo que espera el hombre enfermo, en sus aspiraciones y miserias.

Roussel Dick dice: «Estar enfermo es: ser extraño, desprovisto de vigor, debilitado por la falta de ayuda, perturbado por la confianza traicionada, un extraño entre extraños. Es soportar la incertidumbre de un diagnóstico, prisionero de su propia soledad, desvalido, encadenado en la invalidez, en la dificultad de encararse a la vida, encadenado a la amenaza de la muerte».

El paciente se entrega confiadamente al equipo de salud, fallar a esa confianza, desdeñar el factor emocional del enfermo y atenderlo en forma fría y distante, cuando no con un trato que refleje la falta de interés, es dejarlo en desamparo.

Si conociéramos más a profundidad este misterioso

mundo del enfermo redescubriríamos que «SER» con el enfermo es más importante que «HACER» por el enfermo. Por eso en este mundo del hacer, el equipo interdisciplinario de salud de nuestros tiempos no sólo necesita una preparación fundamentada en conocimientos científicos que exige el avance tecnológico moderno, ni tampoco puede contentarse con ser solamente técnico-científicos que exige el avance tecnológico moderno, ni tampoco puede contentarse con ser solamente técnicos-científicos, sino que tenemos que ser personas que aprendamos todos los días a ser sensibles al dolor humano.

Como un efecto catalizador, el humanismo proyectado en la ciencia invita al hombre a huir del aislamiento egoísta y lo empuja a trabajar noblemente en colaboración. Así formamos el equipo de salud, con un sólo ideal: «El enfermo». La relación médico-enfermo, enfermera-enfermo, es una relación eminentemente humana. Un hombre que sufre y que pide ayuda, frente a un hombre que se presta a darla poniendo en juego su saber y su experiencia.

La ciencia es necesaria, ella nos hace fuertes pero no mejores. En espíritu humanista aprecia lo relativo de la ciencia, sabe que más allá de los descubrimientos, de los avances en el campo de la medicina, de la física, de la química, están las reacciones psíquicas del enfermo, su angustia y sufrimiento. Porque no se concibe la cultura en divorcio con la vida misma, ni un humanismo genuino que se desinterese de los problemas del hombre.

El hombre de hoy domina o intenta dominar la naturaleza, es dinámico, abierto al hacer y estamos orgullosos de pertenecer a esta época técnica y de grandes adelantos científicos.

Pero me pregunto:

¿Qué impacto tiene en los pacientes, los grandes avances científicos y tecnológicos actuales? ¿Será para aumentar la eficacia de la medicina, o para agregar un sufrimiento

más a los pacientes?

¿Nos valemos de los aparatos para velar mejor al paciente, o más bien atendemos más a la máquina que al paciente mismo?

El avance de la ciencia y de la técnica no puede ni debe detenerse, el equipo de salud debe conocer y apreciar la gran utilidad del equipo moderno, pero saber también que su buen uso, ó abuso lo harán ayuda eficaz o perjuicio para el enfermo; las máquinas pueden realizar grandes cosas, pero nunca comprender el sufrimiento del enfermo, sus tensiones, o sus emociones.

Por exactas que sean estas, jamás podrán reemplazar la observación es un ser humano que sufre.

Porque por mecanizada, por tecnificada que esté la medicina del futuro, y lo estará a un grado que apenas podamos imaginar; la medicina clínica, la enfermería el binomio médico y/o enfermera-enfermo, no desaparecerá nunca. La máquina no triunfará nunca sobre el hombre.

Quien pasa de largo junto el

enfermo, quien no descubre a la persona en su totalidad, no ha conseguido su propia personalización, no ha logrado su unidad, no ha madurado humanamente; cuando somos capaces de amarnos a nosotros mismos, de respetarnos, entonces sabemos también amar al hombre, servir al hombre, sobre todo al hombre enfermo; no al hombre como abstracción, sino al de carne y hueso, que trabaja, que sufre, que sueña y que espera, al hombre de todas las razas, credos y de todas las latitudes.

En nuestra época el objetivo principal del hospital es el de ofrecer una atención delicada, humana e integral, donde el paciente no sea un número, la pertenencia de un doctor, o una enfermedad, sino una «persona».

Que el enfermo sea nuestro centro de atención a fin de que pueda recibir respuestas no solo científicas, sino también humanas.

Necesitamos crear hospitales que sean para los enfermos no sólo un sitio donde reciban la atención médica más eficaz, sino un lugar donde haya un calor de simpatía y de ayuda humana.

La atención fría, impersonal, no basta en nuestra relación con el enfermo, por mucho que sea científica y que sea eficaz. Es cierto que hay ocasiones en que esta última puede bastar si ofrece curación rápida, pero en ocasiones, en la gran mayoría, cuando la enfermedad se prolonga o cuando se agrava, el enfermo necesita aferrarse a una esperanza. Esa esperanza es la confianza que tenga puesta en el equipo de salud por su saber, por su prestigio y sobre todo por el espíritu de simpatía con que lo atiende.

El hospital ha de ser una casa donde hallen los enfermos, calor de simpatía y ayuda humana. Un lugar para sanar, para revivir, como lo reclama el derecho del hombre enfermo. Que sea un espacio en el que exista un pálido reflejo del hogar. Que estemos convencidos que la ciencia entera del equipo de salud, no basta para calentar la atmósfera que rodea a un enfermo, sino se

pone en ello alma y corazón.

Que los enfermos encuentren un tibio remanso de Paz, donde el hombre tiende la mano al hombre.

Por tanto es esencial que el grupo hospitalario que lo recibe esté lo suficientemente humanizado para hacerlo sentir como en su casa, es decir, aceptado tal como es, comprendido y ayudado en sus necesidades fundamentales, esto será posible si somos congruentes con nuestra mística. Mística que dirija nuestra vida hacia planos superiores, que nos invita a avanzar, avanzar siempre, para servir mejor, y después, compartir todo el saber y la riqueza espiritual que la vida nos depare, haciéndolo sin regateos, sin egoísmos, sintiendo la noble función de dar, porque sólo es rico el que da y sólo es fuerte el que sabe entregarse dando atención de alta calidad que sea efectiva, segura y bien planeada; mediante dos virtudes fundamentales la de saber, primero; la de servir después.

Saber es absolutamente indispensable para dar un servicio eficaz. El de servir, dando una colaboración cada vez más útil para ayudar el tratamiento, a la curación y a la rehabilitación de los que sufren. El trato frío, inhumano y distante con los enfermos, no hacen más que aumentar su soledad y sufrimiento espiritual que tienen. Los pacientes no son carne amorfa, no son carne de experiencia, son un dolor que impreca, son una ansia humilde que espera una voz amiga, una palabra consoladora. Solamente así, se puede hacer llevadera la soledad de quien tiene el sufrimiento físico del mal y el sufrimiento de su abandono y de su soledad.

Es indispensable el humanismo para nosotros porque sin «EL» de ninguna manera podemos vivir nuestra misión humanizante.

Debemos esforzarnos por ser agentes dinamizadores de humanizar la medicina, promover la vida, la esperanza, la curación mediante una acción que exprese que las relaciones, la comunicación, la autoridad, la vida afectiva, los sentimientos, todo cuanto se

vive en el hospital está orientado al enfermo, a su bienestar de manera especial.

Debemos asumir la cultura como un proceso de humanización y una preparación tal que nos permita conocer u observar a través de sus actitudes e intereses y disposiciones, los valores que rigen su conducta individual.

En nuestra profesión hemos de destacar los valores de ética, humanismo, preparación profesional y servicio.

La satisfacción que debemos esperar es la de ser profesionistas de la salud quienes poseemos el privilegio de ali-

viar el dolor, de dar consuelo, proporcionar apoyo, esperanza y amor, viviendo realmente el testimonio de nuestro compromiso, hasta sus últimas consecuencias.

El humanismo que debemos de cultivar es aquel que tiene sus raíces en una fe profunda, que nos conduce a una esperanza gozosa y serena dentro de un marco de amor sin límites.

Como equipo de salud cultivemos nuestra mente, nues-

tro espíritu. El mundo actual, cuanto más palpita de angustia, de tensiones, de dolor, más nos debe acercar a la fuente de la paz, de la luz, del amor. De esta fuente bebemos el impulso para no divorciar los conocimientos científicos, de la cultura y de la reflexión constante sobre los temas eternos de la conducta: el deber, el amor, el bien y así elevar el alma frente a los difíciles momentos del sufrimiento, el dolor, la angustia y de la misma muerte, para cumplir el deber que hemos escogido, pero no fríamente, sino humanamente. Porque la vida no es deber es caridad.

Ya pasó la época en que las enfermeras eran las servidoras del grupo médico. Hoy no, actualmente somos sus fieles y valiosas colaboradoras, inteligentes y con más capacidad de decisión. Del empeño que pongamos, de las observaciones que hagamos, de las acciones que realicemos, van a depender muchas veces el tratamiento y volver preciosos los minutos de los que depende la salvación o la pérdida del enfermo. Somos conscientes que tenemos que dividir nuestro tiempo entre: pacientes, equipo, investigar, enseñar y actualizarnos; porque hoy tenemos responsabilidades que antes no teníamos. Hoy no sólo obedecemos, sino actuamos y estamos inmersas junto con el equipo multidisciplinario en una vorágine de alta tecnología. He aquí nuestro reto

Estamos en:

Consulta externa: En la docencia para la prevención de enfermedades, clínica de hipertensión, anticoagulantes, etc. Realizando en este Instituto un primer nivel de atención.

En urgencias: Actuando en ausencia del médico, implantando en el momento oportuno las medidas salvadoras.

Unidad coronaria: observando monitores, interpretando electrocardiogramas, participando activamente en el control del paciente al cual se la realizará angioplastia y en el tratamiento de fibrinólisis coronaria.

Hemodinámica: En la car-

diología intervencionista: Angioplastia coronaria, valvuloplastias, cierre de conductos arteriosos, en electrofulguración y en el manejo de aparatos electrobiomédicos sofisticados.

Sala de operaciones Cirugía de haces anómalos, que producen arritmias como el Wolf Parkinson White, tratamiento quirúrgico de cardiopatías congénitas complejas, transplantes, etc.

Servicio de perfusión. En el manejo de la bomba corazón-pulmón.

Terapia Intensiva Quirúrgica: dando tratamiento al paciente postoperado, manejo de aparatos electromédicos, computadoras, monitores, ventiladores, balón intra-aórtico de contrapulsación.

Pediatría. En el manejo de niño con cardiopatías congénitas complejas.

Cardi neumología. En estudios espirométricos, en el manejo médico quirúrgico del paciente, así como la atención de asistencia ventilatoria.

Nefrología. Con el paciente nefrótico convencional y terminal, en el apoyo psicológico y técnico de insuficiencia renal avanzada.

Rehabilitación Cardíaca. Donde la enfermera interactúa con el paciente en su proceso de rehabilitación, abarcando las esteras físicas, mediante sesiones supervisadas de ejercicio, psicológica y social mediante terapias grupales así como en su ardua labor en la prevención secundaria.

Laboratorio de fisiología. En la manufactura de prótesis cardíacas de pericardio bovino.

Cirugía experimental. Realizando junto con el médico protocolos de investigación científica.

Hoy somos profesionales de mayor rango, pero mientras más fuerte y más honda es nuestra responsabilidad. Sin olvidar que en estos tiempos deshumanizantes debemos llenar el espacio existente en nuestra dimensión interior de personas y la actitud de humanidad que el enfermo espera hoy de nosotros cada vez con mayor insistencia.

En igual grado que el afianzamiento académico importa asegurar el del sentido ético y humanístico, no puede admitirse una educación verdadera sin una sólida vertebación moral. Tanto como el amor a la sabiduría, la dignidad de la conducta, la rectitud, el humanismo: son las acciones que deben de inspirar nuestra vida. El mundo actual nos necesita no sólo fuertes, sino mejores y eso sólo se alcanza por los caminos de la cultura. Con ella se conquista: la comprensión humana, el recto espíritu de justicia, la limpia actitud de ayuda a los demás.

Hoy se han acortado las distancias especiales, pero se han alargado las distancias entre los corazones, y la sociedad se enfría, los hombres parecen solitarios, extraños, se pierde el sentido de los valores más humanos y trascendentes. Se hace más profunda la distancia entre el hombre y su hermano el hombre.

Por ello nosotras al servicio de la promoción y conservación de la salud hemos de ser realmente sensibles a todo

dolor humano.

Ese dolor nos humaniza y también hace más humano a quien lo padece, si nosotros sabemos orientarlo. En esta misma forma el paciente encuentra en su dolor un elemento positivo de transformación, le da sentido a su sufrimiento, lucha por la vida, se redime a sí mismo, presta un gran servicio, humanizando la medicina. Donde el equipo de salud trata de sanar al hombre en forma realmente humana, allí se proclama la buena de la libertad que transforma cuerpos enfermos y manos expertas en seres humanos unidos fraternalmente, capaces de conquistar un mundo mejor.

¿Estamos seguras de poseer la cultura necesaria, la disponibilidad requerida, la sensibilidad delicada para acercarnos a ese ser humano que se encuentra en peligro, que reclama nuestra ayuda; o más bien participamos fríamente en su despojo físico, psicológico, social y moral?

El mundo actual clama la presencia del equipo multidisciplinario pero de los que estén verdaderamente comprometidas que no se asustan, que no se oponen a la marcha de la historia, porque vive el compromiso de la libertad que se funda en la Fe. Una libertad que no ata, sino que capacita para vivir proféticamente el encuentro con la vida, el encuentro de ese hombre que no quiere sufrir ya el aplastamiento de la miseria, con sus secuelas de enfermedad, muerte y decadencia.

Actualmente el equipo multidisciplinario y la enferma religiosa unidos en el mismo ideal nos adentramos por los caminos que ahora existen en la lucha para obtener el don preciado de la salud de nuestro pueblo, tan necesitado cada día de mayor comprensión delicadez y bondad impregnada de esa caridad que es Amor.

Para que el ejercicio de nuestra profesión no sea solamente ejecución de tareas, de función técnica, sino más bien un servicio auténticamente humano de dedicación generosa, de acercamiento personal, de acompañamiento res-

petuoso y atento, ¿qué valor, qué motivación, qué intención interior son necesarias?

Es indispensable solamente un valor universal y noble que motive, suscite y oriente a tener actitudes que no se limiten a lo que se debe hacer por justicia, sino que vayan más allá para ofrecer todo el bien concreto que el enfermo exige; es decir, un valor que dé vida y desarrolle un dinamismo encarnado en la situación real del hospital.

Este valor o principio inspirador y animador de un servicio hospitalario auténtico es el AMOR. Como observaba el Papa Pablo VI refiriéndose al mundo: «El mundo y para nosotros el pequeño mundo de los hospitales está enfermo no por falta de recursos, sino por falta de amor. El único remedio para curarlo es aumentar el grado de amor».

Se requiere, por tanto, «un complemento de corazón», como decía Bergsón, un cambio y renovación de corazón. «Más corazón, más corazón en las manos» decía San Camilo. El estilo de un servicio diligente y humano a los enfermos nace dentro, del amor. Mejorar el servicio no es un hecho espontáneo, sino que conlleva una toma de conciencia, un trabajo de interiorización, un camino por recorrer con el propósito de reeducar el corazón al amor, de «quitar el corazón de piedra y poner un corazón de carne» (Ez. 36,26), es decir, una disposición interior de amor sincero.

Reeducar el corazón al amor hacia el enfermo no es sino humanizarse así mismo, volvernos humanos, sensibles y abiertos a cada uno para humanizar al mismo tiempo el servicio al enfermo y todo el ambiente.

El enfermo, como persona humana, no puede vivir sin amor. Necesita encontrar en nosotras una actitud amorosa, un servicio comprensivo y generoso. Desea y espera ser acogido y asistido con calor humano, siente la necesidad de una relación humana, además de las atenciones y servicios técnicos.

Para nosotros los cristianos

hay un compromiso más. En la tendencia natural, fruto del sentimiento que hace amar al prójimo, se inserta una realidad o fuerza interior, que es parte del orden sobrenatural; es el don de la caridad, fruto del Espíritu Santo, es decir, el Dios que es Amor.

Este amor llamado caridad se injerta en la naturaleza humana, se une a las tendencias y aspiraciones naturales, invade al ser y a los recursos del corazón, se convierte en fuente y fuerza de un amor fraterno, profundo, en capacidad de amar y donarse.

Este don del Espíritu Santo

exige docilidad a la acción de Dios. El amor que resulta de esta docilidad es espontáneo y tierno, sereno y poderoso para mover, desarrollar y regular todos los recursos y los impulsos presentes en el corazón humano.

Además, el amor de caridad dona a las cualidades humanas de base una calidad de virilidad, de fuerza, de apoyo y nos mantiene siempre abiertas, activas y dinámicas en las relaciones con los otros, y o-

rienta, inspira e informa los actos y gestos concretos.

No da lugar a egoísmos personales; estimula y regula las motivaciones instintivas; coloca al enfermo en el centro de su acción; desea realmente el bien de los pacientes, difunde riqueza humana y espiritual, se inserta en el estado del enfermo, se pone a su disposición para su bien, recuperación integral o ayudarlo a bien morir.

Puede decirse que el amor de caridad lleva a obrar con alegría y entusiasmo, porque llena de calor y humanidad toda la acción asistencial, la hace eficaz, la eleva y perfecciona.

Tal como es el amor, es el servicio. decía el Papa Pablo VI: «Ustedes valen según su corazón». En el mundo del enfermo, en su ambiente, en todo su entorno, la persona que sufre necesita poder ver, oler, oír, tocar esta dimensión divina en nosotros, que en otras palabras, más accesible y conocida entre nosotras se llama humanización. Nosotras mismas ya no queremos tantas palabras, queremos testimonio, congruencia, actitudes de vida.

Otra parte de esta dimensión divina es cuando después de contemplar las actitudes, la vida de Jesús, la persona que sufre desde su abatimiento, descubre y hace emerger una capacidad, una fuerza, una energía, muchas veces ignorada anteriormente, la cual lo hace madurar como persona y muchas de nosotras que estamos en este medio del dolor, vemos frecuentemente a estas personas, hombres o mujeres, niños y jóvenes, adultos y ancianos, a los que el sufrimiento ha agigantado, ha desarrollado, por que desde su limitación sacan ese coraje, esa perseverancia, esa fortaleza para seguir luchando por la vida en plenitud o por la plenitud de vida dentro de la limitación. Es a manera de ejemplo como la piedra negruzca, bruta, tosca del diamante, que en la medida en que se golpea, se cincela, desaparece lo oscuro y da lugar a la claridad, la brillantez, la transparencia, la esquisitez.

San Camilo de Lelis protector de las personas dedicadas al servicio del enfermo nos pide que no apaguemos esta chispa divina en medio del mundo del dolor, ese es nuestro compromiso, nuestra responsabilidad, tenemos que ser las manos y el corazón de Cristo, tenemos que hacer presente y visible hoy su misericordia y compasión.

Esto no nos puede dejar indiferente. Mirando a Cristo vemos como Jesús se hace solidario con el que sufre, descubre las necesidades y deseos de los enfermos, se encarna en su situación y se hace compañero de viaje como un hermano para darle esperanza, salud, o ayudarlo a bien morir.

En este servicio generoso se encuentra ya en esta tierra una Bienaventuranza «que es la felicidad del corazón y del espíritu que nace de la confortación que se les procura a los enfermos.

Para llevar a cabo esta misión tan grande y noble de consagrar nuestra vida al Amor de la ciencia y a la búsqueda de la felicidad humana, no debemos quedarnos en la teoría sobre nuestro ser y hacer, ya que no pasarán de ser hermosas obras literarias si no las «encarnamos» en nuestra vida.

Quiero terminar con un proverbio chino que dice: Cuando la mente no está bloqueada, el resultado es la sa-

biduría, y cuando el espíritu no está bloqueado el resultado es el Amor.

Anthony de Melo, Jesuita Hindú, tiene este concepto sobre el Amor: Sólo si amas serás feliz y sólo amarás si eres feliz. Y amar es un estado que no elige a quien amar, sino que ama porque no puede hacer otra cosa, porque es AMOR.

La respuesta del amor es siempre la que el otro necesita, porque el amor verdadero es clarividente y comprensivo, siempre está de parte del otro.

Dios es la verdad, la felicidad y la realidad, y El es la fuente dispuesta siempre para llenarnos del amor en la medida que libremente nos abramos a El.

El nos dará la Paz, la Fuerza, y el Amor que necesitamos para vivir la enfermería, la medicina de hoy con un compromiso profundo de justicia y caridad que brota del corazón mismo de Dios de Misericordia para hacerlo patente a todos los que nos necesitan en el campo de la salud.

Solo me queda pedirle a El y a Ma. Santísima de Guadalupe la Madre de la Misericordia nos bendiga a todos los que laboramos en el campo de la salud para que fortalecidos en la oración, teniendo sentido de solidaridad y colaboración en las Instituciones donde estamos presentes podamos hacer vida la misericor-

dia y al final de nuestros días nos reciban en la otra vida con estas palabras «Venid Benditos de mi Padre porque estuve enfermo y me visitasteis... porque lo que hiciste a uno de mis pequeños a mi me lo hicisteis».

Sor MA. SUAREZ VAZQUEZ

*Jefe del Depto. de Enfermería
Instituto Nacional de Cardiología
Ignacio Chávez*

Bibliografía

J. PABLO II, *Salvifici Doloris*, Parroquial, México.

PIERLUIGI MARCHESI, *La Hospitalidad de los hermanos de San Juan de Dios hacia el año 2000*, Selare, Bogotá, 1987.

CUADRADO TAPIA, *Enfermos sois los preferidos*, Monte Carmelo, Burgos 1988.

GRANDI VIRGILIO, *Al servicio de los Enfermos con amor*, Selare, Bogotá, 1987.

Soc. I. E. FROMM y S. ZUBIRAN, *El ser humano y su dignidad ante la muerte*, INN. México, 1990.

PIERLUIGI MARCHESI, *Por un hospital más humano*, Selare Bogotá, 1981.

REDRADO, GOLGURINA, MARCHESI, BOLECH, BRUSCO, *Humanización en salud*, Selare Bogotá, 1988.

CORREA, *Medicina y ética. Dignidad humana y libertad*, Universidad Anahuac, México 1995.

Dolentium Hominum No. 2 Iglesia y salud en el mundo, Vaticano 1986.

I CHÁVEZ, *Humanismo médico, educación y cultura*, El Colegio, Nacional México, D.F. 1978.

BOROS LADISLAUS, *We are future. Herder and Herder*, St. Louis 1970.

H. NOWEN, *Un ministerio creativo*, Company Inc. Garden N. York 1990.

H. FABER, *El arte de la conversación pastoral*, Abingdon Press Nashville Tenn. 1980.

I. CHAVEZ, *La medicina y el médico*, Herbasa México, D.F. 1993.

El capellán, la asistencia religiosa y la capellanía

1. Introducción

En la entrada del hospital “S. Giacomo” de Roma, está esculpida la siguiente frase: “*Ven para ser sanado, si no sanado al menos curado, si no curado al menos consolado*”.

Los tres verbos: “sanar”, “curar”, “consolar”, proponen varios horizontes de salud y de esperanza. A menudo los agentes sanitarios, los enfermos y los familiares focalizan su atención en uno de estos, generalmente la recuperación física, dejando de lado o minimizando el valor de los otros.

Al examinar las prioridades de las diferentes profesiones, podemos decir que los médicos se preocupan sobre todo de “sanar”, las enfermeras de “curar” y los capellanes de “consolar”. A la luz de su preparación técnica y científica, los médicos se sienten llamados en primer lugar a la tarea de sanar, a través de diagnósticos particulares, operaciones quirúrgicas o terapéuticas, tienden a dar salud y vida a quien está enfermo.

La preocupación de las enfermeras es de curar y aliviar el sufrimiento respondiendo a las necesidades físicas, mentales y psicológicas del enfermo.

La contribución del capellán

y de los voluntarios es de “confortar” o consolar a quien está en el dolor, a través de gestos de cercanía y solidaridad, y de acompañar en el proceso del morir a quienes ya no pueden ser ayudados por las ciencias humanas. Aunque los representantes de las diferentes disciplinas pueden dar mayor atención a uno de estos verbos, es importante concebirlos como interconexos e integrados entre sí, por lo que quien sana al mismo tiempo cura y consuela, quien ofrece una consolación al mismo tiempo contribuye a sanar y a curar las heridas.

Partiendo de esta premisa, mi intervención se propone plantear el aporte constructivo que la pastoral puede ofrecer en la “sanación”, “curación” y “consolación” de las personas.

Cuando hablo de acción pastoral me refiero en primer lugar a los capellanes, pero también a la capellanía como proyecto de la Iglesia, y a los colaboradores pastorales como recursos e instrumentos para irradiar el “*evangelio de la misericordia*”. Los modelos en los que se articula y expresa la presencia pastoral están ligados por las diferentes tradiciones culturales, por la perspectiva eclesiológica y por la sensibilidad y visión

pastoral de quienes trabajan en este sector.

2. La identidad del capellán

En lo que se refiere a la *identidad del capellán*, los requisitos para asumir este papel varían de un país a otro: en algunas naciones se reconocen como tales solamente a quienes son sacerdotes o ministros ordenados, en otras se incluyen a las religiosas o laicos que tienen una determinada preparación y han recibido el bienestar de sus obispos o de las iglesias a las que pertenecen.

El siguiente mapa ilustra, de manera aproximada, la distribución de los capellanes en Europa según el criterio de la ordenación o no y del ejercicio del ministerio a tiempo completo o parcial. Para leer estos datos es necesario tener presente la pertenencia a tradiciones religiosas diferentes: los países escandinavos (Noruega, Suecia, Finlandia, Dinamarca, Islandia) tienen una mayoría de luteranos evangélicos (del 80 al 95%); los de Europa del centro (Alemania, Holanda, Suiza, Hungría) expresan una variedad de tradiciones religiosas; los países latinos, de mayoría

católica, y otras naciones se caracterizan por el predominio de una fe religiosa: los griegos-ortodoxos en Grecia, los católicos en Irlanda y Polonia, los anglicanos en Gran Bretaña.

2.2 La preparación específica

Actualmente, el hospital es uno de los ambientes científicos más sofisticados y requiere,

Tabla resumen	Tiempo completo	Tiempo parcial	
AUSTRIA	cappellanes	90	105
	religiosas	10	15
	laicos	30	10
DINAMARCA	cappellanes	3	37
FINLANDIA	cappellanes	16	10
FRANCIA	cappellanes	800	200
	religiosas	400	3.000
	laicos		
ALEMANIA	cappellanes	1.300	700
	diáconos	45	
	religiosas	110	
	laicos	400	
GRAN BRETAÑA	cappellanes	248	1.200
	religiosas/diaconisas	41	
	laicos	14	
IRLANDA	cappellanes	80	35
	religiosas	70	
	laicos	3	
ISLANDIA	cappellanes	10	
ITALIA	cappellanes	1.000	100
	religiosas	25	300
NORUEGA	cappellanes	84	25
HOLANDA	cappellanes	700	300
POLONIA	cappellanes	40	250
PORTUGAL	cappellanes	50	230
	diáconos	1	
ESPAÑA	cappellanes	850	300
	religiosas/laicos	300	
SUECIA	cappellanes	183	
	diaconisas/laicos	147	
	(a tiempo completo o parcial)		
SUIZA	cappellanes	80	40
	religiosas/laicos	15	
HUNGRIA	cappellanes	8	
	religiosas/diaconisas	35	

Además de poseer los requisitos oficiales, la identidad del capellán debería servir de los siguientes elementos:

2.1 La motivación por el servicio

La motivación es el motor de la vida, no es posible acompañar bien al enfermo si faltan las necesarias motivaciones interiores. La praxis de parte de los obispos o superiores mayores de asignar capellanes en los hospitales, sólo de acuerdo con las necesidades circunstanciales o en vista de que el sujeto no estaba más en grado de ofrecer un válido servicio en la parroquia, a menudo ha llevado a consecuencias deletérias en el servicio al enfermo y a la comunidad hospitalaria.

La pastoral del enfermo requiere un corazón sensible y educado y no improvisaciones o forcejeos.

incluso pastoralmente, personas competentes y profesionales que no se inspiren solamente en la espontaneidad y en la buena voluntad. En el curso de los últimos años, en varios países europeos han surgido centros de teología pastoral sanitaria o prácticas específicas, como el Clinical Pastoral Training, para promover la preparación humana, teológica, ética y pastoral del capellán, en vista de un aporte más eficaz y creativo junto al enfermo y a quienes se preocupan para asistirlo.

Contextos de presencia

Los ámbitos de la acción pastoral abrazan una variedad de contextos: de los hospitales generales a las casas para ancianos, de las instituciones siquiátricas a los centros de rehabilitación, de los hospitales universitarios a los Hospices.

Los horizontes de la actividad pastoral incluyen: el enfer-

mo, la familia, el personal sanitario, la parroquia, etc. Manteniendo nuestra atención en el capellán, tratemos de acompañarlo en una especie de viaje virtual del cual emergen los diferentes papeles que puede revestir durante su actividad pastoral.

3. Papel del capellán

En la variedad de encuentros que el capellán vive cada día se puede delinear un mosaico de papeles, cada uno de los cuales tiene un espacio o un propio tiempo en la relación con el enfermo. Examinemos estos papeles, remarcando los elementos significativos que lo caracterizan.

3.1 El papel simbólico

El capellán no está allí para anunciar a sí mismo, sino a Aquien o algo más grande de sí. El mismo no se considera la salvación del enfermo, sino un instrumento en las manos de Aquel que salva; no se ilusiona ser representante del amor sino de ser un humilde reflejo de Aquel que es el Amor.

También para el enfermo la presencia y la visita del capellán recuerda una realidad más amplia ligada a Dios, a la Iglesia, a los valores del cristianismo, a la pertenencia parroquial, al significado de la oración y de los sacramentos, a la dimensión espiritual, a la esperanza del paraíso y de una nueva vida.

En cierta ocasión, la presencia del capellán puede desencadenar reacciones negativas referentes a heridas no marginadas, a experiencias que han producido resentimientos y alienación, a recuerdos empapados de delusión y amargura. En estos casos la presencia religiosa es asociada a aspectos negativos como: el autoritarismo, el control, la condena, el sentido de culpa, la incoherencia, la insistencia en el pecado, la falta de humanidad, el miedo del infierno.

La percepción positiva o negativa del capellán depende en gran parte de las experiencias anteriores del enfermo con figuras religiosas; un eventual rechazo de su visita no debe en-

tenderse como rechazo de la persona misma, sino de lo que simboliza. La capacidad del capellán de administrar con sensibilidad y delicadez este momento crítico podría dar lugar a un clima favorable para sanar una vieja herida.

3.2 Papel de consolador

Siguiendo el ejemplo del Buen Samaritano, el capellán está presente para vertir en las heridas de los desventurados el “aceite de la consolación” y el “vino de la esperanza”.

La primera forma de consolación es la *escucha* del otro, que se expresa en la acogida de sus reacciones y preocupaciones, de sus pensamientos y sentimientos. El que sufre tiene la exigencia de dar voz al propio dolor sin sentirse juzgado, culpable o disminuido por lo que prueba. Tiene necesidad de comprensión y no de consejos fáciles, de respeto no de piedad.

La confrontación se transmite incluso a través del *estilo* de la *presencia pastoral*: hay una presencia que cansa y otra que suscita el deseo de nuevos encuentros, un pasaje que deja indiferentes y otro que produce buenos recuerdos. Una presencia puede hablar de humanidad y de calor, otra de formalidad; a veces una breve visita se convierte en ocasión de enfrentamiento y otra de encuentro auténtico. Mucho depende de las aptitudes humanas del agente pastoral.

El evangelio de la consolación se transmite, asimismo, a través de la *fidelidad del seguimiento*, sobre todo en aquellas circunstancias en las que la enfermedad se prolonga en el tiempo, cuando son necesarias, empeñadas y extenuantes terapias o cuando se acerca el momento de concluir el propio peregrinaje terreno. El verdadero consolador no es aquel que en la oscuridad del Viernes Santo tiene prisa de proclamar la Resurrección, sino el que está dispuesto a vigilar en el Viernes Santo y se vuelve así un símbolo de esperanza.

3.3 El papel del intermediario

El capellán no privilegia la a-

tención hacia la enfermedad y los cuidados médicos, sino hacia las vivencias interiores y las relaciones interpersonales. Su relación de ayuda tiende a desatar aquellos nudos que interfieren con la salud interior de sus interlocutores y a promover relaciones de sanación. Hace todo lo posible para promover las relaciones en los siguientes niveles:

3.3.1 Relación del enfermo con el propio mundo interior

Se ha dicho que actualmente en el mundo occidental el único modo para reflexionar y meditar es de el de enfermarse. Una vez en el hospital el individuo ya no está más sumergido en la infinidad de estímulos y distracciones externas, sino que está obligado a mirarse dentro, a revisar su pasado y su estilo de vida, a cuestionarse sobre el por qué del dolor, a veces para hacer luego elecciones éticas comprometedoras.

Gracias a esta experiencia de introspección y verificación puede madurar y lograr una perspectiva diferente en el mundo: cosas que anteriormente parecían importantes ahora aparecen como secundarias e irrelevantes; otras que eran tomadas como descontadas, ahora son apreciadas y valorizadas. El capellán se inserta en este momento de crisis y de reflexión y, a través de su media-

ción, trata de contribuir a transformar la crisis impuesta por la enfermedad en una oportunidad de crecimiento humano y espiritual.

3.3.2 Relación del enfermo con sus familiares

En muchas circunstancias, el enfermo enfrenta con realismo y equilibrio su condición mientras sus seres queridos son cargados de ansiedad, por una excesiva necesidad de protagonismo o de paternalismo para con él; provocan conflictualidad con el personal curante o asumen actitudes de culpabilidad entre sí. La familia reviste un papel vital en la experiencia de quien sufre, pero su contribución debe manifestarse en el afecto no en el excesivo afán o victimismo, con respeto de los papeles y no en el control de las decisiones, en la comunicación serena y abierta y no en la denegación sistemática de la verdad, en la afirmación del individuo y no en la constante crítica negativa.

El capellán trata de conocer a los familiares y no sólo al enfermo, para asegurarles su disponibilidad y presencia, para darles informaciones útiles, para facilitar la comunicación con el personal curante, para recoger indicaciones preciosas sobre la personalidad y recursos de su ser querido y para acompañarlos en los momentos dolorosos de la muerte y del luto. Sobre todo se esfuerza para desbloquear dinámicas que interfieren en la comunicación del enfermo con su propio tejido familiar, explora estrategias constructivas para afrontar juntos el desafío de una diagnosis infausta o de una enfermedad crónica, identifica y sostiene a las personas de la familia que pueden ayudar a los otros a enfrentar acontecimientos dolorosos.

3.3.3 Relación del enfermo con el personal sanitario

El sufrimiento comporta siempre adaptaciones a los nuevos papeles como el del enfermo, a nuevos ambientes como el hospital, a nuevos lenguajes como el usado por el personal sanitario. El que atraviesa el umbral de un nosocomio a menudo se siente perdi-

do y desorientado en el nuevo ambiente y tiene necesidad de encontrar la serenidad en una relación de confianza con quienes están empeñados para mejorar sus condiciones.

Es importante que los diferentes médicos, enfermeros y profesionales que lo asisten, entablen relaciones con él como persona no como número o un órgano disfuncional o un interesante caso clínico para someter a un próximo congreso de estudio.

A menudo los conflictos y las tensiones surgen porque el enfermo o los familiares advierten que el personal curante asume actitudes despersonalizantes, autoritarias y deshumanizantes en relación a ellos, colocándoles en el papel pasivo de observadores del proceso y no de corresponsables o protagonistas.

El capellán puede tener un espacio vital de mediación tratando de sensibilizar al personal sobre la necesidad de recuperar la centralidad del enfermo en el servicio y evitar el riesgo constante que el hospital se convierta en un puesto de trabajo para los sanos más que un lugar de cura para los enfermos.

3.3.4 *Relación del enfermo con los demás enfermos*

Hace algunos años, se realizó en California una investigación con enfermos graves en la que se les preguntaba cuál habría sido la persona con quien se habrían sentido más libres para confiar sus estados de ánimo en los momentos particularmente críticos de su enfermedad. De los datos recogidos surgieron las siguientes indicaciones: las últimas personas, en orden de graduatoria, con quienes los enfermos se habrían confiado resultaron ser los médicos y los técnicos porque se considera que están demasiado ocupados para escuchar sus sentimientos y preocupaciones; una valoración no mejor que esta la recibieron las enfermeras; la posición del capellán variaba: para algunos resultaba una figura ideal con quien abrirse, para otros, una figura completamente secundaria.

Los familiares se clasificaron más o menos en quinto lu-

gar, dado que muchos pacientes no se sentían libres de hacer pesar a sus seres queridos su dolor, porque ya implicados por muchas adaptaciones impuestas por la enfermedad. Un puesto importante estaba reservado para los amigos, porque aparecen muy sensibles y objetivos como para asegurar escucha y solidaridad y no están mezclados en las dinámicas familiares.

Las indicaciones más interesantes se refieren a dos grupos clasificados en los primeros puestos. En el puesto de honor muchos colocaron a los voluntarios, cuya visita gratuita no estaba condicionada por determinados papeles o por otros intereses, sino que se inspiraba en razones humanas y religiosas. En el primer puesto la mayoría eligió a los demás enfermos, personas creíbles que pueden entender el dolor porque ellos mismos lo viven, quizás de otros modos y formas pero en primera persona.

El dolor crea alianza, unión y, bajo su sombra, se emana el amor. Las indicaciones sugeridas por la encuesta abren un espacio vital para la pastoral y prospectan un papel creativo del capellán conexo no sólo a su capacidad de diálogo con los individuos, sino de crear comunidad y favorecer el intercambio y la ayuda recíproca entre quienes están recorriendo

el mismo peregrinaje.

La comparticipación informal en un cuarto o en una división de hospital y la formación de grupos de ayuda recíproca para personas que viven una experiencia de enfermedad o de luto, pueden constituir ocasiones para poner su propia experiencia y sabiduría al servicio de los demás y de la esperanza.

3.4 El papel de animación

“Animación” significa dar un alma, llevar a la luz la vitalidad de las personas. Es importante descubrir los modos y las estrategias para estimular a los agentes sanitarios a expresar sus potencialidades, de lo contrario el trabajo se vuelve routine, las estructuras se fosilizan y ellos pierden sus motivaciones y creatividad.

El capellán puede desempeñar una preciosa acción de animación en varios niveles: en primer lugar él trata de que las personas se afirmen ayudándoles a reconocer sus dones y valores para ponerlos al servicio del crecimiento personal o de la institución. Una segunda forma de animación consiste en saber identificar, motivar y cultivar agentes dispuestos a comprometerse en proyectos de testimonio común.

La colaboración en la formación de los voluntarios puede ser una de las pistas privilegiadas para humanizar el servicio del enfermo. El verdadero leader no es el que promueve a sí mismo o el propio protagonismo, sino el que sabe valorar los talentos de los demás y los promueve para el bien de la comunidad.

Hacer pastoral hoy es cada vez más el resultado de una colaboración común y cada vez menos el protagonismo del individuo. Actualmente, en Italia existen dos modelos para animar la acción pastoral:

3.4.1 La Capellanía: está formada por un grupo reducido de personas – sacerdotes, religiosos y laicos – comprometidos a tiempo completo o parcial en la pastoral. En la práctica, la capellanía está formada por uno o más capellanes, una o más religiosas y uno o más laicos que han obtenido una

preparación especial. A través de una programación común y encuentros de verificación, juntos tratan de dar testimonio de la presencia de la Iglesia en el mundo de la Salud con la finalidad de contribuir a la humanización y evangelización de los agentes sanitarios y de las estructuras sanitarias.

3.4.2 El Consejo Pastoral es un organismo formado por miembros del personal sanitario y administrativo, del voluntariado y de los enfermos cristianamente comprometidos para dar testimonio de los valores evangélicos en el mundo de la salud. Su número puede variar de 15 a 30 personas, en representación de los diferentes grupos que trabajan en el hospital. El Consejo Pastoral es ante todo un instrumento para coagular las fuerzas y crear un vínculo comunitario entre quienes se sienten comprometidos para dar testimonio del espíritu del Evangelio.

En segundo lugar este espíritu de colaboración interdisciplinar representa una de las formas más eficaces para incidir en la más amplia comunidad hospitalaria a través de proyectos e iniciativas a nivel litúrgico, formativo, recreativo y caritativo, que contribuyen a animar la vida institucional.

La capacidad del capellán de promover estas iniciativas no es otra cosa sino ponerse en sintonía con las indicaciones eclesiales que reclaman que la acción pastoral no es patrimonio exclusivo de los sacerdotes, sino responsabilidad de toda la comunidad cristiana.

3.5 El papel catequético

Durante su vida terrena, Jesús utilizó parábolas e imágenes sacadas de la vida cotidiana para iluminar y enseñar a sus apóstoles y a las multitudes. Siguiendo el ejemplo del Fundador, el capellán tiene en cuenta las ocasiones ofrecidas por el ministerio para educar a los enfermos a fin de que puedan dar un sentido al dolor y obtengan luz de la Palabra de Dios y de la reflexión.

Catequizar significa a veces transformar un desahogo de amargura en oración; a menudo es el enfermo mismo que con

su ejemplo, su fe y serenidad se convierte en evangelizador y formador de los que están sanos. Los maestros más sabios son las personas más vulnerables; los enfermos, para quien sabe escucharlos se vuelven una universidad, no tanto por el aporte que ofrecen a la ciencia, sino por lo que dan a la sabiduría humana.

Detrás de cada rostro que sufre está escondido un don; depende del visitador captar los mensajes. El que se deja educar por los enfermos aprende a enfrentar el desafío de la enfermedad y de la muerte, se prepara a la vejez, aprecia mayormente la propia salud, relativiza los problemas, se mantiene más humilde y más conmovedor.

Hay un aporte catequético que el capellán ofrece al personal sanitario y a la comunidad hospitalaria. A través de la reflexión de la Palabra de Dios, momentos de oración o paraliturgias, celebraciones eucarísticas en la división, la administración comunitaria de la Uncción de los Enfermos, tiene la oportunidad de deponer semillas en el terreno de los que escuchan, madurando la fe, purificando las imágenes de Dios que suscitan miedo, educando

a la soportación recíproca, estimulando la responsabilidad.

Incluso en el contexto de la colaboración interdisciplinaria de los comités de bioética, la presencia del capellán puede servir para poner en evidencia valores en juego delante de los complejos desafíos planteados por la bioética: la fertilización in vitro, la eutanasia, el trasplante de órganos, los derechos de los enfermos, y favorecer elecciones y decisiones que respeten el principio de la dignidad humana.

3.6 El papel de conexión

El capellán es miembro de una Iglesia que da testimonio de su presencia en el mundo de la salud a través de una variedad de formas y recursos.

El capellán – y/o la capellanía – representa una pieza de un variado mosaico de recursos. Dentro de la estructura hospitalaria él tiene tareas organizativas para asegurar los espacios y los servicios necesarios para desarrollar su tarea, para mantener el contacto con la administración y la dirección sanitaria con el fin de cooperar en los objetivos institucionales e informa a los órganos competentes acerca de iniciativas y



proyectos de la capellanía y del consejo pastoral.

Pero el hospital no es una isla, sino una parte de la comunidad más amplia y la orientación actual de reducir a lo mínimo los días de hospitalización comporta el reforzamiento de las estructuras de apoyo en el territorio, sobre todo de la parroquia.

El capellán mantiene los contactos con el obispo, con los responsables de la parroquia y de la prefectura diocesana, con los grupos de visitantes de los enfermos, con el fin de armonizar los esfuerzos, calificar el servicio y colaborar para sensibilizar a toda la comunidad cristiana hacia el mundo del sufrimiento y de la salud.

Una de las formas privilegiadas de sensibilización la tenemos en la Jornada Mundial del Enfermo, instituida por Juan Pablo II, esta iniciativa se está afirmando como el instrumento más eficaz y capilar para focalizar la atención de la Iglesia y de la sociedad sobre los enfermos y suscitar energías nuevas al servicio de este mundo.

3.7 El papel ritual

A menudo la imagen del capellán es confinada y reducida a esta dimensión religiosa, es decir, al papel de quien pasa para dar una bendición o para administrar los sacramentos. El peligro mayor es que el capellán mismo se coloque en este horizonte limitando su obra a la esfera litúrgica y sacramental. La dimensión ritual tiene que ofrecer su aporte de sanación, pero constituye un momento de llegada, no de partida de un encuentro.

En lo posible, es importante construir la relación con el enfermo teniendo en cuenta los elementos mencionados antes, como el papel de consolación y de mediación y, a la luz de esto, discernir el aporte religioso que mejor responde a las exigencias del interlocutor. En ciertos momentos, la oración constituye la respuesta más adecuada: asume un significado particular en el tiempo del sufrimiento y puede transmitir aquella fuerza, paz y serenidad que no se encuentran en los fármacos, sino en una profunda relación de

confianza en Dios.

En otras ocasiones, los sacramentos se convierten en una medicina para el alma y son medios para recibir la gracia de Dios y el consuelo religioso; en el tiempo de la enfermedad revisten un significado particular los sacramentos de la Eucaristía, de la reconciliación y de la unción de los enfermos y depende del capellán y del contexto del enfermo evaluar los tiempos y los modos más adecuados para proponerlos.

Un aspecto comunitario de la dimensión ritual está conexo con el estilo del capellán de presidir y animar las celebraciones eucarísticas, para que no sean rápidas y sin vida, sino para que se conviertan en ocasiones para celebrar la fe, alimenten la esperanza e inspiren la caridad.

3.8 El papel ecuménico

En la sociedad actual, cada vez más multicultural y multi-religiosa, se requiere la presencia de un capellán que posea un espíritu ecuménico.

Las grandes ciudades se han transformado en un punto de encuentro de las diferentes culturas y el hospital, a su vez, es un cruce de la humanidad. En los pabellones de un nosoco-

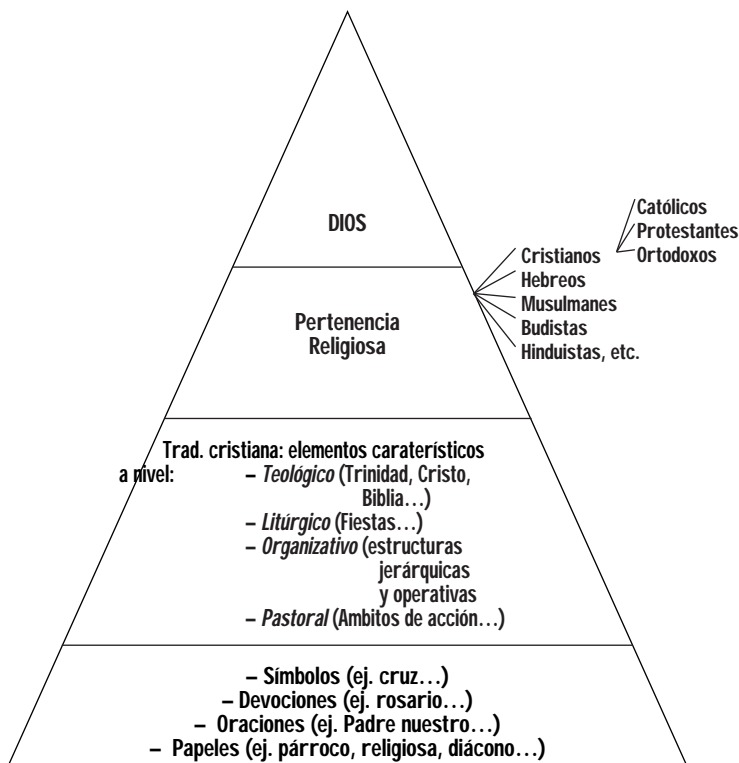
mio podemos encontrar, uno junto al otro, al etíope y al peruano, al polaco y al egipcio, al indiano y al español; cada uno de ellos con su historia personal y su patrimonio cultural y religioso.

El capellán se hace presente en este mosaico de tradiciones llevando el aporte de su humanidad y el rostro de la acogida y de la bondad.

La perspectiva ecuménica comporta, particularmente, la capacidad de saber distinguir dos dimensiones del patrimonio espiritual de las personas: la tradición religiosa y la espiritualidad.

3.8.1 La tradición religiosa es el conjunto de valores, prácticas, ritos y manifestaciones externas que constituyen el bagaje de una determinada fe transmitida a través del canal comunitario y cultural. Así, por ejemplo, el nacimiento en una determinada nación comporta que el individuo esté expuesto, asimile y haga suyas la tradición religiosa de la familia o del contexto cultural de pertenencia.

Podemos prospectar este esquema de referencia empleando la imagen de una pirámide cuyos grados expresan los diferentes componentes de la tradición religiosa:



3.8.2 Por otro lado, la *espiritualidad* no está necesariamente mediada por la cultura, sino que forma parte de la vivencia del individuo y abraza un horizonte más amplio de la tradición religiosa. La espiritualidad puede estar ligada directamente con la pertenencia a una tradición religiosa, pero para muchos individuos no es así. Más que en el pasado, actualmente existen muchas personas que no frecuentan la iglesia, el templo, la mezquita o la pagoda, y tampoco parecen estar interesados en los valores propuestos por estas instituciones, pero poseen una rica espiritualidad.

La espiritualidad es lo que da significado a la existencia, los valores que motivan el actuar, la relación con Dios y con lo sagrado, el sentido del propio compromiso en el mundo, etc.

El capellán se vuelve ecuménico según sepa acoger, a través de fragmentos de diálogos, la espiritualidad que anima la existencia de las personas. La siguiente pauta delinea algunos elementos que pueden caracterizar el patrimonio espiritual de una persona:

– la *relación con Dios* o con lo divino. El coloquio con los enfermos revela las diferentes imágenes que ellos tienen de Dios, la percepción que tienen de su actuar y de su presencia en el mundo y los diferentes estilos de oración y de lenguaje para encontrarlo;

– el *significado del sufrir* – cada individuo asume actitudes diferentes ante la experiencia de la vulnerabilidad y del dolor, y recurre a fuerzas interiores que lo hacen capaz de lograr un sufrimiento fecundo;

– el *sentido de la vida y de la muerte* – el impacto con el dolor suscita interrogantes profundos: ¿cuál es la finalidad de la vida y el sentido de la muerte? ¿cuáles son los valores o la fe que nos ayudan para enfrentarnos a lo ineluctable de la muerte? ¿cuál es la creencia en el más allá?;

– la *necesidad de perdón* – examinando el propio pasado, la persona encuentra siempre carencias, debilidades, incoherencias, desacuerdos, errores de omisión y de comisión. La

melancolía y la deploración por la propia fragilidad hacen surgir la necesidad del perdón: alguien tiene necesidad de recibirlo de Dios, alguno de los demás y alguno está llamado a darlo a sí mismo.

La conversación íntima se convierte para el enfermo en ocasión para “confesar” sus propios errores e indirectamente para pedir perdón;

– la *relación con los demás*

– “En esto conocerán todos que sois discípulos míos: si os tenéis amor los unos a los otros” (Jn 13, 35). La espiritualidad de un individuo se expresa de manera particular en su forma de relacionarse, por lo que se advierte un espíritu diferente entre quien se reporta a los demás inspirándose en la solidaridad, en la gentileza y en la caridad, y otro cuyas razones relacionales son egoístas y finalizadas a la manipulación y a la explotación del prójimo.

La espiritualidad de una persona que se declara atea, pero cuya vida está marcada por una fuerte generosidad y por un genuino respeto hacia el prójimo, puede ser más profunda y auténtica que la espiritualidad de otra persona que frecuenta diariamente la iglesia, pero cuyas relaciones están alimentadas por la envidia o por la celosía y por la crítica constante de los demás.

– la *relación consigo mismos* – Se ha escrito: “He buscado a mi Dios y a mi prójimo, pero no he encontrado a ninguno de los dos; entonces he buscado a mí mismo y he encontrado a los tres”. El conocimiento y la aceptación de sí mismos es un presupuesto esencial para ofrecer acogida a Dios y a los demás dentro de sí. Quien está en exilio en su propia casa fatiga para encontrar en la misma una morada para Dios o para el prójimo.

El que tiene una imagen pobre de sí, constantemente tiende a subestimarse, no se valoriza como don de Dios, se autocondena limitando su libertad y potencialidad y empobrece su propia espiritualidad. S. Ireneo decía: “La gloria de Dios es la criatura plenamente viva”.

– la *relación con la naturaleza* – si muchos descubren a Dios familiarizándose con la historia de la Salvación o lo ven en los ojos de un niño, de una mujer o de un anciano, otros advierten su presencia especialmente en el contacto con las bellezas que El ha creado: apreciar el ciclo de las estaciones, admirar el creado por las cimas de las montañas o por las profundidades de los abismos, contemplar una flor que se abre, gozar de la tranquilidad de un lago, apoyarse bajo la sombra de una encina, fotografiar la belleza de un atardecer, se convierten en momentos espirituales que revelan el misterio de las cosas, la gratuidad de la vida, la Providencia de Dios.

En el encuentro con las voces y los colores del creado, el hombre halla a su Creador y su contemplación se convierte oración, adoración, agradecimiento.

Conclusiones

He tratado de delinear un mapa de senderos, un abanico de papeles que pueden volver más incisiva la presencia y el testimonio del capellán y de la capellanía en el hospital. Pero tener el mapa no sirve si no estamos dispuestos a realizar el viaje.

El convencimiento es el pri-

mer paso que proyecta itinerarios que se pueden recorrer, pero luego es necesaria la humildad, la motivación y la tenacidad de comprometerse para seguir el camino.

El desafío para comunicar de manera comprensible el Evangelio en el mundo de la salud requiere de parte de los ca-

pellanes y de equipos pastorales

*una creciente motivación para formarse, a través de cursos y prácticas, y ser más competentes;

* la disponibilidad para cultivar el espíritu de colaboración y de proyectos con otras personas y grupos comprome-

tidos para humanizar y evangelizar el hospital.

* la creatividad suficiente para afrontar con imaginación y originalidad las provocaciones planteadas por el complejo mundo del dolor y de la salud.

P. ARNALDO PANGRAZZI,
M.I.

testimonios

La salud en Bolivia

*Al servicio de la caridad
por la vida*

La salud en Bolivia

1. Bolivia

1.1. La población y sus proyecciones

Bolivia es el único país mediterráneo de América del Sur, cuenta con una extensión de 1.098.581 km² y una población de 6.344.396 según datos del censo realizado en junio de 1992 según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística. La densidad de población es de 5.78 habitantes por km², muy baja en relación a otros países de América Latina.

Las proyecciones de población en caso de seguir el ritmo actual de crecimiento, Bolivia tendrá más de 8 millones de habitantes, para el año 2000.

La población de Bolivia crece a un ritmo superior al de su economía. El ingreso por habitante ha disminuido y va perdiendo el poder adquisitivo, por las constantes minidevaluaciones de acuerdo al Bolsín Boliviano.

En estos momentos tiene la tasa de fecundidad más alta de América Latina, estimada en 6,2 niños por mujer, tasa superior en más de un 60% a la media registrada en el resto de los países de América Latina. En las áreas rurales de Bolivia la fecundidad llega a 8 hijos por mujer.

En 1992 el 58% de la población total de Bolivia se concentra en las ciudades puesto que a partir de 1976 hubo un aumento considerable de la migración del campo hacia la ciudad y a partir de 1985 este fenómeno se profundiza como consecuencia del decreto 21060, mediante el cual se dispone la Relocalización (Despido) principalmente de trabajadores de los centros mineros quienes masivamente se trasladan a las ciudades.

1.2. Indicadores básicos de Bolivia

– Tasa de mortalidad en menores de 5 años (1991) 166 por mil según «Estado Mundial de la Infancia – 1991» de UNICEF.

– Tasa de mortalidad infantil. Depende de las diferentes fuentes que se manejen:

* 105 por mil según «Estado Mundial de la Infancia – 1991» de UNICEF, para 1989.

* 102 por mil según el Ministerio de Salud.

* 270 por mil según el libro «Análisis crítico de la realidad» 4a edición 1989.

* 213 por mil según estudio de CERES en 1987.

* 110 por mil según Boletín de AIS en 1992

– PNB: 570 \$ por cápita en 1988.

– Esperanza de vida al nacer: 54 años (1989).

– Población por debajo del nivel de pobreza absoluta en el período 1980 – 1988 en la zona rural: 85%.

1.3. Salud

El nivel de salud en reflejo de las condiciones de vida, se ve claramente en Bolivia que en las décadas del 80 y 90, pese a haber habido cambios fundamentales en las políticas de salud lamentablemente estas no han ido de acuerdo a políticas globales que tiendan a un mejoramiento del nivel de vida, más aún, la aplicación de sistemas económicos deshumanizados, que si bien dan excelentes resultados en cuanto a parámetros económicos, sin embargo las consecuencias sociales que estas tienen se reflejan claramente en la miseria en la que viven varios sectores y que reflejan con evidencia los altos índices de morbimortalidad y desnutrición.

La crisis económica por la que atraviesa el país agudiza

de manera alarmante los problemas de salud, sobre todo en el niño y la mujer. El ajuste estructural impulsado por las macro-organizaciones económicas internacionales ha tenido en la mayoría de países en vías de desarrollo, y en Bolivia en concreto, un impacto negativo en los gastos gubernamentales en el rubro de salud.

Según estudios realizados por nuestra organización un 80% de la población vive en la extrema pobreza. De igual manera el Unicef sostiene también que el 80% de la población no tiene capacidad de satisfacer sus necesidades básicas, y en éstos últimos años, los salarios reales de los trabajadores disminuyeron en un 44%.

Si bien los programas de la Secretaría Nacional de Salud, que se han implementado, han tenido buena acogida, especialmente el de las movilizaciones populares para vacunaciones, y que de verdad han alcanzado excelentes coberturas, sin embargo estas medidas no han sido suficientes, ya que no han ido acompañadas por políticas que tiendan a mejorar las condiciones de vida.

Es decir una alimentación adecuada sería el complemento ideal para que los índices de salud del país mejoren, las condiciones de alimentación y de vida. Subrayando que el mejorar las condiciones de vida, no pasa por disminuir la población, sino por mejorar las condiciones de vida a través de la producción generando empleo e ingresos que permitan vivir a las personas dignamente.

Según estudios del I.M.E. (Insumos Médicos Esenciales) aproximadamente un 80% de la población boliviana presenta una situación de salud con alta prevalencia de riesgos, por falta de seguridad social, baja expectativa de vida y mínimo

acceso a los servicios de la salud.

Las difíciles condiciones geográficas del país, la dispersión poblacional en el área rural y las barreras culturales y sociales, son factores que también condicionan la prestación de servicios preventivos y asistenciales.

Si a esto se suma el alto costo de los medicamentos, se puede decir que *la situación de la salud en Bolivia es una de las más críticas del mundo.*

– Mortalidad infantil:

La tasa de mortalidad infantil, según el Ministerio de Salud, es del 102 por mil, como ya hemos citado.

Las diez principales causas de muerte en niños menores de un año son:

ENFERMEDADES	NUMERO DE NIÑOS	%
1. Enfermedades perinatales y de primera infancia	2.377	44,2
2. Respiratorias	1.140	21,2
3. Gastrointestinales	478	8,9
4. Coqueluche (Tosferina)	404	7,5
5. Deficientemente definidas	364	6,8
6. Todas las infecciones y enfermedades parasitarias	180	3,4
7. Escarlatina	99	1,8
8. Enfermedades alérgicas, nutricionales y anemia	79	1,5
9. Sarampión	71	1,4
10. Tétanos	49	0,9

Por lo tanto un 60,6% corresponden a enfermedades transmisibles, de las cuales el 33% son prevenibles por vacunación y el 27,6% por acciones sobre el medio ambiente.

La mortalidad infantil en menores de 5 años constituye un 65% de la mortalidad general. La tasa de mortalidad de 0 a 5 años permite medir directamente la salud de las madres y de los niños y reflejar otros factores, como el ingreso y disponibilidad de alimentos, el acceso al agua potable y saneamiento eficaz.

La mortalidad infantil en menores de 5 años constituye el 65% de la mortalidad infantil.

De las 10 principales causas de mortalidad, el 60% corresponden a enfermedades transmisibles, de las cuales el 33% se pueden controlar por la vacunación y el 27% por acciones de saneamiento ambiental.

Antes de cumplir un año de vida mueren en Bolivia 60.792 niños.

166 niños mueren cada día y 7 cada minuto.

La mortalidad perinatal alcanza a 110 por mil.

La mortalidad infantil alcanza en algunos lugares hasta mas de 200 por mil.

Según el ex-Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, ahora Secretaria de Salud, la mortalidad infantil alcanza a 102 por mil.

Cerca de 20.000 niños menores de 1 año mueren por infecciones respiratorias agudas, cada año.

–Enfermedades de alto riesgo en Bolivia:

* La población infantil está expuesta a un alto riesgo de

enfermar y morir sobre todo por diarreas, infecciones respiratorias agudas y especialmente por desnutrición.

* El sarampión y la tosferina son enfermedades todavía importantes dentro del cuadro de mortalidad infantil.

* La tuberculosis tiene una incidencia en Bolivia del 3 por mil anual, con tendencia a aumentar por las deficientes condiciones socioeconómicas y sanitarias.

* El bocio es uno de los mayores problemas de salud pública por las graves consecuencias que trae consigo, sobre todo para la madre y el niño.

2. La Iglesia y la salud en Bolivia

Frente al panorama descrito anteriormente, la Iglesia da una respuesta a esta problemáti-

ca, complementando al Estado en esta función que es su obligación, implementando programas de atención primaria de salud, es decir promoviendo y previniendo por un lado, y dando atención de segundo y tercer nivel por otro.

Este trabajo la Iglesia lo desarrolla a lo largo y ancho de nuestro país, con diferentes programas, proyectos y obras de salud (desde pequeñas postas sanitarias hasta grandes hospitales que se mantienen gracias al esfuerzo de la misma Iglesia, del financiamiento externo, y en alguna medida a la contraparte de la Secretaría Nacional de Salud del Ministerio de Desarrollo Humano.

3. La Iglesia y las nuevas leyes

El 30 de junio de 1995 se promulga la Ley de Participación Popular la misma que va generando discusión y a la vez expectativas en los diferentes actores de la sociedad civil.

A partir del 1° de enero de 1996 se pone en vigencia también La ley de Descentralización.

Las transformaciones que supone la operativización de estas dos leyes en todos los ámbitos del quehacer económico, político y social del país, justifican un análisis, ya que a partir del mismo se puede comprender mejor el carácter, las posibilidades, los alcances y limitaciones de estas leyes que involucran a todos los bolivianos.

Si bien actualmente conocemos la problemática de las obras de salud, a partir de la implementación de las dos leyes se va generando una nueva problemática que debe tener respuestas y soluciones inmediatas, una actuación uniforme y unitaria frente al gobierno y a las demás instancias encargadas de la implementación de las nuevas leyes.

Por lo que se hace imprescindible el análisis y priorizar los problemas que a partir de la implementación de las nuevas leyes se generarán en las obras de salud; buscando de esta manera una adecuada coordinación y asesoramiento, unifi-

cando criterios en sus planes de acción tendientes a mejorar las condiciones de salud y de vida de la población más necesitada.

De acuerdo a la Ley de Participación Popular, los servicios de salud en cuanto a infraestructura, equipamiento e insumos han sido transferidos a la responsabilidad de los Gobiernos Municipales.

De acuerdo a la reglamentación pertinente, la infraestructura y el equipamiento deberán quedar en manos de la Iglesia y las ONGs si así lo desean ellas, tema que merece un análisis profundo dentro de las obras de salud tomando en cuenta la participación de los Gobiernos Municipales involucrados en lo que es el desarrollo de los diferentes programas, proyectos y su ejecución misma.

Se espera que estos nuevos actores en el quehacer de salud, se vean cada vez más involucrados en el trabajo de las diferentes obras de salud, proyectos y programas, de acuerdo a su propio desarrollo.

Finalmente, como consecuencia de la puesta en vigencia de la Ley de Participación Popular y la Descentralización que constituyen el sustento jurídico del modelo de libre mercado, se implementará el nuevo modelo sanitario como respuesta a los cambios señalados.

Se encuentra en proceso de puesta en ejecución el nuevo modelo sanitario que toma como niveles de gestión a las siguientes instancias:

a) *Unidad de Programación en Salud (UPROS)*. En todos los establecimientos sanitarios del primer nivel de atención en Salud. En este nivel de gestión se deberá organizar el Comité Territorial Popular de Salud con participación de delegados de la OTBs para la planificación participativa de los programas y actividades de salud en el ámbito territorial de trabajo que está bajo la responsabilidad del establecimiento sanitario.

b) *Unidad Básica de Gestión (UBAGES)*. Tanto poblacional como territorialmente corresponde a los servicios del primer nivel de atención y algunos del segundo nivel como

centros de Salud Hospital con capacidad de resolver la referencia de los pacientes en las especialidades básicas de atención, que se encuentran en la jurisdicción de una sección Municipal. En este nivel de atención deberá organizarse el *Directorio Territorial de Salud (DITESA)*, con participación del Municipio, el sector salud, OTBs y representantes de otras instituciones que trabajan en salud (Iglesia y ONGs), que se encuentren en esa jurisdicción.

Su función básica es la elaboración del *Programa Anual Operativo en Salud*, la asignación de recursos, la gestión y la administración del mismo.

c) *Dirección Territorial de Salud*. Es la mancomunidad de jurisdicciones municipales. En general puede corresponder a una mancomunidad de secciones municipales, que se encuentran en más de una provincia, como es el caso de la DITESA del Valle Alto de Cochabamba que correspondía al Distrito II del mismo departamento.

En este nivel de atención, deberá organizarse el Directorio Subregional de Salud (DISUBSA) cuya función principal será la elaboración del programa Subregional de Salud, su gestión y administración; además de la coordinación de los esfuerzos y recursos de los diferentes gobiernos municipales, representantes del sector salud. Organizaciones Territoriales de Base, otros sectores relacionados con el quehacer en salud, para la consecución de objetivos comunes.

Finalmente, como consecuencia de la puesta en vigencia de la Ley de Participación Popular, los servicios de salud en cuanto a infraestructura, equipamiento e insumos han sido transferidos a la responsabilidad de los Gobiernos Municipales.

4. Convenio marco entre Iglesia y Estado

A partir de 1984 se ha firmado convenios marco con el Estado con el propósito de regular las relaciones entre Iglesia

y Estado para el sector salud.

Actualmente se firmará un convenio entre el Estado representado por el Ministerio de Desarrollo Humano y la Iglesia Católica representada por la Conferencia Episcopal de Bolivia que incluye los tres sectores importantes donde trabaja la Iglesia: Educación, Salud y Hogares e Instituciones de niños y adolescentes.

5. Perspectivas

Actualmente, a partir de un Plan Trienal, se pretende desde la Comisión Episcopal de Bolivia centrar el trabajo en la organización de la Pastoral de Salud, que permita elaborar las líneas estratégicas y de coordinación, con todas las obras de salud de la Iglesia Católica en Bolivia, fijando una posición frente a la problemática de salud y generando un impacto a nivel nacional por los servicios que presta complementarios a las acciones del Estado Boliviano.

Elaborar la Carta Pastoral de Salud, como marco de referencia fundamental del trabajo de la Iglesia boliviana en sus acciones de salud, definiendo las líneas estratégicas para las acciones de Salud de la Iglesia en Bolivia que permitan un servicio coherente y planificado.

Concientizar y capacitar a la población en la solución de sus problemas apremiantes de salud promoviendo acciones orgánicas y solidarias del verdadero rol del cristiano para contribuir en la disminución de los altos índices de morbi-mortalidad y las elevadas tasas de desnutrición.

Fortalecer y organizar los Comités Diocesanos de Salud, que permitan estructurar *la Pastoral de Salud de la Iglesia boliviana*.

Promover acciones orgánicas solidarias de promoción de la salud a través de la implementación de un plan de capacitación y comunicación basado en la atención primaria de Salud y el Pensamiento Social de la Iglesia.

Elaborar materiales de difusión y capacitación en temas de atención Primaria de Salud y Doctrina Social de la Iglesia.

«Al servicio de la Caridad por la Vida» Proyecto de pastoral de salud para América Latina y el Caribe

Presentación

La primera hermana de la Caridad dominica de la Presentación, nace en 1696, en Francia, este año celebramos el tricenario de dicho acontecimiento. Con visión de futuro, Marie Poussepin, funda una comunidad de la Tercera Orden de Santo Domingo, para la utilidad de la parroquia, la instrucción de las niñas y el servicio de los enfermos. Actualmente, 3.200 hermanas presentes en 33 países, atentas a las llamadas de la Iglesia y del mundo, tratan de responder a las urgencias del momento.

El 48° Capítulo general, agosto del 1984, reafirmó, la prioridad del Carisma en el mundo de la salud. A partir de este momento las hermanas de América Latina, comprometidas al servicio de la vida, inician un amplio proceso de discernimiento y de profundización que las prepara a elaborar su primer Proyecto de Pastoral de la Salud, medio de animación y organización conjunta, editado en 1987.

Ante las circunstancias actuales cambiantes y cuestionadoras, se ve la necesidad de profundizar y desarrollar el proceso iniciado en Congregación. La Palabra de Dios, leída en Iglesia, el análisis de la realidad, y la evaluación del actuar, favorecen la precisión de criterios claros que asumidos en grupo, disponen al compromiso y posibilitan la aplicación de prioridades y estrategias.

Es así, como después de pasar por el crisol de la experiencia, sobre la base del primer proyecto, ha sido elaborado el que les presentamos a continuación.

En los albores del cuarto siglo de la congregación, este *Proyecto de Pastoral de Salud para América Latina y el Caribe*, llega a cada Hermana de la

Caridad Dominica de la Presentación, con la novedad del Reino la cual «hace nuevas todas las cosas», novedad que irrumpe en el corazón de cada persona, cuando se abre a la misericordia, a la liberación interior y hace de cada hombre, un hermano.

La presencia audaz y valiente de Marie Poussepin, impregnada de la gracia de su beatificación, nos ha situado frente a la realidad de nuestro continente y nos ha lanzado a la búsqueda de respuestas que desde el Carisma Congregacional, hagan presente el Evangelio en el mundo de la Salud.

El compromiso por la vida, motivado desde Sainville y alimentado a través de tres siglos por el Servicio de Caridad, ha llevado a las Provincias y Vice-provincias de América Latina y el Caribe, a la actualización del proyecto de Pastoral de Salud, el cual después de ocho años de aplicación, se presenta con nueva vitalidad en cada una de sus partes :

– *La realidad cambiante que cuestiona*, es una expresión concreta del carácter coyuntural del momento histórico, en el cual las estrategias, políticas sociales y económicas, están incidiendo en el logro de condiciones propias para la protección y el desarrollo de la vida y la conservación de la salud del pueblo. Frente a esta situación, la Iglesia, y en ella, la Congregación, presentan su propia realidad, con sus momentos de luces y sombras en la realización de su acción pastoral.

– *La Fundamentación Bíblico-Teológica y desde el Carisma*, permite acercarnos a los principios que sustentan nuestro Servicio de Caridad en el mundo de la Salud. A través de estas páginas podemos descu-

brir cómo el mismo Espíritu que animó la acción de *Jesús, el Buen Samaritano de la historia*, e impulsó la respuesta de Marie Poussepin, desde hace tres siglos, continúa inspirando el compromiso de cada Hermana en favor del «hombre caído en manos de salteadores». La Iglesia consciente de su misión profética nos compromete como Congregación, en el anuncio del Reino a los enfermos y excluidos y en la defensa y promoción de la vida, desde «un nuevo impulso apostólico», *expresión de la pasión por el Reino, y la pasión por nuestra propia vocación*.

La parte proyectiva, está expresada en la definición de la *Misión*, la presentación de los *Retos, Prioridades y estrategias* y las propuestas para la *Aplicación y Evaluación del Proyecto*.

– *La Misión*, define la filosofía con la cual se asume el Servicio de Caridad en el mundo de la Salud; al tiempo que expresa los valores que nos identifican, manifiesta el cómo, el dónde y el con quién de nuestra tarea evangelizadora en favor de la vida.

– *Los retos, prioridades y estrategias*, manifiestan el dinamismo de nuestro servicio apostólico, ante los apremiantes cuestionamientos de la realidad. Esta parte del proyecto permite a cada estructura de la Congregación en América Latina y en el Caribe, crear sus propias respuestas con la audacia y la creatividad que distinguió a *Marie Poussepin*, al tiempo que compartir la riqueza de sus experiencias misioneras a través de las evaluaciones a nivel provincial o interprovincial.

Es nuestro deseo que este Proyecto aprobado en la VII Asamblea Interprovincial de Salud, reciba la más entusiasta

acogida y sea para *cada Hermana y para cada comunidad*, un instrumento a través del cual pase la acción del Espíritu, que «todo lo renueva», lanzando a la Congregación, con nuevo impulso *hacia su cuarto siglo y hacia el tercer milenio del cristianismo*.

1. Justificación

Comprometidas con la misión de la Iglesia y de la Congregación en favor de la salud y la vida humana, como pueblo de Dios: «Sentimos el deber de anunciar el Evangelio de la vida, de celebrarlo en la liturgia y en toda la existencia y de servirlo»¹ en la línea del Carisma Congregacional.

Desde esta perspectiva, las Provincias y Vice-provincias de América Latina se han visto implicadas en una búsqueda conjunta a partir de la década del 80, dando origen en 1987 al *Proyecto de Pastoral de Salud para América Latina*.

Hoy nuevas realidades retan nuestra misión:

– Las condiciones cambiantes del mundo, los avances de la técnica, las conquistas con sus implicaciones ético-morales y las mutaciones socio-económicas y políticas, urgen respuestas nuevas al servicio de la salud y la vida.

– La Iglesia comprometida con el Proyecto de Jesús, quien vino para que «Tengan vida y vida en abundancia»² se siente enviada con preferencia a los pobres, los débiles y los enfermos. Descubre su misión evangelizadora y manifiesta su solidaridad en la afirmación de la vida, como signo de la acción salvadora y liberadora de Dios en la historia.

– La Congregación animada por la fuerza del carisma, con un nuevo impulso apostólico, desde la inculturación y la solidaridad, en la dinámica de la encarnación, ve en la Pastoral de Salud un camino privilegiado para la realización del proyecto Misionero de Marie Poussepin, a condición de saber leer con lucidez y audacia el momento histórico y en fidelidad creadora dar la respuesta exigida por el hombre de hoy.

La realidad actual evidencia la necesidad de actualización del Proyecto de Pastoral de Salud para América Latina y el Caribe. El camino recorrido en las Provincias y Vice-provincias durante estos años ha sido enriquecedor, ha dado la posibilidad de sentir con más fuerza el compromiso en favor de la vida; ha unificado principios y criterios y nos ha ayudado a crecer personal y comunitariamente.

2. Una realidad cambiante que cuestiona

1. América Latina y el Caribe, pueblos jóvenes, ricos por su experiencia histórica, presentan en su realidad fuertes contrastes de riqueza y pobreza; sufren la amenaza que conlleva la dependencia, el flagelo de los intereses políticos y económicos no sólo de los países ricos, sino también de sus gobiernos que muchas veces luchan por un desarrollismo, a costa del sacrificio de sus hermanos.

Situación de Salud

2. La composición de la población está sufriendo una transición, con disminución de los grupos menores de 15 años y aumento de la esperanza de vida al nacer, 69 años para 1990 – 1995³. Han mejorado las condiciones de vida en algunas regiones con disminución de la morbilidad.

3. Se percibe en cada país un surgir de nuevas formas de organización del pueblo con posibilidad de grandes aportes en la transformación social como: promotores comunitarios de salud que se originan en las organizaciones populares, trabajadores organizados que se preocupan por lograr mejores condiciones en los servicios de salud, entidades estatales y privadas que brindan apoyo económico y organizacional para desarrollar programas tendientes a mejorar la calidad de vida en educación y salud, en especial en las zonas marginadas.

4. Impulso a la profesionalización y especialización de los

trabajadores en el área de la salud, incremento de la investigación, son fortalezas que dependen por una prestación eficiente y oportuna de los servicios de salud.

Hay situaciones especialmente inquietantes:

5. Existe una disminución del crecimiento general de la población como consecuencia de la reducción de la tasa de fertilidad, de los cambios generales de la estructura de mortalidad, de los movimientos migracionales dados entre los países y de los forzados desplazamientos de la población como consecuencia de la violencia y de la búsqueda de mejores condiciones de vida.

6. El perfil epidemiológico de los países es mixto, combina los problemas tradicionales como las enfermedades infecciosas, las transmisibles y las de mal nutrición, que afectan básicamente a la población infantil y a los grupos que viven bajo condiciones de extrema pobreza, con las enfermedades propias del desarrollo, como las cardiovasculares, las degenerativas y el cáncer.

7. La violencia institucionalizada principalmente en la población joven y adulta, los homicidios, los traumas, los accidentes, los secuestros, las desapariciones, la subversión y el enfrentamiento armado, traducen un vacío de valores ético-civiles que afectan directamente la salud de la población, predominando una cultura ciudadana de intolerancia, espíritu de conflicto y falta de respeto por el otro.

8. El estilo de vida como producto típico de la cultura de la pre-modernidad, modernidad y post-modernidad, que al encontrarse simultáneamente presentes en la sociedad, hacen difícil la organización de los servicios de salud y generan condiciones propicias al surgimiento de un nuevo conjunto de enfermedades, producto de la falta de cohesión social y de un errado concepto de la libertad, el amor y la sexualidad.

9. La desintegración fami-

liar, las uniones libres, el madre solterismo, la maternidad prematura, la mortalidad materna, el aborto, la injerencia de los gobiernos en la planificación de la natalidad, la sumisión de la mujer en determinadas culturas, sus múltiples responsabilidades en el hogar y en el trabajo, así como la discriminación de la mujer, son agresiones a la familia en nuestras sociedades latinoamericanas.

10. El hambre, el consumo inadecuado de alimentos, el desempleo, la ignorancia, el analfabetismo, el uso de estupefacientes y el alcoholismo, como también la desigual distribución de los recursos económicos, humanos e institucionales, influyen cada vez más, en la aparición de la enfermedad y en la escasa cobertura de los servicios de salud.

11. La equivocada relación del hombre con la naturaleza ha creado fenómenos que tienen graves consecuencias para la salud, tales como: la contaminación del agua y del suelo, los desastres naturales sin la adecuada preparación para atenderlos, la extinción de la flora y la fauna, la eliminación de los espacios verdes y de las regiones naturales, el aumento de la polución en las áreas metropolitanas, la inadecuada disposición de desechos. Es igualmente inquietante la poca diversificación de los cultivos, la siembra y procesamiento de cocaína, marihuana y amapola.

12. El pueblo cuenta con valores y creencias arraigadas, a veces con sentido mágico de la fe. Tanto las falsas creencias religiosas como la superstición y el fanatismo pueden convertirse en obstáculo frente a la defensa y promoción de la vida y la salud.

Sistemas de servicios de salud

13. Los sistemas de salud gravitan básicamente alrededor de la enfermedad, como resultado de las condiciones de vida, en lugar de hacerlo en torno a la salud.

En la actualidad los países Latino Americanos y del Cari-

be han adoptado una política neo-liberal, que restringe la intervención del Estado y lo somete a las leyes del mercado. Esta política que se reviste de democracia, privilegia las su-puestas prerrogativas de una reducida minoría, desconoce y viola los derechos de la mayoría, descarga la responsabilidad de la salud en la empresa privada e incorpora nuevas tecnologías inabordables a las mayorías⁴.

14. Cada vez se está más lejos de la justicia social inherente a la noción de SALUD PARA TODOS. En general las comunidades carecen de servicios de salud que les garantice: eficiencia que privilegie a quienes presentan una mayor concentración de factores condicionantes de la enfermedad y accesibilidad sin barreras geográficas, económicas, culturales y administrativas.

15. El escaso presupuesto destinado por los gobiernos para la salud y la inadecuada distribución y administración de los recursos, influyen negativamente en la cobertura y calidad de los servicios.

La población, especialmente en las áreas rurales y marginadas, acepta pasivamente su situación y espera la solución de los organismos gubernamentales, sin implicarse directamente en el cambio.

16. Los gobiernos tienden hacia nuevos sistemas de seguridad social integral con el propósito de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad, para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, regida por principios de equidad, eficiencia, universalidad y participación comunitaria.

Los avances de las ciencias de la salud, la investigación biomédica, la tecnología, la ingenierización, inciden positivamente en la salud sin embargo, la técnica no siempre privilegia la relación persona-agente de salud.

17. La infraestructura de las instituciones y las precarias condiciones de trabajo para el personal, le han creado la ne-

cesidad de sindicalizarse, se observa además que algunos sindicatos están manipulados por intereses políticos, ideológicos y personales, afectando directamente la calidad del servicio y el desempeño profesional.

Pastoral de salud

18. La acción caritativa en la Iglesia nace con un enfoque eminentemente asistencial en donde los religiosos ven un medio propicio para la realización de sus carismas; el hospital, es considerado como algo sagrado, siendo los enfermos el centro de atención. Con el correr del tiempo, muchos religiosos dejan las instituciones hospitalarias por diversas razones: los gobiernos asumieron su responsabilidad de ofrecer servicios de salud⁵; aumentó el personal laico preparado, y los servicios se fueron tecnificando. Asimismo el proceso de secularización y aún de secularismo de la sociedad, ha influido notablemente en este hecho.

19. Actualmente la Iglesia en Latino América y el Caribe tiene líneas y opciones claras de Evangelización que le permiten un mayor acercamiento a grupos específicos que trabajan en la defensa de la vida. Los últimos documentos del magisterio eclesiástico son una denuncia profética y una línea orientadora para que los agentes de Pastoral vayan redescubriendo su identidad, en favor de una presencia evangelizadora, en el complejo y conflictivo mundo de la salud.

20. Como signos de vida y de esperanza aparecen: la reflexión y el enfoque integral que se viene dando a la salud, el surgimiento de grupos de pastoral de salud, asociaciones de enfermos, organizaciones populares, quienes se comprometen en la búsqueda de una mejor calidad de vida. Hay esfuerzos por promover la humanización de las estructuras y el fomento de valores éticos.

21. No obstante en algunos agentes pastorales se comprueba escasa preparación teológi-

ca y técnica para abordar, iluminar y orientar la problemática social y de salud, hacia la búsqueda de soluciones acordes con la realidad, y con los valores éticos y morales promulgados por la Iglesia. La Evangelización aún no llega a la raíz de las situaciones, falta interpelación entre el Evangelio y la vida concreta, personal y social del hombre, orientación y mayor organización de la Pastoral en todos los niveles: nacional, diocesano, parroquial e institucional, como también conciencia de la Pastoral de Salud como tarea de todos los cristianos y no de unos pocos comprometidos.

22. Existen en los países de América Latina y el Caribe extensas regiones, cinturones de miseria, veredas apartadas y zonas de violencia a donde la atención primaria de salud y la acción Pastoral de la Iglesia no ha llegado y en donde urge la presencia de personal preparado en pastoral y profesionalmente cualificado.

La Congregación en el campo de la salud

23. Nuestra historia congregacional en el mundo de la salud, es ya centenaria en América, en donde impulsadas por la fuerza del Carisma, llegaron nuestras Hermanas francesas. Colombia fue el país elegido en 1873 para iniciar la siembra, y el hospital San Juan de Dios en Santafé de Bogotá, la primera obra de la Presentación en este continente latinoamericano, semilla que se expandió y multiplicó rápidamente en *múltiples formas de presencia*.

24. Con una clara visión del momento, con audacia y generosa entrega de sus vidas, muchas veces hasta el heroísmo, nuestras primeras Hermanas se dedicaron al servicio de los enfermos, con frecuencia bajo condiciones técnicas y económicas precarias, sin embargo para su espíritu apostólico, esto no fue obstáculo en la realización de su misión en favor de la salud y de la vida.

25. Si ayer un acto de soli-

daridad fue el origen de Sainville que animó a nuestras Hermanas, hoy la Congregación en América Latina y el Caribe, quiere ser testimonio de Solidaridad, con múltiples servicios que hablen de gratitud y misericordia, de promoción de la persona, de compromiso real con el pueblo y con su situación de salud.

26. En la actualidad *el servicio de caridad en salud*, es un reto para la Congregación, por las condiciones de miseria en las cuales vive la mayor parte de la población, situaciones que reclaman una acción directa en la defensa y promoción de la vida, como respuesta de Iglesia y como compromiso con el Carisma Congregacional, en una de sus orientaciones apostólicas.

27. Hay hechos que cuestionan nuestra presencia en el mundo de la salud:

– Falta conocimiento de la problemática social, encarnación en el medio, motivación, creatividad y audacia para revitalizar la misión de salud en la Congregación por lo cual no siempre las respuestas son acordes con las necesidades.

– Más del 50% de las Hermanas activas en salud, pasan de los 60 años. Las Hermanas jóvenes comprometidas con esta orientación apostólica, representan un bajo porcentaje, lo cual incide en la disponibilidad del recurso humano y en las posibilidades de respuesta de la Congregación.

– La Pastoral Vocacional, aún no ha sido asumida por todas las comunidades de salud como un deber que les compete.

– Cuestiona fuertemente la casi total ausencia de esta primigenia Orientación Apostólica del Carisma, en algunos países de América Latina y el Caribe a donde ha llegado la Congregación.

– En muchas Hermanas de salud es débil el compromiso en la autoformación, hay carencia de hábitos de estudio, falta disciplina intelectual y preparación teológica y pastoral.

3. Fundamentación bíblico-teológica y desde el carisma

El proyecto de Dios sobre la humanidad

28. Dios tiene para cada hombre y mujer un proyecto de *vida*, engendrado en la Verdad que nos hace libres por y para el *amor*; propuesta de *alianza*⁶ entre Dios y el hombre.

Este proyecto Dios lo realiza en el devenir de la historia humana en su Pueblo, a partir de cada persona en la cual El habita, imprimiéndole su propia imagen, capacitándola para establecer nuevas relaciones:

- con el mundo *en libertad*,
- con las otras personas *en fraternidad*
- con Dios *en filiación*

29. En la armonía de estas relaciones, la persona encuentra las condiciones propicias para realizar la vida de acuerdo a su dignidad, dentro de una sociedad estructurada en tres planos inseparables a saber:

- el de la Fe, que hace eficaz la Palabra
- el de la Comunión y el respeto por la persona y la naturaleza
- el de la Solidaridad y la participación⁷.

En esta perspectiva, el Pueblo experimenta *a Dios* como un Dios cercano, que camina con él, y con sus gestos y actuaciones asume las características de Padre y de Madre, que toma posición por los últimos, los más necesitados y abandonados.

30. El pecado aparece en el mundo y rompe este *Proyecto de Dios* sobre la humanidad y con él la enfermedad, el dolor y la muerte; sin embargo el hombre no es abandonado a su destino: a esta humanidad doliente, *Dios Padre* le ofrece su liberación en *Cristo Jesús*, Hijo de Dios, quien por su *Encarnación*, asume la condición humana y se solidariza con nuestra pobreza y limitación menos en el pecado⁸. *El Espíritu* impulsa esta búsqueda de vida y realización.

31. Jesús no sólo es sensible al dolor humano, sino que se i-

dentifica con el que tiene hambre, frío o está enfermo. Con gestos y palabras, con su vida y misión anuncia *el Reino* y se hace signo visible del amor misericordioso del Padre, a quien vino a revelarnos. Perdona los pecados⁹, El es unguido por el *Espíritu* y viene al mundo a restaurar el Proyecto de Dios hacia la humanidad, por eso al ser interrogado por los discípulos de Juan el Bautista, El les dice: «*Id y contad a Juan lo que habéis visto y oído: los ciegos ven, los cojos andan, los leprosos quedan limpios, los sordos oyen, los muertos resucitan y se anuncia a los pobres la Buena Noticia*»¹⁰.

32. Jesús se acercó a los enfermos, a los pobres, a las mujeres y a todos los excluidos, no para reforzar su situación de exclusión, de dolor, sino para hacerlos sentir dignos, valorados, acompañados, comprendidos en su situación; para invitarlos a levantarse de su postración, para sacarlos de su situación de pecado. Desde el misterio Pascual la vida, el dolor y la enfermedad adquieren nuevo significado para el hombre.

La Iglesia continúa el proyecto liberador de Jesús

33. Como Jesús, la Iglesia existe para anunciar la Buena Nueva liberadora del Evangelio, ese anuncio la compromete radical e integralmente; el mandamiento de Jesús a sus seguidores y a la Iglesia, incluye una atención preferencial a los enfermos y afligidos; así en el envío misionero y apostólico a los discípulos les dice expresamente: «*Id proclamando que el Reino de los cielos está cerca. Curad enfermos...*»¹¹.

34. El poder de curar, de restablecer la salud, es un carisma y un ministerio al interior de la comunidad cristiana, es un signo de la proclamación de la Buena Nueva de vida y salvación en Cristo. Este carisma tiene un modelo evangélico, el del Samaritano, proclamado por Jesús. La Iglesia consciente de su misión, ha de acercarse como el buen Samaritano al

enfermo y solidaria con él, hacerlo sentir persona, reincorporándolo a su ambiente familiar y social¹².

35. En su misión profética la Iglesia está llamada a anunciar el Reino de manera particular a los enfermos y excluidos, a los que sufren y a denunciar el pecado hasta en sus raíces históricas, sociales, políticas y económicas, causas de enfermedad y muerte, de pérdida del valor de la vida y de desconocimiento de la dignidad humana. Su mensaje está especialmente dirigido al hombre, señor de la creación, a quien invita a transmitir la vida en forma consciente y responsable, a administrarla, disfrutarla, cuidarla, defenderla, y protegerla de conformidad con el Proyecto de Dios¹³.

36. La Iglesia como comunidad cristiana anuncia la Buena Nueva de la Salvación cuando opta por la vida y acrecienta la esperanza en la construcción de un mundo más humano y fraterno, manifestación de «Cielos nuevos y tierra nueva». Como modelo y figura de esta Iglesia comprometida con el Reino, aparece *María* madre de todos los que renacen a la vida, madre de quien es la *Vida* y por quien todos viven. Al dar a luz la *Vida*, *María* regeneró, en cierto modo a todos los que debían vivir por ella¹⁴.

37. Dentro del Proyecto de Dios asumido por la Iglesia en su acción pastoral, la salud es entendida como un don y considerada como un hecho condicionado por factores sociales, históricos, políticos y económicos, que la sitúan más allá de los fenómenos biológicos observables. Ella es la resultante de la interacción del hombre con la naturaleza y las condiciones de vida; así la salud, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, son experiencias límite, que sitúan al hombre ante el misterio de la existencia y dan a la Iglesia la posibilidad de hacer presente la salvación ofrecida por Cristo a través de la *Pastoral de Salud*.

38. *La Pastoral de Salud en-*

tendida como la acción de todo el Pueblo de Dios, comprometido en promover, cuidar, defender y celebrar la vida, hace presente en la sociedad la misión salvadora de Cristo Jesús, a través de:

– *La Pastoral de los enfermos*, como vivencia de solidaridad junto a los que sufren, para que desde su situación, colaboren en la realización de su proyecto histórico y se conviertan en testigos del valor redentor del sufrimiento.

– *La Pastoral de Salud Institucional*, como contribución al plan de salvación de Dios sobre el hombre: en la Evangelización y la Humanización de la ciencia y la tecnología; en la defensa de la vida y de la dignidad humana y en la cualificación del cuidado de la salud.

– *La Pastoral Comunitaria* como proceso educativo, participativo, liberador y transformador de las comunidades y grupos sociales, con miras a la promoción de la cultura de la vida, iluminada por los valores del Evangelio.

– *La Pastoral Familiar* como representación de la Iglesia en todo el itinerario de «salud-enfermedad» de la persona es verdadera escuela de humanización y santuario de la vida.

La parroquia como centro de coordinación y animación pastoral, orienta la evangelización en favor de la salud y la vida.

39. Desde esta visión integral del hombre que ofrece la Pastoral de la Iglesia, la salud se sitúa frente al paradigma de la calidad de vida, de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, como oportunidades ofrecidas a la persona para el encuentro consigo mismo y con los hermanos, aparecen como caminos para descubrir su propia verdad y con dinamismo esperanzador, volverse al Dios de la vida, que «todo lo restaura en Cristo Jesús».

*Comprometidos
con el proyecto de Dios,
desde el carisma
congregacional*

40. Marie Poussepin, mujer «inspirada por la Providencia», «Apóstol Social de la Ca-

ridad» quiere que su Instituto esté dedicado a la imitación de la Caridad de Jesucristo, por la práctica de las obras de misericordia, especialmente por: «*los cuidados corporales y espirituales a los pobres enfermos del Campo o de los hospitales de los cuales estén encargadas*»¹⁵.

41. La experiencia de Dios que es transformadora y profunda, le permite descubrir un nuevo lenguaje para llegar al hermano; ella sabe percibir como llamadas de Dios, los acontecimientos del mundo y el grito silencioso de los hombres y mujeres de su tiempo y con novedad y audacia, fruto de su espíritu contemplativo, crear la respuesta misericordiosa exigida por el momento histórico.

42. La acción misionera de Marie Poussepin, encuentra su solidez en la «*Comunidad de Vida Apostólica*», Comunidad que se construye día a día, a partir de la Palabra, que tiene su fuente en la Eucaristía, su modelo en la Virgen María y su expresión en la fraternidad. Desde esta Comunidad el servicio a la vida, a la salud, es un ministerio cuya finalidad no es otra que la extensión del Reino, en donde los pobres tienen la opción preferencial¹⁶.

43. En la realidad conocida y contemplada, nuestra Madre Fundadora, sabe discernir los signos y en las orientaciones y políticas de salud de su época, encuentra canales para *inculturar el Evangelio con su Servicio de Caridad en la defensa de la vida y Promoción de la Salud*.

44. El Servicio de caridad de Marie Poussepin en relación con el mundo de la salud tiene características que le son propias:

– Cuida a los Enfermos con edificación puesto que está llena de caridad¹⁷.

– Manifiesta delicada caridad en el cuidado de las Hermanas enfermas¹⁸.

– Cuando se encuentra con enfermos alcanzados de males repugnantes, ella se reserva para sí misma la preferencia de cuidarlos¹⁹.

– Las visitas a los enfermos tienen como finalidad la práctica de las obras de Misericordia espirituales y corporales²⁰.

– Considera la atención a los enfermos, como UN ARTE, el cual exige competencia a fin de poder prestar mayores servicios a Jesucristo en sus enfermos²¹.

– Pide a las Hermanas prestar el servicio a los enfermos con gran testimonio de caridad y sin demostrar ningún disgusto, tratando de ser más útil al bien de su alma que al cuidado de su cuerpo²².

– Con prudencia y audacia organiza las diversas formas de presencia, las cuales le permiten una rápida expansión a su Comunidad.

– Con capacidad de riesgo y visión de futuro, prevé la formación y la capacitación de sus hermanas como un deber de justicia en el desempeño de la misión «allí donde la Iglesia nos llame y donde nuestros hermanos nos necesiten»²³.

45. En la óptica de Marie Poussepin la misión no es rentable, ella se realiza en la gratuidad y la misericordia. Las Hermanas viven del trabajo, entendido éste como vocación no como mera actividad; es medio de Evangelización que permite a la Comunidad la puesta en común y la solidaridad con los más pobres²⁴.

46. La Congregación fiel al Proyecto del Apóstol Social de la Caridad, y en los umbrales del cuarto siglo de su historia, quiere continuar la obra Evangelizadora iniciada en Sainville, en favor de la dignificación del hombre, en la búsqueda de la promoción de la vida y la salud.

47. Hoy, esta obra ha de estar marcada como en sus comienzos, por el sello del discernimiento de la realidad, el estudio contemplativo de las llamadas de Dios a través de los acontecimientos, la selección de las prioridades y de los métodos de acuerdo a los criterios Evangélicos y del Carisma, la fidelidad al hombre, a la Iglesia y a los principios fundantes. El servicio de caridad en salud, ejercido con miseri-

cordia, inteligencia del momento, responsabilidad, y capacidad innovadora, ha de ofrecer a la pastoral de la Iglesia un medio cualificado desde donde pueda trabajar el proyecto liberador propuesto por el Señor de la Vida.

48. En el mundo de la Salud, cada Hermana de la Caridad Dominica de la Presentación, representa en su servicio de caridad, la presencia de la Iglesia como testigo de los valores Evangélicos; en su trabajo de cada día hace suya las orientaciones de la ética cristiana; con su vida y con sus palabras ella evangeliza al estilo de Jesús y según el carisma de Marie Poussepin. En un mundo cada vez más pluralista, ella comparte la misión en favor de la vida, con *los laicos*, a quienes hace partícipes de su *espiritualidad*.

49. La fidelidad al Proyecto de Dios, revelado en su Palabra, y la creatividad que supone la prolongación en el tiempo del servicio de caridad en salud, exigen hoy de cada Hermana, y de cada comunidad:

– atención prioritaria y totalizante a Dios, C38

– actitud de conversión constante, C15

– sólida formación cimentada en la Palabra de Dios y en el Carisma Congregacional. I.P.

– conocimiento inteligente, crítico y misericordioso del momento histórico. C.53

– actualización profesional C.39

– capacidad de arraigo y desarraigo que permita la itinerancia evangélica C.52

50. *La atención integral al hombre, a la mujer y la opción por la vida*, son una llamada a la Congregación en su IV siglo, a las puertas del tercer milenio del Cristianismo, y a la luz de la *Beatificación de Nuestra Madre Fundadora*, para que con nuevo dinamismo responda hoy en el mundo de la salud, inculture el Evangelio desde un servicio profético y promueva la solidaridad como «nuevo nombre de la Caridad».

51. Desde su carácter internacional la Congregación se siente comprometida por *un nuevo impulso apostólico*, expresión de la pasión por Dios, por el Reino y por el hombre, que encuentra su dinamismo en la Encarnación a fin de poder decir al hombre de hoy: «*Lo que tocaron nuestras manos acerca de la palabra de vida, os lo anunciamos*» 1 Jn. 1, 3.

4. Nuestra misión

52. Somos Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen presentes en el mundo de la salud, en el cual queremos *anunciar a Jesucristo con un nuevo impulso apostólico marcado por la solidaridad y la inculturación, en el compromiso por la justicia, en la defensa y promoción de la vida.*

Como Congregación en América Latina y el Caribe presentes entre los más necesitados queremos brindar en las Instituciones asistenciales y de formación para la salud, en las obras parroquiales y diocesanas, en los equipos multidisciplinarios, un servicio de caridad, fundamento en los valores evangélicos, el respeto a la vida, la naturaleza y el reconocimiento de la dignidad del hombre y de la mujer; caracterizado por la caridad misericordiosa, la gratuidad, la comunión, la universalidad y la inteligencia del momento.

Desde la comunidad local y en colaboración con los laicos, queremos ser continuadoras del Proyecto Misionero de Marie Poussepin en el hoy de la historia, promover con nuestras actitudes y acciones la salud y la vida, dejándonos evangelizar y evangelizando personas y estructuras, para que el Reino surja y el carisma se siga encarnando en las culturas y tenga la fuerza convocatoria del «ven y ve».

5. Retos

53. La realidad cambiante discernida a la luz de las exigencias del Evangelio, la Iglesia y el Carisma Congregacio-

nal, nos plantea unos retos en los cuales se juega la vida y la vitalidad del Evangelio y del Proyecto de Marie Poussepin.

– Respondemos con audacia y creatividad a las exigencias del mundo de hoy, desde una formación cualificada, o el Carisma Congregacional en el campo de la salud perderá su dinamismo y actualización.

– Nos comprometemos desde una acción consciente, planificada y razonable en la defensa de la vida y de los derechos humanos, o nuestra misión será infiel al Evangelio, a la intuición de Marie Poussepin y al momento histórico.

– Nos integramos con los laicos en el servicio a la salud y la vida dentro de principios ético y cristianos, o nuestra presencia en la salud perderá su dinamismo evangelizador.

– Optamos por una pastoral de salud organizada, dinámica, audaz y abierta al cambio que revitalice nuestra presencia misionera, o nuestra razón de ser el mundo de la salud no tendrá sentido evangelizador.

6. Prioridades y estrategias

54. Formación cualificada de las Hermanas:

- Impulsar la formación teológica y pastoral desde el arraigo en la Palabra con dimensión Humana, Ética Espiritual y Bíblica.

- Fortalecer la vida fraterna signo de comunión y de compromiso con la misión.

- Promover la capacitación y actualización de las Hermanas en las áreas que condicionan y determinan la salud.

- Retomar en nuestra misión *la cultura de la salud propia del pueblo.*

- Discernir las políticas de salud e implicarnos en ellas con sentido evangélico.

55. Defensa de la vida y de los derechos humanos

– Leer la realidad de salud con sentido crítico, a la luz del Evangelio.

– Rescatar los valores humanos y éticos en la prestación del servicio de salud.

– Hacer del anuncio profético un compromiso en favor de

- La salud

- La calidad de vida y
- La participación ciudadana
- Promover y participar en equipos interdisciplinarios tendientes a impulsar la cultura de la vida.

- Asumir prioritariamente nuestra misión allí donde surgen situaciones de pobreza, miseria o exclusión.

56. Los laicos en el servicio a la vida y la salud

– Redescubrir con el laico la vocación de servicio y su compromiso en la defensa y promoción de la vida y la salud.

– Hacer partícipes de nuestra espiritualidad a los laicos que comparten con nosotras el servicio de caridad en salud.

– Reconocer y privilegiar en nuestra misión la familia; la dignificación y preparación de la mujer, como generadora de vida.

– Implicarnos personal y comunitariamente en la Pastoral vocacional como opción de la Congregación y medio de mantener vivo el Carisma.

57. Organización de la Pastoral de la Salud

– Favorecer la penetración del Evangelio en el mundo de la salud.

– Vivenciar en nuestro servicio de salud la pasión por nuestra propia vocación y por el mundo, haciendo atrayente el seguimiento radical de Jesucristo.

– Redescubrir el valor de los medios de comunicación y su utilización en favor de la defensa y promoción de la vida.

– Organizar y dinamizar la Pastoral de Salud con la participación de los laicos, en las Instituciones en donde trabajamos.

– Impulsar a nivel de Comunidad Parroquial y en áreas rurales y marginadas, un proceso educativo, participativo y transformador en el campo de la salud.

– Vivenciar la solidaridad con los que sufren la enfermedad y sus familiares, tanto en la Institución como en el hogar.

– Redescubrir un nuevo dinamismo evangelizador en el campo de la salud con las hermanas mayores y enfermas.

7. Aplicación y evaluación del proyecto

58. A nivel de cada Provincia la aplicación de este Proyecto comprende las siguientes etapas:

– El Organismo de participación para la misión, en salud, ha de despertar en todas las Hermanas de la Provincia o Vice-provincia, *la motivación y el compromiso de difusión, aplicación y ejecución.*

– Cada comunidad local y cada Hermana, ha de sentirse responsable de la *asimilación y profundización* de este documento, especialmente aquellas a quienes se les ha confiado esta orientación apostólica del Carisma.

– A partir de las líneas orientadoras de este Proyecto cada Provincia y Vice-provincia de América Latina y el Caribe de acuerdo a su realidad, elabora los Proyectos específicos. Corresponde a la Comunidad Local *hacer vida el Proyecto de Pastoral de Salud.*

– El organismo de participación para la misión en salud, propio de cada estructura, ha de buscar la forma de *evaluar anualmente* los pasos dados en la aplicación del Proyecto y formular los correctivos necesarios.

59. A nivel interprovincial, en el encuentro que se realiza cada dos años, las Provincias y Vice-provincias de América Latina y el Caribe, presentan el *informe sobre los logros y las dificultades* halladas, como también las sugerencias para su actualización.

En estas mismas reuniones, *se fijan los medios* que aseguren el dinamismo del proceso y la unidad de criterios en la acción pastoral, al tiempo que se señalan las metas para el período siguiente.

Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación.

Notas

¹ Carta Encíclica *El Evangelio de la Vida*, Ed. Nomos S.A. Marzo 1995 No. 79.

² Juan 10,10

³ CELAM, *Pastoral de Salud II Encuentro Latinoamericano y del Caribe No. 264*, Quito Ecuador: Nov. 1994, pág. 10.

⁴ GREGORIO IRIARTE O.M.J., *Neoliberalismo – ¿sí o no?*, Ed. Paulinas Medellín 1995, pág. 41.

⁵ ONU, *Declaración de los Derechos Humanos* Art. 22 y 25.

⁶ Dt 30, 19-20.

⁷ DP, 317 y 322.

⁸ Fil 2, 6-8.

⁹ Mc 2, 9-11.

¹⁰ Mt 11, 4-5.

¹¹ Mt 10, 7-8.

¹² Lc 10, 25-37.

¹³ *Evangelium Vitae* No. 78-81.

¹⁴ *Evangelium Vitae* No. 102.

¹⁵ Regl. 1.

¹⁶ C. 1.

¹⁷ *Sumario de la Positio*, trad H. Margarita de la Encarnación, ed Capiyepes, Medellín 1986, pág. 97.

¹⁸ *Reglamentos para las Hermanas de Sainville*, trad. Hna. Margarita de la Encarnación, Tours, 1985, cap. XXV.

¹⁹ *Sumario Positio*, op cit., pág. 97.

²⁰ *Reglamentos*, op. cit., Cap. XXXVI.

²¹ *Ibid.*, Cap. XXXVI y XLII.

²² *Reglas Generales.*

²³ C. 51.

²⁴ Reg XXVI.

Bibliografía

Rafael SERRA, Miguel ROURE, *Sagrada Biblia*, Regha,....., 1979

JUAN PABLO II, Carta Encíclica: *Evangelium vitae*, Vaticano, Roma, 1996.

JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Redemptoris Missio*, Vaticano, Roma, 1990.

JUAN PABLO II, Carta Apostólica: *Salvifici doloris*, Vaticano, Roma, 1984.

JUAN PABLO II, Carta Encíclica: *Sollicitudo rei socialis*, Vaticano, Roma, 1987.

CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *El respeto de la vida humana naciente y dignidad de la procreación*, Vaticano, Roma, 1987.

Revista del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, *Dolentium Hominum*, Nos. 24, 26, 28.

HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACION, *Constituciones*, Poliglotta Vaticano, Roma, 1981.

HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACION, *Reglamentos de Sainville*, Camus, Tours, 1986.

HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACION, *Documento del 50 Capítulo General: Marie Poussepin Apóstol social de la caridad*, Roma, 1994.

HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACION, *Proyecto de Pastoral de salud para América Latina*, UPTC, Tunja, 1987.

Hna. Ines Mercedes MEJIA TORO, *Informe sobre la vida de la Congregación 1979-1984*, 48 Capítulo General, Bucaramanga, 1984.

Hna. Ines Mercedes MEJIA TORO: *Informe sobre la vida de la Congregación 1989-1994*, 50 Capítulo General, Roma, 1994.

HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACION, *Documento de ética medica*, Clínica el Rosario, Medellín, 1985.

HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACION, *La formación en la congregación*, Ratio Formationis, Roma, 1992.

SUMARIO DE LA POSITIO, Trad. Hna. Margarita de la Encarnación, Capiyepes, Medellín, 1986.

CONSEJO EPISCOPAL LATINO AMERICANO, *Planeación Pastoral Participativa*, CORNI, Bogotá, 1993

CELAM, *Pastoral de la salud. Segundo encuentro Latinoamericano y del Caribe*, Quito-Ecuador, 1994.

CELAM, *Hecia un manual de Pastoral de salud*. Documento de trabajo, Bogotá, 1987.

ARQUIDIOCESIS DE MEDELLIN, *Foro sobre ética medica*, 1995.

Ley 100 De 1993, *Sistema de Seguridad Social Integral*, Santafé de Bogotá.

GREGORIO IRIARTE O.M.I., *Neoliberalismo ¿Sí o no?*, Paulinas, Santafé de Bogotá, 1995.

*actividad
del Pontificio
Consejo*

*VIII Congreso Europeo
Médicos Católicos*

Congreso en Pompeya

Crónica

Servir al que sufre es una misión

Carta del Cardenal Angelo Sodano, Secretario de Estado, al Cardenal Fiorenzo Angelini (Ciudad del Vaticano, 10.05.1996).

Señor Cardenal:

Con ocasión del VIII Congreso Europeo de las Asociaciones de Médicos Católicos, que se realizará en Praga en la primera década del próximo mes de junio sobre el tema: "La medicina de hoy y nuestra imagen del hombre", el Santo Padre desea expresar su complacencia por este encuentro, que reviste una particular relevancia por la presencia de grupos de médicos de los países del Este europeo, que recientemente se han constituido en Asociaciones adherentes a la Federación Europea. Su participación no dejará de proporcionar un aporte específico no sólo al progreso de la medicina, sino también al reforzamiento de la colaboración de los médicos europeos.

El Sumo Pontífice, profundamente sensible ante las necesidades del momento presente, no se cansa de remarcar la importancia que tiene la investigación para el progreso científico en un campo tan fecundo y rico de promesas como la medicina. Ciertamente dicha investigación asume un valor particular por la luz que descende de los principios éticos fundamentales ya reconocidos y promovidos desde la antigüedad pre-cristiana, pero es sobre todo del esplendor de la verdad de la fe cristiana que ella logra su plenitud en el plano natural y sobrenatural.

Como buenos samaritanos de nuestro tiempo, los agentes sanitarios que se inspiran en el Evangelio saben "detenerse", antes bien, conmoverse (cf. *Lc* 10, 33) frente al hermano sufriente e inclinarse amorosamente hacia él, para curar sus heridas y hacerse cargo de su

situación. El que sufre física o espiritualmente es débil y se siente solo: tiene necesidad, ciertamente, de medicinas y de cuidados, pero también de consolación y de solidaridad espiritual. Servir a quien sufre es, pues, no sólo una profesión social, sino también una "misión" que consiste en hacerse prójimo del enfermo, ayudándolo a no desmayar y a enfrentar serenamente la prueba.

Como afirma el Santo Padre en la Carta Apostólica *Salvifici doloris*, "la elocuencia de la parábola del Buen Samaritano, al igual que de todo el Evangelio, concretamente es ésta: el hombre debe sentirse *llamado personalmente* a testimoniar el amor en el sufrimiento. Las instituciones son muy importantes e indispensables; sin embargo, ninguna institución puede de suyo sustituir el corazón humano, la compasión humana, el amor humano, la iniciativa humana, cuando se trata de salir al encuentro del sufrimiento ajeno. Esto se refiere a los sufrimientos físicos, pero vale todavía más si se trata de los múltiples sufrimientos morales, y cuando la que sufre es ante todo el alma" (n. 29).

Hoy más que nunca, el médico está llamado a descubrir

en la imagen del enfermo la imagen misma de Cristo, recordando siempre el dicho del Señor: "estaba enfermo y me visitasteis" (*Mt* 25, 36). Obviamente, todo esto requiere que cada uno sepa poner su propia competencia al servicio de los demás, cualquiera sea su patria, su raza y su ideología.

Junto a quien sufre haya siempre un corazón que ama, un corazón capaz de latir en sintonía con el del hermano en dificultad; un corazón siempre premuroso ante las necesidades del otro. Y esto, por el profundo respeto que cada uno debe tener por el don sagrado de la vida humana en razón de su naturaleza intangible.

Su Santidad formula el auspicio que al progreso científico de los docentes y de los agentes sanitarios, a quienes se les depara el incremento y el perfeccionamiento de la medicina, se acompañe también la atenta conciencia de la elevada misión de proteger la vida humana creada por Dios y redimida por Cristo. Asimismo, el Sumo Pontífice Juan Pablo II expresa el augurio de una fidelidad ejemplar al magisterio eclesial, de una colaboración fecunda con los Obispos, puestos por el Espíritu Santo para dirigir al pueblo de Dios y, finalmente, de un estímulo cada vez más generoso en la animación cristiana de los lugares de sufrimiento.

Con estos votos el Santo Padre imparte muy gustoso a usted, señor Cardenal, a los relatores y promotores del encuentro la propiciadora Bendición Apostólica, que extiende a todos los participantes y a sus familiares.

Me valgo de la circunstancia para confirmar los sentimientos de mi mayor consideración.

Card. ANGELO SODANO

Somos testigos de nuestro servicio a la vida

Homilía del Cardenal Fiorenzo Angelini en la inauguración del VIII Congreso de la Federación Europea de las Asociaciones de Médicos Católicos (Praga, junio 1996).

La liturgia de este período revive el clima de Pentecostés.

La bajada del Espíritu Santo (*Hechos 2, 4-17*) marca el comienzo de la Iglesia.

El Espíritu Santo, o Espíritu de Dios, es la potencia sobrenatural con la cual Dios, entrando en el hombre, le transmite una fuerza superior. En efecto, una vez que recibieron el Espíritu, los apóstoles se volvieron valientes testigos de Cristo (*Hch 4, 31*), justamente porque el Espíritu es la fuerza con la que Jesús dona la vida espiritual a los que creen en El (*Juan 7, 37-39*).

Como nos dice S. Pablo, el Espíritu es una fuerza que hasta nos hace capaces de realizar curaciones prodigiosas (*I Co 12, 10*).

La celebración litúrgica de hoy en el corazón de vuestro Congreso, sea ocasión para meditar sobre un don particular, que la fe conduce al Espíritu Santo: el don de la sabiduría.

Dios es amor (*I Jn 4, 8.16*) y el amor es el primer don, aquel que contiene a todos los demás. Este amor, Dios lo ha “derramado en nuestros corazones por el Espíritu Santo que nos ha sido dado” (*Rm 5, 5*).

Pocas profesiones como la del médico advierten durante la experiencia cotidiana la necesidad de requisitos que vayan más allá de la simple ciencia y del conocimiento y nos hagan capaces de explorar no sólo la condición física de las personas que asistimos, sino su psique y su corazón.

Mientras se contraponen a una falsa ciencia, la sabiduría es la coronación indispensable de

la verdadera ciencia.

La historia nos enseña que conocimiento y ciencia puramente humanos, incapaces de mirar más allá del breve acontecimiento del hombre en la tierra, se traducen en estupidez y debilidad (*I Co 1, 17-29; Rm 1, 22*). Y hoy que el progreso científico ha alcanzado metas que no podíamos imaginar, se advierte con dramática actualidad la necesidad de una sabiduría que nos haga capaces de transformar la ciencia en una clara conciencia del destino ultraterreno del hombre. Esto es posible solamente si la ciencia, a través del don de la sabiduría, se vuelve un canal de amor al servicio del hombre.

Como ciencia del amor, la sabiduría es también fuente de unidad. Unidad que para nosotros, que provenís de diferentes países, que habláis diferentes lenguas, que pertenecéis a diferentes escuelas de pensamiento, es tan necesaria al igual que única e inconfundible es vuestra misión, y único e inconfundible debe ser vuestro, antes bien, nuestro testimonio.

En este momento, pidamos al Espíritu Santo para que *juntos* seamos testigos de nuestro servicio a la vida; comprometidos *juntos* para hacer creíble la verdad acerca del hombre y de su condición que nos ha sido revelada por Cristo.

Meditemos estas palabras tan profundas y pertinentes del gran maestro de doctrina San Cirilo de Alejandría. Escribe el santo: “Todos nosotros que hemos recibido el único y mismo Espíritu, es decir el Espíritu Santo, *estamos unidos entre nosotros y con Dios*. En efecto, aunque tomados separadamente, somos muchos, y en cada uno de nosotros Cristo haga habitar al Espíritu del Padre y suyo, sin embargo único e indivisible es el Espíritu. El reúne en la unidad espíritus

que entre sí son distintos y hace de todos en sí mismo una sola y misma cosa. Como la potencia de la santa humanidad de Cristo hace no-corpóreos a aquellos en los que se encuentra, del mismo modo el único e indivisible Espíritu de Dios que habita en todos, conduce a todos a la unidad espiritual”. (*Commentarius in Johannem, 12*).

Es este el pensamiento al cual deseo permanezca unido el recuerdo del encuentro de estos días: la conciencia de la necesidad que nuestra ciencia sea enriquecida constantemente por el don divino de la sabiduría.

En un paso de los más citados, pero quizás no suficientemente meditados de la constitución conciliar sobre la Iglesia en el mundo contemporáneo, se lee: “Nuestra época, más que ninguna otra, tiene necesidad de esta sabiduría para humanizar todos los nuevos descubrimientos de la humanidad. El destino futuro del mundo corre peligro si no se forman hombres más instruidos en esta sabiduría” (*Gaudium et spes, 15*).

Junto con la Iglesia invoquemos al Espíritu Santo repitiendo las palabras de la secuencia dedicada a El: “Sin tu divina presencia, nada somos y nada es puro en nosotros. Borra toda culpa nuestra, de la aridez espiritual líbranos y sana lo que en nosotros está enfermo. Doma lo que en nosotros es arrogante, abriga lo que es frío, endereza al bien lo que nos induce a desviarnos del recto camino” (*Sine tuo numine, nihil est in homine, nihil est innoxium. Lava quod est sordidum, Riga quod est aridum. Sana quod est saucium. Flecte quod est rigidum. Fove quod est frigidum. Rege quod est devium*). Amen.

Card. FIORENZO ANGELINI

La medicina moderna y nuestra concepción del hombre

Discurso del Cardenal Fiorenzo Angelini en el VIII Congreso de la Federación Europea de las Asociaciones de Médicos Católicos (Praga, junio 1996)

Ante todo un cordial saludo a todos los participantes a este VIII Congreso de la Federación Europea de las Asociaciones de Médicos Católicos. Saludo especialmente a los Presidentes de las diferentes Asociaciones, a los Asistentes Eclesiásticos, a los miembros de los Consejos y a quienes tienen responsabilidades directivas y organizativas en sus respectivas asociaciones nacionales.

En segundo lugar, agradezco vivamente por haberme invitado a abrir vuestras labores con alguna reflexión sobre un tema – el de vuestro VIII Congreso – que nos interroga sobre el nexo inseparable entre *ciencia* y *conciencia*, entre *experiencia profesional* y los *principios inspiradores* que deben guiarla.

El argumento que trata este tema es muy amplio, pero no genérico. Su núcleo va al corazón de un problema cada vez más sentido, es decir, el de la relación entre una ciencia como es la medicina, cuyo camino hacia adelante no sólo es irrefrenable, sino que conoce también una sorprendente y creciente rapidez.

Así como poniendo el pie en la corriente de un río, no nos mojamos nunca en la misma agua, del mismo modo se podría decir que en la medicina el escenario cambia continuamente, o mejor, se ilumina siempre con una luz nueva.

Visto que etimológica y realmente “cura al hombre”, la medicina es una de las más vivas, más universales y gratificantes fuentes de esperanza; lo fue en el pasado y lo es especialmente hoy, considerado que también la medicina moderna se ha abierto paso en las llamadas au-

topistas informáticas, a través de las cuales logrará cada vez más nuevas y halagadoras metas.

Cotejando la medicina moderna con nuestra concepción del hombre, nos viene espontáneo decir que mientras la medicina representa el elemento dinámico, nuestra concepción del hombre representa el elemento estático.

Esto es verdad sólo en parte: lo es en el sentido que siempre, en lo profundo de la medicina – como por lo demás de cualquier otro ramo del saber – hay una determinada concepción del hombre y de su destino. No lo es, si tuviéramos que ilusionarnos que, en términos de formulación de un argumento, de profundización de los conceptos, también la idea humana y cristiana del hombre que nosotros profesamos no conoce el propio progreso intrínseco.

Y vosotros que pertenecéis a tradiciones culturales diferentes, sois plenamente conscientes del dinamismo interno de penetración y presentación de los principios inmutables.

Personalmente, estoy convencido que en esta nebulosa ambigüedad está ciertamente presente una de las razones de la persistente incompreensión, incluso en nuestro ambiente, de la relación entre medicina y moral, entre problemas y soluciones individuados por la medicina y los interrogantes de orden racional y ético que plantean.

La demostración de todo esto tiene lugar, entre otros, por la tendencia o la tentación de cerrarse en los propios sistemas de pensamiento y también de alarmarse estérilmente frente a innovaciones de terminología o de afirmación ideológica que tratan de adecuarse al camino a perseguir por el hombre, sin que se pierda de vista el punto de partida que no cambia.

Medicina y concepción del

hombre se mueven conjuntamente en la dirección de un progresivo acercamiento al *misterio que es el hombre*. Por tanto, se habla también de misterios de la ciencia, en el sentido que ella, entendida correctamente, es la gradual profundización del conocimiento del ser humano en el marco más amplio del conocimiento del universo; contemporáneamente, la reflexión especulativa – pero también guiada por el sentimiento – acerca del hombre, cada vez más nos revela entradas escondidas.

En efecto, si intentamos sustituir la expresión “concepción del hombre” con la expresión “concepción de la vida humana”, inmediatamente descubrimos que justamente en la noción de vida, tanto el servicio que está llamada a brindar la medicina como el que compete a la reflexión filosófica y también teológica se encuentran y casi se compenetran.

Las técnicas de las que se sirve la medicina pueden permitir al hombre “tomar de la mano el propio destino”, pero lo exponen también “a la tentación de ir más allá de los límites de un razonable dominio de la naturaleza”¹.

Ciencia y técnica médica, especialmente en el progreso actual, estando ordenadas al hombre que es el artífice, o se alimentan en los valores de fondo del hombre y se ponen a su servicio o, de lo contrario, se colocan contra el hombre. En efecto, sería contradictorio e incluso ilusorio reivindicar la neutralidad moral de la investigación científica y de sus aplicaciones².

Pues bien, justamente esta imposible neutralidad tiende a un continuo, valeroso, y, al mismo tiempo, a una firme renovación al llevar adelante juntos y armoniosamente el progreso de la ciencia médica y una lúcida presentación de nues-

tra concepción del hombre.

¿Cuál es, pues, lo que podríamos llamar, sin ninguna presunción sino con sincera humildad intelectual, nuestra concepción del hombre?

En primer lugar, digamos que no es *nuestra* en el sentido que sea necesariamente contraria o en contraposición con la de los demás o de otros. Puede ser, pero no es este el dato del cual debemos partir para definirla.

Nuestra quiere decir ante todo que creemos en ella y que tratamos de lograr un criterio de coherencia en nuestro actuar y de testimonio frente a quienes nos rodean.

Nuestra, incluso porque debe ser clara, inconfundible, abiertamente reconocible para todos.

Nuestra, en fin, porque debemos sentirnos comprometidos para reforzarla, para hacer de ella una directriz de conducta cada vez más sólida y bien radicada.

Como he dicho al comienzo, en tan poco espacio de tiempo no se puede describir e ilustrar debidamente lo que podríamos llamar nuestra concepción del hombre. Sin embargo, ella tiene algunos puntos claves irrenunciables, que me parece podemos indicarlos en lo que, por decir así, forma el marco de la antropología cristiana.

Son justamente estos los principios que, apegados, puestos al lado del concepto de medicina moderna, iluminan el alcance y demuestran el nexo estrecho con la concepción del hombre.

Unidos en una formulación única o definición, estos principios nos dicen que *el hombre es imagen de Dios, que busca la felicidad, que está dotado de libertad y responsabilidad que hacen de él un sujeto capaz de actos moralmente buenos, de los cuales es criterio y juez una conciencia moral rectamente formada.*

El punto de partida es el siguiente: al ser el hombre "la única criatura que Dios haya querido para sí misma"³, se realiza a sí mismo a través de la búsqueda y en el amor a Dios⁴, del que es imagen perfectísima.

La reflexión, no solamente cristiana, ha llegado en sus más

altas expresiones, a la conclusión de que el mundo y el hombre no tienen en sí ni el primer principio ni su último fin. Algo nos trasciende, algo y alguien "que todos llamamos Dios"⁵.

En este origen trascendente tiene sus raíces el deseo de la felicidad. En la concepción de este deseo y en los modos para satisfacerlo divergen los caminos del conocimiento y de la praxis.

En efecto, todos sabemos que se busca la felicidad o en la riqueza, o en el bienestar, o en la gloria humana, o en el poder, o en cualquier actividad incluso muy noble pero que no sobrepasa nuestra frágil condición; pero sabemos también que en estas metas el hombre no encuentra la felicidad a la que aspira, la plena realización de sí.

Lamentablemente nosotros dejamos de lado esta verificación, pero está implícita en las cosas.

Si nosotros, si nuestra vida proviene de Dios, antes bien, de un acto de amor de Dios, es justamente recorriendo este camino que nosotros podemos madurar nuestra realización personal.

Esto es tan verdadero que las metas equivocadas o inadecuadas las denominamos *ídolos*, ya que tenemos necesidad instintivamente de realizarnos en algo y en alguien que tenga las connotaciones de la divinidad.

Dotado de libertad y de responsabilidad, el hombre es un sujeto moral, capaz de actos moralmente buenos, cuyo juez es una conciencia formada rectamente.

Que la libertad y la responsabilidad de las que estamos dotados nos permitan cometer también el mal es tan evidente que no hay necesidad de demostrarlo. Pero tampoco es menos evidente, sin embargo, nuestra capacidad de realizar actos moralmente buenos en razón de nuestra libertad y responsabilidad.

El criterio supremo del actuar humano es la conciencia, a condición que sea formada rectamente.

A este punto el problema se vuelve ciertamente complejo, sobre todo en relación a algunas elecciones de la vida.

Diría, sin embargo, que propio confrontando la mencionada concepción del hombre con la medicina en general y con aquella moderna en particular, nosotros descubrimos que la medicina hasta puede constituir una guía para mantenernos seguros en la necesidad de una cristiana y católica concepción del hombre.

La medicina, en efecto, está sobre todo al servicio de la vida, que es servida plenamente cuando no es limitada sólo a la realidad corpórea, sino a la vida y a la dignidad de la persona humana en su conjunto.

Hablando en un hospital romano, Juan Pablo II mencionó el tema de la relación entre medicina y nuestra concepción del hombre, afirmando que si la vida es don de Dios, ella debe constituir el punto de referencia final e indeclinable que siempre debemos tener presente en todas las fases del ejercicio del arte médico⁶.

Al respecto, diría que la diferencia es poca si nos referimos a la medicina moderna o a la medicina de siempre.

He encontrado a enfermos y a médicos en muchas partes del mundo: en modestos dispensarios en el corazón de África, de América Latina y de Asia, así como en los grandes complejos hospitalarios de Europa y Norteamérica. He visto aplicar sea técnicas rudimentales como sofisticadas. Todas las veces, dado el elemento que dejaba en mí un signo inborrable, el dato igual e inmutable era la necesidad de vida y la necesidad de que la acción del médico satisficiera esta necesidad de vida: médicos y enfermos luchan juntos por la vida.

En otras palabras, el banco de prueba de nuestra auténtica, verdadera y coherente concepción del hombre se da por el modo con el cual, valiéndose de las conquistas de la medicina moderna, estamos en grado de dar un servicio a su vida, ya sea mediante la prevención de la enfermedad, curando las enfermedades o bien amortiguando los sufrimientos cuando los males son incurables.

Sin embargo, si la recta conciencia generalmente se forma casi de manera automática en un ejercicio humanizado de la

medicina, no faltan problemáticas que esperan una respuesta o por lo menos una profundización. Es frente a dichas problemáticas que estamos llamados a ocuparnos ininterrumpidamente de nuestra formación humana y profesional, porque justamente en el campo del ejercicio de la medicina los problemas asumen dimensiones que, además de nuestra inteligencia, llaman en causa también nuestra sensibilidad.

El problema de la humanización de la medicina se coloca justamente en virtud de la exigencia de una fuerte unión entre razón y sentimiento, entre inteligencia y corazón.

Considero que la *Carta de los Agentes Sanitarios*, que ha tenido una halagadora acogida de parte de los agentes sanitarios católicos, pero también de parte de los médicos, estudiosos y hombres de ciencia incluso no católicos, si es acogida por las directrices que proporciona, constituye para todos un precioso instrumento de claridad y, dejádmelo decir, de serenidad interior.

Cada médico católico la considere como su *vademecum*, y trate de profundizarla cotidianamente.

Ciertamente, existen casos, situaciones o aspectos de vuestra actividad individual y aso-

ciativa que pueden crear interrogantes a los que no os sentís en grado de dar una respuesta, que consideráis no resueltos o no profundizados o presentados suficientemente por los textos del magisterio solemne y ordinario de la Iglesia.

Pues bien, justamente para la solución de estos problemas Juan Pablo II ha instituido la *Pontificia Academia para la Vida*, cuya finalidad es “estudiar, informar y formar en lo que atañe a las principales cuestiones de biomedicina y derecho, referentes a la promoción y a la defensa de la vida, sobre todo en las que guardan mayor relación con la moral cristiana y las directrices del Magisterio de la Iglesia”.

Sea tarea de vuestras Asociaciones nacionales y de la misma Federación Europea, formular – en la sede de encuentros científicos o de congresos – postulados o interrogantes para presentarlos directamente a este organismo tan autorizado y representativo, con el fin de lograr una respuesta adecuada a las exigencias específicas.

Vuestro VIII Congreso puede ofrecer una preciosa ocasión para estudiar este género de iniciativas cuya ventaja es también la de acostumbrarnos a una colaboración más estrecha,

sin la cual nuestro testimonio como médicos católicos no podrá encontrar, como en realidad debe hacerlo, la debida acogida en el esfuerzo universal de la medicina de estar al servicio del hombre.

Notas

¹ JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en el 81º Congreso de la Sociedad Italiana de Medicina Interna y en el 82º Congreso de la Sociedad Italiana de Cirugía General*, 27 de octubre de 1980 (Acta Apostolicae Sedis, 72, 1980, p. 1126).

² “La ciencia y la técnica... estando finalizadas al hombre de cual reciben su origen e incremento, recogen de la persona y de sus valores morales la indicación de su finalidad y el convencimiento de sus límites. Por tanto, sería supérfluo reivindicar la neutralidad moral de la investigación científica y de sus aplicaciones”. CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción Donum vitae*, 22 de febrero de 1987, 2.

³ CONCILIO VATICANO II, *Constitución pastoral Gaudium et spes*, 24.

⁴ “¿Cómo te buscaré, pues, Señor? Buscándote, mi Dios, yo busco la felicidad. Te buscaré para que viva mi alma. Mi cuerpo vive en mi alma y mi alma vive en tí”. S. AGUSTIN, *Confesiones*, 10, 20, 29.

⁵ TOMAS DE AQUINO, *Summa theologiae*, I, 2, 3.

⁶ “Si la vida es don de Dios, gran don de Dios, debe ser para nosotros el punto de referencia final e indeclinable, que debemos tener en cuenta en todos y cada uno de los servicios y de las fases en que se articula el ejercicio de un arte tan delicado como la medicina”. “Discurso en el archihospital S. Giacomo in Augusta, 21 de diciembre de 1981.

⁷ Carta Apostólica *Motu proprio Vitae mysterium*, 11 de febrero de 1994, n. 4.

Juventud de la vejez

Ponencia del P. José Redrado en el Congreso sobre la red integrada de los servicios para la asistencia geriátrica (Pontificio Santuario Pompei, 11 julio 1996).

1. Al reflexionar sobre el título para mi salud y en las conclusiones de esta jornada sobre la asistencia geriátrica, me he encontrado con la expresión “Juventud de la vejez”¹, que me ha impresionado porque en realidad se trata de una expresión cargada de significado.

Alguien ha dicho que el hombre nace viejo y que luego, poco a poco, se vuelve joven porque juventud de la vejez es altruismo, dar en vez de recibir.

2. La segunda idea que me “tocado” es el hecho de observar la gran cantidad de frases, slogans y dichos referentes a la vejez:

– Ha sido llamada la edad de oro, la edad de la pensión.

– Para Cicerón, el ideal era “envejecer sin ser ácidos”, como los buenos vinos.

– Todos conocemos la frase de Juvenal que deseaba llegar a la vejez con “*Mens sana in corpore sano*”.

– Un filósofo griego dice que “la vejez inicia cuando los recuerdos pesan más que las esperanzas”.

– En el Medioevo, la Escuela de Salerno daba los siguientes consejos para llegar a la vejez: “Vida honesta y ordenada. Tomar pocos remedios. Emplear todos los medios para no inquietarse por nada. Alimentos con moderación, Ejercicio y distracción”.

Y el salmista exulta de gozo y de esperanza cuando dice: “Todavía en la vejez tienen fruto...” (*Sal 91, 15*).

3. Diferentemente de nuestra cultura que margina a los

ancianos, en la antigüedad estos eran muy estimados, eran los jefes de las familias y de los grupos, eran responsables de la administración de la justicia y custodios de las tradiciones.

Muchas ideas como estas se encuentran conservadas en la Sagrada Escritura, especialmente en *Exodo* (cc. 3, 12, 17) y *Números* (c. 11):

“Reúne a los ancianos de Israel...”

Moisés convocó a todos los ancianos...”

Asimismo, en el Nuevo Testamento los ancianos tienen una tarea de responsabilidad y forman parte del Sinedrio (Cf. *Hechos de los Apóstoles*: cc. 11-21).

Al respecto, son famosas las sentencias de la Sacrada Escritura:

– La vida es un don de Dios y a quien honra a sus padres le es prometida larga vida (*Ex 20, 12*) y el que teme al Señor “prolonga la vida” (*Pr 10, 27*). “Corona de los ancianos son los hijos de los hijos; los padres son el honor de los hijos” (*Pr 17, 6*). “Expiró, pues, Abraham y murió en buena ancianidad, viejo y lleno de días...” (*Gn 25, 8*), murió en paz consciente de haber vivido una vida plena, al igual que el otro anciano del Nuevo Testamento, Simeón, que exclamó

bendiciendo a Dios:

“Ahora, Señor, puedes, según tu palabra, dejar que tu siervo se vaya en paz... porque han visto mis ojos tu salvación...” (*Lc 2, 29-30*).

Es en San Pablo que encontramos justamente tanto la exhortación como el ejemplo personal; he aquí los textos:

“Que los ancianos sean sobrios, dignos, sensatos, sanos en la fe, en la caridad, en la paciencia, en el sufrimiento; que las ancianas asimismo sean en su porte cual conviene a los santos: no calumniadoras ni esclavas de mucho vino, maestras del bien, para que enseñen a las jóvenes a ser amantes de sus maridos y de sus hijos, a ser sensatas, castas, hacendosas, bondadosas...” (*Ti 2, 2-5*).

“Por eso no desfallecemos. Aun cuando nuestro hombre exterior se va desmoronando, el hombre interior se va renovando de día en día” (*2Co 4, 16*).

“Yo estoy a punto de ser derramado en libación y el momento de mi partida es inminente. He competido en la noble competición, he llegado a la meta en la carrera, he conservado la fe” (*2Tm 4, 6-7*).

4. Todos sabemos que caminamos hacia una sociedad de ancianos². Los estudios sociológicos ilustran ampliamente esta idea del envejecimiento de nuestra sociedad.

No insistiré demasiado sobre esto, sólo deseo indicar sintéticamente alguna idea y proporcionar algunas cifras que me ayudarán luego a sacar algunas conclusiones.

* En el 2000, dos tercios de los ancianos vivirán en países en vía de desarrollo.

* En el 2020, la población global en estos países aumentará del 95%, mientras el número de las personas ancianas residentes aumentará del 240%.

LOS 20 PAISES MAS TOCADOS POR EL ENVEJECIMIENTO
Proyección del aumento de la población por encima de los 60 años entre 1980 y el 2020
(en millones)

Graduatoria 1980	País	Población en 1980	Más de 60 años en 1980	Población en 2020	Más de 60 años en 2020	Graduatoria 2020
1	China	996,1	73,6	1.436,3	238,9	1
2	India	688,9	44,6	1.186,3	149,7	2
3	EE.UU.	227,7	35,8	304,4	66,9	4
4	U.R.S.S.	265,5	34,7	358,1	69,3	3
5	Japón	116,8	15,0	132,6	34,7	5
6	R.F. de Alemania	61,6	11,9	54,7	15,7	8
7	Reino Unido	55,9	11,3	56,1	13,5	13
8	Italia	57,1	9,8	57,5	14,5	10
9	Francia	53,7	9,2	58,3	14,3	11
10	Indonesia	151,0	8,0	262,1	30,1	6
11	Brasil	121,3	7,5	233,8	28,4	7
12	España	37,4	5,6	45,4	9,2	18
13	Polonia	35,6	4,7	44,6	9,7	17
14	Bangladesh	88,2	4,6	206,0	12,6	15
15	Pakistán	86,1	4,0	198,1	13,9	12
16	México	69,4	3,6	146,0	14,6	9
17	Argentina	28,2	3,4	45,6	6,7	20
18	Vietnam	54,2	3,3	103,4	9,8	16
19	Canadá	24,1	3,3	32,5	7,7	19
20	Nigeria	80,6	3,2	301,8	12,8	14

64

PERSONAS ANCIANAS EN LA COMUNIDAD EUROPEA Y EN LOS ESTADOS MIEMBROS AL 1991

	60 años y más		80 años y más	
	millares	%	millares	%
EUR 12	68.576	19,9	11.936	3,5
Bélgica	2.062	20,7	353	3,5
Dinamarca	1.046	20,3	192	3,7
Alemania	16.264	20,4	3.011	3,8
Gran Bretaña	11.931	20,7	2.128	3,7
Grecia	2.049	20,2	323	3,2
Francia	10.953	19,3	2.151	3,8
Irlanda	538	15,3	79	2,2
Italia	11.888	20,6	1.878	3,3
Luxemburgo	73	19,1	12	3,1
Holanda	2.611	17,4	437	2,9
Portugal	1.798	18,2	247	2,5
España	7.362	18,9	1.125	2,9

5. De las cifras de las Tablas se desprenden claramente dos aspectos:

* que la población con más de 60 años irá aumentando cada vez más; se prevé que para el año 2020 un anciano de dos será activo;

* que la mejoría de las condiciones de vida de los ancianos no parecen estar en aumento en estos años y esto dependerá mucho del progreso total de la nación.

Las condiciones de vida de los ancianos tienen en cuenta ciertos indicadores, como el consumo total, la casa, el confort...

Entra aquí el concepto de la mejora y de la calidad de la vida en todos los niveles: económico, médico, social, personal (necesidades, deseos, valores).

“...La calidad de la vida nace gracias al contraste entre vida real y vida deseada, es decir, por la valoración de la distancia existente entre ellas. La calidad será considerada satisfactoria cuando la distancia percibida no será tan amplia”³.

Conclusiones

1. Es necesario crear una cultura que ayude cada vez más a esta última etapa de la vida. Después de haber escrito un libro durante la vida, el último capítulo debe estar lleno de entusiasmo, gozo, esperanza, sentimiento del deber realizado, conciencia de haber sido útil, de haber colaborado, ayudado, de haber hecho historia.

Es hora de cultivar otros valores que antes habíamos dejado de lado, o no lo habíamos vivido suficientemente: la amistad, la lectura, la reflexión, la música, el arte, el orar, recordar y celebrar las cosas que nos hacen felices, como los aniversarios; y prepararse para morir serenamente, con dignidad.

2. Longevidad y calidad de la vida. He aquí un reto abierto que se presenta a la sociedad y a las ciencias biomédicas. La sociología nos dice que ¡el salto es grande porque grande es la esperanza de vida! ¡Cómo ha aumentado la edad promedio! Es una gran conquista. A-

hora se trata de dar vida a los años; conquistar una mayor salud física y mental para esta última etapa de la vida.

Como afirma el Papa Juan Pablo II⁴:

“No es suficiente asegurar la satisfacción de las necesidades elementales conexas con las longevidad: es necesario tener en cuenta también las exigencias planteadas por la dignidad personal del anciano, poniendo a su disposición ese conjunto de providencias, que le permitan llevar una existencia acompañada por una actividad idónea a la edad...” (Nº 2).

Prosigue el Papa:

“...La estrecha relación que en el mismo tema de vuestra Conferencia habéis justamente puesto entre longevidad y calidad de la vida, deja entender que debería considerarse como conquista inadecuada el aumento porcentual de la expectativa de vida, si la calidad de la existencia no procediera al mismo compás. Sin embargo, para perseguir eficazmente dicho objetivo es necesario implicar todo el cuerpo social, para que madure una nueva sensibilidad frente a este problema. La medicina preventiva y curativa debe estar acompañada por una acción de amplio respiro que prevea instituciones y estructuras que estén en grado de abrir a los ancianos los sectores de la cultura, de la instrucción, de las diferentes actividades... (Nº 7).

3. Se vuelve cada vez más urgente mejorar nuestra atención social hacia los ancianos, creando nuevas formas asistenciales, pues nos encontramos en una sociedad que premia la salud, la juventud, la belleza, la utilidad y la eficacia; valores que difícilmente hallamos en los grupos de la tercera y de la cuarta edad.

Es necesario que la sociedad cambie la mentalidad con respecto a los ancianos, evitando en lo posible el desapego familiar, integrándolos según sus posibilidades, por ejemplo en formas de voluntariado, en la formación personal adecuada a la edad y en otras formas que ayuden al anciano para que acepte sus limitaciones,

pero los ayude también a sentirse útiles. Ayudarlos a estimar la amistad, a ser signo de reconciliación entre las generaciones, a ser signo de felicidad, de prudencia, de juicio, de consejo. Es necesario que la sociedad aproveche la inmensa experiencia lograda con los años.

En una sociedad cada vez más dispersa e impersonal se debería pensar en la creación de estructuras sociales y sanitarias que permitan una atención justa y concreta hacia los ancianos: asistencia domiciliaria, residencias asistidas, day hospital, hospital nocturno...

En su discurso a los participantes en la III Conferencia Internacional, promovida por el Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios, el Papa Juan Pablo decía⁵:

“En efecto, el rechazo actual del modelo familiar patriarcal, especialmente en los países ricos, ha favorecido el creciente fenómeno de confiar al anciano a las estructuras públicas o privadas que, no obstante los buenos entendimientos, generalmente no están en grado de ayudarlo totalmente para superar la barrera del aislamiento psicológico y sobre todo de la marginación familiar, que lo privan del calor de la familia, del interés por la sociedad, del amor a la vida. Por tanto, es preciso crear estructuras de acogida que tengan cada vez más en consideración estas exigencias psicológicas y espirituales del ser humano, de las que depende en forma determinante la “calidad de la vida” de quien ha llegado a ese nivel...

De todos modos, es necesario afirmar con energía que no es esta la solución ideal. El objetivo hacia el que debemos orientarnos es que el anciano pueda permanecer en su casa, contando eventualmente con adecuadas formas de asistencia domiciliaria. En este sentido, al lado del compromiso público se podrá colocar la acción del voluntariado, con el aporte de las iniciativas inspiradas en las enseñanzas por la Iglesia católica, así como por aquellos de otros movimientos religiosos y humanitarios, que

merecen respeto y gratitud” (Nº 4).

4. Formar y educar a los jóvenes y a las familias a la solidaridad, a la acogida, a la comprensión y a la ayuda.

En un mundo de egoísmo, de stress y de estímulo exagerado de los valores materiales, es difícil conceder espacio a los demás; de esto deriva la marginación y la agresividad que estamos viviendo en nuestra sociedad.

A las nuevas generaciones deberíamos decir que serán los ancianos del mañana; si desean estar bien asistidos deben iniciar desde ahora la creación de una cultura de solidaridad que se manifieste en gestos concretos, hechos de cercanía de amor.

“La humanidad y la Iglesia de hoy necesitan aprender a convivir con los ancianos enfermos. Quizás es ésta una de las experiencias nuevas de humanidad más importantes a la que tiene que enfrentarse la sociedad de hoy.

“...El alargamiento de la vida ha cambiado las proporciones de la sociedad, está modificando el equilibrio entre los miembros de nuestras familias, y pone ante nosotros nuevas exigencias morales. Todo esto en vista de la multiplicación de los ancianos. No contábamos con ellos y resulta que son casi una cuarta parte de nuestra sociedad. No contábamos con ellos y resulta que forman parte de nuestra familia...”

“La realidad física de estas enfermedades, sus consecuencias síquicas, sus procesos de deterioro, la forma de aliviarlos y de acompañarlos en este itinerario sobrecogedor es un largo aprendizaje que tenemos todos delante, los investigadores y los sanitarios, los familiares y cuidadores, la Iglesia y las mismas instituciones públicas...”⁶.

5. Atención pastoral. El envejecimiento no es solamente un problema biológico. Además de las alteraciones somáticas y síquicas, el anciano debe enfrentar situaciones de carácter social, sobre todo en una sociedad que cambia cons-

tantemente y lo vuelve inseguro ante de un porvenir incierto; pensemos en la pensión, en la pérdida progresiva de los seres queridos...; una historia en la que ya no es ni se siente más protagonista. Es una historia de serenidad, de alivio, de abandono de las responsabilidades, pero también de mucha experiencia de muerte, de muchas pérdidas que dejan un vacío interior, algo así como un desgarramiento que angustia; hacen falta puntos de referencia.

Sin embargo, la vejez es un camino hacia la tierra de comunión y de amistad, es el camino de la debilidad aceptada; es y debe ser una edad feliz⁷.

Esto exige el concurso de responsabilidades de todo el tejido social: la familia, la sociedad, la Iglesia...

La responsabilidad de la comunidad cristiana juega aquí un papel importante, ya que entra ante todo en un programa de valores creíbles.

Esta responsabilidad de la comunidad cristiana se debe manifestar a través de una organización que permita una atención cercana y práctica al grupo de ancianos. Esta atención programada debe orientarse hacia los siguientes puntos:

- integración de los ancianos en los grupos parroquiales,
- creación de centros parroquiales o clubes para los ancianos;
- creación del voluntariado parroquial con actividades concretas y programadas: visitas comenzando por la parroquia, asistencia domiciliaria, ministros de la Eucaristía;
- programación de la vida cristiana del anciano.

En lo que se refiere al último punto sería necesario tener presente que sus necesidades religiosas están en sintonía con el pasado, que su religiosidad se funda en esquemas asimilados y que, a veces, están llenos de angustias, de temores e incertidumbres. Un papel muy importante es jugado por la catequesis que los ayuda a poner orden y serenidad dentro de sí. Frente a un Dios a quien temer, ofrecer un Dios de amor y de esperanza. La misma catequesis llevará a una

mayor participación en la liturgia y en los sacramentos; a seguir un camino de fe. Esta práctica religiosa, vivida con serenidad en el ámbito de la comunidad cristiana, sin duda hará que el anciano se sienta protagonista, un apóstol en la pastoral de la parroquia y todo será como un deber y como fruto de una experiencia. Esto lo afirma el Papa cuando en la exhortación apostólica *Christifideles laici* dice que:

“La Iglesia pide y espera que sepan continuar esa misión apostólica y misionera, que no sólo es posible y obligada también a esa edad, sino que esa misma edad la convierte, en cierto modo en específica y original... Es un deber que hay que asumir superando decididamente la tentación de refugiarse en un pasado que no volverá más, o de renunciar a comprometerse en el presente por las dificultades halladas en un mundo de continuas novedades; y tomando conciencia cada vez más clara de que su propio papel en la Iglesia y en la sociedad de ningún modo conoce interrupciones debidas a la edad, sino que conoce sólo nuevos modos” (n. 48).

El problema principal en la relación con las personas ancianas no es tanto cómo ir hacia ellas y ayudarlas, sino cómo permitir que ellas entren en el centro mismo de nuestra vida, cómo crear el espacio en el que sean acogidas y escuchadas con afectuosa atención. Lamentablemente, todo esto no es fácil para nosotros, pues estamos tentados de negar siempre no sólo la existencia de las personas ancianas, sino también *del anciano* que lentamente se va despertando dentro de nosotros y reclama nuestra atención⁸.

Quisiera terminar estas conclusiones con algunas palabras de agradecimiento y admiración, en primer lugar hacia muchas familias que con afecto y amor cada día están junto a sus queridos ancianos.

Mi agradecimiento y admiración van a ese ejército de religiosos y religiosas que han consagrado sus vidas al servicio de los enfermos, particularmente a las personas de la tercera y cuarta edad. ¡Cuán-

tos gestos de afecto, de solidaridad y de amor! ¡Cuánta compañía en esta larga soledad!

En fin, una palabra de agradecimiento y de estímulo a todas las personas que trabajan en el mundo de la salud, para que en su servicio sigan brindando inteligencia, ciencia y profesionalidad para curar a los ancianos; que siempre los acompañe la humanidad, la solidaridad, la sensibilidad, el amor.

Bibliografía

Dolentium Hominum, n.º, 10 año IV, n.º 1 1989. *Longevidad y calidad de la vida*, Actas de la Conferencia Internacional promovida por el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.

OBISPOS DE EMILIA ROMAGNA, *Nota pastoral - Los ancianos en la comunidad cristiana*.

L. SANDRIN, CARETTA F., PETRINI M., *Anziani oggi* - Ed. Camilliane Torino 1995, amplia bibliografía sobre aspectos

médicos, sociales, psicológicos y religiosos de los ancianos.

La Tercera edad, número monográfico "Concilium" 3, 1991.

HASCHEK P., *Con Dios cuando se vuelve tarde*, Queriniana, Brescia 1994.

HOZ V.G., *Fuertes en la edad avanzada*, Ediciones Palabra, Madrid 1990.

JUCHLI L., *Adelantar en los años sin envejecer*, Notas espirituales, Città Nuova, Roma 1990.

TETTAMANZI D., *En la vejez producirán aún frutos*, Ediciones Ancora, Milán 1988.

ASPITARTE E.L., *¿La edad inútil?*, Ediciones paulinas, Madrid 1993.

CAGLIANO S., *El envejecimiento cómo y por qué*, Aspectos biológicos, médicos, sociales, Newton Compton, Roma 1982.

LAICARDI C., PIPERNO A., *La calidad de la vida en la tercera edad*, Borla, Roma 1987.

CAVALIERI U., *Para envejecer mejor una nueva ciencia*, Angeli F. Milán 1991.

SCORTEGAGNA R., *El papel del voluntariado en la asistencia a los ancianos*, Milán, Marsilio, Venecia 1985.

Revistas

Giornale di Gerontologia, Sociedad Italiana de Gerontología y Geriatria, Via G. C. Vianni 5, 50129 Firenze.

Anziani Oggi, Centro de Promoción y Desarrollo de la Asistencia Geriátrica, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Largo F. Vito 1, 00168 Roma.

Notas

¹ *Esempi catechistici "Jesus"*, n. 53, Ed. dominicana italiana, Napoli, octubre 1982.

² Cf. Revista "*Dolentium Hominum*" n.º 10/1989. Actas de la Tercera Conferencia Internacional "Longevidad y calidad de la vida". "Aggiornamenti sociali" 9-10/1993, "Situación de los ancianos en la Comunidad Europea".

³ SANDRIN - CARETTA - PETRINI, "Anziani oggi" - Ed. Camilliane, Torino 1995, pg. 118; BENCIONILI - VIAFORA, "Etica e Geriatria" (El anciano crónico no autosuficiente), CIC. ED. Internazionali, Roma 1996.

⁴ Cf. *Dolentium Hominum* n.º 10/1989 (Discurso a los participantes en la III Conferencia Internacional sobre el tema "Longevidad y calidad de la vida").

⁵ Cf. *Dolentium Hominum*, n.º 10/1989.

⁶ FERNANDO SEBASTIAN, "Actitudes cristianas en la atención a los ancianos en la enfermedad final" en *Dolentium hominum* n.º 29/1995.

⁷ JEAN VANIER, "Cada hombre es una historia sagrada" EDB, Bologna 1996 (4. "La vejez: el tiempo de la serenidad y de los lutos").

⁸ SANDRIN - CARETTA - PETRINI, "Anziani oggi", Ed. Camilliane, Torino 1995, p. 166.

Crónica de las actividades del Pontificio Consejo - 1996

Durante el 1996, el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios ha desarrollado una rica y variada actividad en los diferentes sectores que le competen, interpretando así la compasión y la caridad de Cristo hacia quienes sufren en el cuerpo y en el espíritu.

En la sede se ha proseguido en el trabajo ordinario, siempre muy intenso, ya sea de correspondencia epistolar con los obispos sobre cuestiones específicas referentes a problemas de pastoral sanitaria, bioética, atención de pedidos de material, actualización del archivo y actividad editorial; así como de contacto personal con los Representantes pontificios, particularmente con quienes han sido nombrados recientemente, con Arzobispos, Obispos, sacerdotes, religiosos y religiosas comprometidas en el amplio campo de la sanidad y de la salud. Asimismo, ha sido muy activa la colaboración de los Miembros y de los Consultores del Pontificio Consejo.

1. Nombramientos y asunciones en el Dicasterio

Con comunicaciones de la Secretaría de Estado, el Santo Padre ha confirmado *in aliud quinquennium* al Secretario y al Vice Secretario del Pontificio Consejo y ha nombrado a los Miembros y Consultores del mismo Dicasterio (Cf. *Dolentium Hominum*, n° 32/1996).

Con comunicación del Presidente del Dicasterio, el 26 de octubre de 1996, el Revdo. P. Krzysztof Jozef Nykiel, sacerdote de la Archidiócesis de Lodz (Polonia), ha sido asumido como Oficial del Dicasterio.

2. Celebración de la IVª Jornada Mundial del Enfermo

Este año, la IVª Jornada Mundial del Enfermo se ha realizado en Ciudad de México y la celebración culminó con el momento más significativo en el Santuario-Basílica Nacional de Santa María de Guadalupe. La Delegación pontificia, presidida por el Presidente del Dicasterio Card. Fiorenzo Angelini, *Enviado Especial* del Santo Padre, estuvo formada por los PP. José L. Redrado y Felice Ruffini, Secretario y Vice Secretario del Dicasterio, respectivamente, el Sr. José Barroso Chávez, Presidente de la Orden de Malta-México y Mons. Joseph Spiteri, Secretario de la Nunciatura Apostólica en México. Una amplia información sobre esta celebración la encontrará el lector en nuestra revista *Dolentium Hominum*, n° 32/1996.

3. Reuniones Interdicasteriales

– En el Pontificio Consejo “*Justicia y Paz*”. El 19 de enero, el Secretario del Dicasterio P. José L. Redrado, O.H., participó en la reunión interdicasterial con ocasión de la *Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social*, que se tuvo lugar en Copenhagen con los auspicios de las Naciones Unidas; asimismo, el 26 de marzo participó en la reunión interdicasterial en preparación a la *Jornada Mundial de la Paz (1997)*.

– En el Pontificio Consejo para la Familia. El 22 de julio, el Secretario P. José L. Redrado participó en el encuentro interdicasterial sobre *Algunas cuestiones referentes a las relaciones entre la Santa Sede y UNICEF*.

– En el Pontificio Consejo “*Cor Unum*”. El 19 de octubre, el P. José L. Redrado, Secretario del Dicasterio, ha participado en la reunión especial en preparación al Año de la Caridad 1999 sobre el tema: “*El Compromiso caritativo: ¿hacia dónde?*”.

– En el Pontificio Consejo para la Promoción de la Unidad de los Cristianos. El 1º de febrero, el Revdo. Jean-Marie Mpendawatu intervino en el encuentro interdicasterial de la Comisión de Coordinación en la Curia Romana para las Actividades Ecuménicas.

– En el Pontificio Consejo para el Diálogo Inter-Religioso. El 26 de marzo, el Revdo. Jean-Marie Mpendawatu, Oficial del Dicasterio, tomó parte en la reunión interdicasterial sobre el tema: “*La formación de los Cristianos para el encuentro con los Musulmanes*”.

4. Participación y representación en Congresos y Encuentros

ENERO

– El día 26, el Vice Secretario del Dicasterio, P. Felice Ruffini, M.I., participó en calidad de miembro, en el encuentro del Comité Técnico del Grande Jubileo del Año 2000, realizado en la sede de dicho Comité.

FEBRERO

– En Roma, el día 3, el Card. Fiorenzo Angelini participó en una reunión organizada en la *Domus Pacis* por la Presidencia Nacional de la Unión Católica Farmacéuticos Italianos sobre el tema: “*Papel del UCFI en el mundo de la farmacia y anuncio del Evangelio en el propio ambiente*”. El Card. Angelini dirigió un saludo a los participantes.

MARZO

– El día 16, por invitación de la *Associazione Oasi Maria SS.*, el Card. F. Angelini, en compañía del Secretario del Dicasterio P. José L. Redrado, O.H., intervino en un Encuentro de presentación de la *Carta de los Agentes Sanitarios*, pronunciando una ponencia sobre el tema: “El generar y el vivir”; el Secretario del Dicasterio, a su vez intervino hablando sobre: “El morir y la supresión de la vida”.

ABRIL

– El día 3, en preparación para las Fiestas de Pascua Florida, el Card. F. Angelini predicó un retiro espiritual a los médicos católicos en la sede de la LUMSA (Roma) sobre el tema: “Precepto Pascual”.

– El día 24, el Card. F. Angelini presidió la concelebración eucarística de clausura del congreso promovido por el Pontificio Consejo para la familia con ocasión del 1º Aniversario de la Encíclica *Evangelium vitae*.

– El día 25, el Presidente Card. F. Angelini, con un saludo dirigido a los participantes, inauguró la reunión del Consejo Directivo de la Pontificia Academia para la Vida y de la Fundación de la misma Academia.

– El día 28, 50º Aniversario del nacimiento de la Obra del P. Damiani en Pésaro, el Card. F. Angelini presidió en la Catedral de Pésaro una concelebración eucarística y durante la homilía recordó la figura ejemplar del P. Damiani y las grandes obras de caridad que realizó.

MAYO

– El día 17, en Vérolí (FR), el Secretario del Dicasterio, P. José L. Redrado, participó en el Iº Congreso Internacional organizado por el Centro de Estudios e Investigaciones en Psiquiatría, Psicología y Ciencias Humanas “*La Bussola*” sobre el tema: “*Algos and Pathos in Human Phylogenesis*”, presentando un estudio sobre: “Dolor y muerte en conflicto con nosotros: búsqueda de un sentido”.

– Del 20 al 25, en Ginebra, el Oficial del Dicasterio Revdo. Jean-Marie Mpendawatu tomó parte en la Delegación de la Santa Sede en los trabajos de la 49ª Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud.

JUNIO

– Del 1 al 2, el Card. F. Angelini, por invitación de S.E.R. Mons. C.F. Ruppi, Arzobispo de Lecce, participó en las celebraciones jubilares en honor del Beato Filippo Smaldone, y presidió la solemne celebración eucarística recordando en la homilía la figura ejemplar del Beato Smaldone.

– Del 5 al 6, acompañado por el Secretario del Dicasterio P. José L. Redrado, el Card. F. Angelini tomó parte en Praga (República Checa) en los trabajos del VIIIº Congreso de la Federación Europea de las Asociaciones Médicos Católicos (FEAMC) sobre el tema: “La medicina actual y nuestra imagen del hombre”. El tema tratado por el Card. F. Angelini fue: “La medicina moderna y nuestra concepción del hombre” (Cf. *Dolentium Hominum* nº 33/1996).

– Del 17 al 20 de junio, en Lubljana (Eslovenia), el Revdo. P. Pierluigi Marchesi, O.H., Miembro del Dicasterio, tomó parte como miembro de la delegación de la S. Sede en la Conferencia de los Ministros europeos de Salud sobre *Reformas de los Sistemas Sanitarios en Europa*.

JULIO

– El día 11, el Secretario del Dicasterio, P. José L. Redrado, O.H., participó en Pompeya en el Encuentro sobre la *Red Integrada de los Servicios para la asistencia Geriátrica*, organizado por el Pontificio Santuario de Pompeya, dirigiendo a los participantes un saludo al finalizar los trabajos sobre el tema: “*Juventud de la Vejez*”.

OCTUBRE

– En Representación del Dicasterio, del 6 al 11, el Rev-

do. Mons. Ignacio Carrasco de Paula, Consultor del Pontificio Consejo, participó en Asunción (Paraguay), en el XVº Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, y en el VIIIº Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia, pronunciando dos ponencias sobre: “La medicina ética pasa por un momento difícil” y “La mortalidad perinatal es elevada en el país”.

– Del 7 al 11, en Collevallenza, el P. José L. Redrado, Secretario del Dicasterio, tuvo a su cargo la presentación de la “Carta de los Agentes Sanitarios” en el Congreso Nacional promovido por el AIPAS (Asociación Italiana de Pastoral Sanitaria).

– El día 12, el Card. Angelini participó en Perugia en la inauguración del 45º Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Cirugía Plástica Reconstructiva y estética; con la ocasión dirigió un saludo a los participantes.

– El día 9, en Como, invitado por la Asociación *Amigos del Organo*, el Card. F. Angelini participó en la ceremonia de entrega del “Premio Albert Schweitzer 1996” otorgando dicho Premio al Dr. Michel Sabouret, Director del Hospital A. Schweitzer de Lambaréné (Gabón).

DICIEMBRE

– El día 3, ha sido presentado en el Aula Magna de la Universidad de los estudios de Catania el volumen “*Operare per servire – Carta degli Operatori Sanitari*”, que contiene las actas del Congreso celebrado en el mes de marzo pasado en Troina. Intervinieron en la ceremonia el Card. F. Angelini y el P. José Redrado, O.H..

5. Visitas y viajes pastorales

ABRIL

– En Moscú, en los días 19-21, acompañado por el Secretario del Dicasterio P. José L. Redrado, O.H., el Card. F. Angelini participó en el Congreso Internacional sobre Bioética, organizado por la Academia Rusa de Ciencias Mé-

dicas, pronunciando una ponencia sobre “*Evangelium vitae*”. Durante su permanencia en Moscú, el Card. Angelini tuvo varios encuentros con personalidades y autoridades civiles con respecto al Hospital pediátrico que está construyendo allí el Pontificio Consejo.

MAYO

– Del 22 al 24 de mayo, viaje pastoral a Gabón. En compañía del P. Felice Ruffini, M.I., Vice Secretario del Dicasterio, de los Profesores Franco Splendori y Domenico Di Virgilio, Consultores del Dicasterio, así como del R.P. Gianfranco Grieco, Periodista del *L'Osservatore Romano*, y de S.E. Jean Robert Gouloungana, Embajador del Gabón en Italia, el Card. F. Angelini visitó el hospital construido en Lambaréné por el Dr. A. Schweitzer, su habitación y su tumba, y se encontró con pacientes, agentes sanitarios, con el Director y los representantes del AISI (Asociación Internacional de apoyo al hospital), las religiosas enfermeras y los capellanes hospitalarios, ofreciendo como donación al hospital un ecógrafo, así como la documentación referente a la construcción de casas-prefabricadas para los médicos del hospital. El Card. F. Angelini sostuvo también numerosos encuentros con personalidades religiosas y civiles.

SETIEMBRE

– Del 6 al 10, en compañía del Secretario del Dicasterio, P. José L. Redrado, O.H., del Abad D. Simone Tonini O.S.B.Silv, postulador de la causa de santificación del Siervo de Dios Abad I. Gregori, de la Madre M. Maurizia Biancucci, Superiora General de la Congregación Benedictina de las Religiosas Reparadoras de la Santa Faz de N.S.J.C, el Card. F. Angelini presidió en Clifton (USA), en el Monasterio de la Santa Faz, la solemne celebración eucarística recordando en la homilía, la figura ejemplar del Siervo de Dios Abad D. Ilde-

brando Gregori, y bendijo el busto del Siervo de Dios.

6. XIª Conferencia Internacional

Promovida por el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, la XIª Conferencia Internacional se ha desarrollado en el Vaticano, en el Aula Pablo VI, del 28 al 30 de noviembre sobre el tema: “*A imagen y semejanza de Dios: ¿siempre? La enfermedad de la mente humana*”.

La participación ha sido importante: 7,500 inscritos provenientes de 105 países, entre los cuales 6 Ministros de Salud, 14 Embajadores, dos mil médicos. Entre los 66 ilustres ponentes, la Esposa del Presidente del Portugal, 2 Cardenales, 5 Embajadores, así como numerosos y reconocidos investigadores, hombres de ciencia y estudiosos de biomedicina, psicología, psiquiatría, filosofía, ética, sociología, derecho, teología moral y pastoral. Entre los ilustres oradores debemos indicar también a Su Eminencia el Cardenal J. Ratzinger, que ha inaugurado la Conferencia con una intervención magistral de iluminación teológica sobre la mente humana, y el Premio Nobel Erwin Neher, que ha hablado sobre el funcionamiento del sistema nervioso cerebral. Durante la Conferencia, se han afrontado varias temáticas referentes a *la estructura* de la mente humana, los datos sobre la difusión de las enfermedades mentales, sus *causas* directas e indirectas, *los lugares* del disturbio, así como los *critérios* y los *medios de prevención, terapia y rehabilitación*. Partiendo desde el punto de vista ético-espiritual, se han profundizado *tareas y métodos de la asistencia* a los enfermos mentales, tanto desde el aspecto estrictamente médico como pastoral. En cada sesión se ha propuesto una experiencia de musicoterapia, con la ejecución de parte de una Orquesta Sinfónica dirigida por el Prof. Adolfo Petziol (Presidente de la Socie-

dad italiana de Musicoterapia) de varios temas musicales. Efectuaron piezas de: Wolfgang Amadeus Mozart, Franz Schubert, Ludwig van Beethoven, Gioacchino Rossini y Helmut Laberer. El Santo Padre ha intervenido al término de los trabajos de la Conferencia internacional pronunciando el discurso de clausura.

7. Actividad editorial

La revista cuatrimestral “*Dolentium Hominum. Iglesia y salud en el mundo*”, órgano oficial del Dicasterio, ha sido publicada normalmente en las cuatro versiones lingüísticas y encuentra cada vez más acogida entre los agentes sanitarios de todo el mundo. Un número de la revista contiene las Actas integrales de la Conferencia Internacional anual promovida por el Pontificio Consejo.

La *Carta de los Agentes Sanitarios*, primera edición – en lengua italiana – que fue publicada en el mes de octubre de 1994 por iniciativa del Dicasterio, ha tenido una acogida extraordinaria; se encuentra disponible en los siguientes idiomas: italiano, francés, español, inglés, alemán, holandés, polaco, ruso, árabe, checo, rumano y se está traduciendo en las lenguas: lituana, malgache, albanés y húngara.

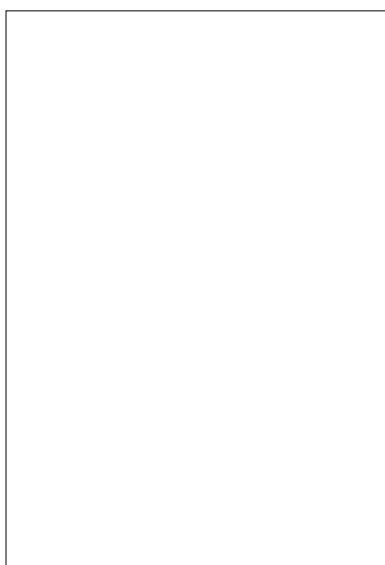
8. Varios

– El 11 de noviembre, se ha desarrollado en la Pontificia Universidad Urbaniana el 2º Encuentro de espiritualidad organizado por la Congregación Benedictina de las Religiosas Reparadoras de la Santa Faz de N.S.J.C. sobre la figura del Siervo de Dios Abad Ildebrando Gregori OSB Silv., y sobre la devoción a la Santa Faz de Jesús. En el encuentro ha tomado parte el Card. F. Angelini quien ha intervenido con una ponencia sobre: “El Siervo de Dios Ab. D. Ildefrando Gregori y nuestro tiempo” y el R.P. José L. Redrado ha hablado sobre: “La misteriosa fuerza del sufrimiento para una nueva evangelización”.

REVISTA DEL
PONTIFICIO CONSEJO
PARA LA PASTORALE
DE LOS
AGENTES SANITARIOS

*Campana de
suscripciones 1997*

1997



**En el próximo
número**

En el número (1/1997) de la Revista «Dolentium Hominum» ofrecemos a nuestros suscritores las Ponencias e intervenciones de la Conferencia Internacional “Los enfermos mentales” que, promovida y coordinada por el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, se celebró en el Vaticano los días 28-30 noviembre 1996. Quienes no estén suscritos a la Revista pueden adquirir estas conferencias pidiéndolas a nuestra dirección y abonando el importe de 6.000 pesetas (seis mil) o su equivalente en dólares.

***Agradeceremos compruebe
si su suscripción a
«Dolentium Hominum»
año 1996 está
debidamente pagada.
Ayúdenos a difundir la
revista indicándonos la
dirección de personas
interesadas.***

***Suscripción 1997
España: Pts 5.000
Forma de pago
Por talón internacional a
nombre de la Revista
DOLENTIUM HOMINUM
Via della Conciliazione, 3
00193 Roma***

Quienes han estado suscritos en el año 1996 consideramos que lo seguirán en 1997, si no dicen lo contrario. Pero les rogamos formulen el pago lo antes posible.