



DOLENTIUM HOMINUM

N. 36 – año XII – N. 3, 1997

REVISTA DEL PONTIFICIO CONSEJO
PARA LA PASTORAL
DE LOS AGENTES SANITARIOS

DIRECCION

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

COMITE DE REDACCION

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

CORRESPONSALES

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

TRADUCTORES

CHALON DRA. COLETTE
FARINA SRA. ANTONELLA
FORD PROF. MATTHEW
MULTIER SOR MARIE-GABRIEL
MURRAY P. DAVID
NOVELLI SRA. SIMONA
QWISTGAARD SR. GUILLERMO

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

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

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

En la cubierta: vidriera de P. Costantino Ruggeri

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

Sumario

- 4 MENSAJE DEL SANTO PADRE CON MOTIVO DE LA JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO
- 8 **La presentación del Mensaje en la Sala de Prensa Vaticana**
- 8 **Un mensaje en la perspectiva del Jubileo**
Mons. Javier Lozano Barragán
- 9 **Loreto, Casa de la Madre**
Mons. Angelo Comastri
- 10 **La Pastoral de la Salud en la Exhortación Apostólica Postsinodal “Una esperanza nueva para el Líbano”**
Mons. Javier Lozano Barragán
- 12 **Sínodo de América**
Mons. Javier Lozano Barragán
- MAGISTERIO
- 14 **De los discursos del Santo Padre Juan Pablo II**
- ARGUMENTOS
- 24 **El papel pastoral del obispo diocesano en la pastoral sanitaria católica**
Declaración del Comité Administrativo de la Conferencia Nacional de los Obispos Católicos de Estados Unidos (NCCB)
- 28 **La clonación humana**
Antonio Pardo
- 32 **Documento sobre los derechos del enfermo anciano**
Dott. Stefano Maria Zuccaro
Prof. Massimo Palleschi
- 36 **Exigencias de la salud y moralidad Paradigma de la salud en la OMS**
Mons. Javier Lozano Barragán
- TESTIMONIOS
- 44 **El carácter no lucrativo del Apostolado Católico de la Salud en Estados Unidos**
Coalición Nacional estadounidense para la Pastoral Sanitaria Católica
- 45 **Documento base para la conformación de la Pastoral de la Salud**
Conferencia Episcopal Ecuatoriana
- 52 **La Pastoral de la salud en la Iglesia italiana**
P. Angelo Brusco
- ACTIVIDAD DEL PONTIFICIO CONSEJO
- 61 **Crónica de la Actividad del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios - 1997**

Las ilustraciones de este número proceden del libro: “Loreto 95, artisti contemporanei per il VII Centenario Lauretano” Electa, Milano 1995

Mensaje del Santo Padre con motivo de la Jornada Mundial del Enfermo 11 febrero 1998

¡Amadísimos Hermanos y Hermanas!

1. La celebración de la próxima *Jornada Mundial del Enfermo*, el 11 de febrero de 1998, tendrá lugar en el Santuario de Loreto. Al recordar el momento en el que el Verbo se hizo carne en el seno de la Virgen María por obra del Espíritu Santo, el lugar que ha sido elegido nos invita a fijar nuestra mirada en el misterio de la Encarnación.

En mis varias visitas a este “primer Santuario de alcance internacional dedicado a la Virgen y que durante muchos siglos ha sido el verdadero corazón mariano de la cristiandad” (*Carta a Mons. Pasquale Macchi*, Delegado Pontificio para el Santuario de Loreto, 15 de agosto de 1993), siempre he sentido la cercanía especial de los numerosos y confiados enfermos que aquí acuden. “¿Dónde podrían ser mejor acogidos que en la casa de Aquella que las “letanías lauretanas” nos hacen invocar como “salud de los enfermos” y “consoladora de los afligidos”? (*ibid.*).

La elección de Loreto se armoniza bien con la larga tradición de la amorosa atención de la Iglesia hacia los que sufren en el cuerpo y en el espíritu. Este lugar estimulará la oración que los fieles elevan al Señor por los enfermos confiando en la intercesión de María. Asimismo, esta importante cita es para la Comunidad eclesial una ocasión para detenerse con devoto recogimiento ante la Santa Casa, “imagen” de un acontecimiento y de un misterio fundamental cual es la Encarnación del Verbo, para acoger la luz y la fuerza del Espíritu que transforma el corazón del hombre en *morada de esperanza*.

2. “Y El Verbo se hizo carne” (*Jn 1, 14*). En el Santuario de Loreto, más que en otros, es posible advertir el profundo sentido de estas palabras del evangelista Juan. De las paredes de la Santa Casa, Jesucristo, “Dios con nosotros”, nos habla con especial vigor sobre el amor del Padre (cfr. *Jn 3, 16*), que en la Encarnación redentora encontró su más alta manifestación. Buscando al hombre, Dios mismo se ha hecho hombre, estableciendo un puente entre la trascendencia divina y la condición humana. “Siendo de condición divina, no retuvo ávidamente el ser igual a Dios, sino que se despojó de sí mismo... obedeciendo hasta la muerte y muerte de cruz” (*Flp 2, 6-8*). Cristo no ha venido para eliminar nuestras penas, sino para compartirlas y, asumiéndolas, darles un valor salvífico: haciéndose partícipe de la condición humana, con sus límites y sus dolores, El la ha redimido. La salvación realizada por El, ya prefigurada en las curaciones de los enfermos, abre *horizontes de esperanza* a quienes se encuentran en la difícil estación del sufrimiento.

3. “Por obra del Espíritu Santo”. El misterio de la Encarnación es obra del Espíritu, que en la Trinidad es “la Persona-amor, el don increado... fuente eterna de toda dádiva que proviene de Dios en el orden de la creación, el principio directo y, en cierto modo, el sujeto de la autocomunicación de Dios en el orden de la gracia” (*Carta Enc. Dominum et vivificantem, 50*). A El ha sido dedicado el año 1998, segundo de preparación inmediata al Jubileo del 2.000.

Infundido en nuestros corazones, el Espíritu Santo hace que sintamos de manera inefable al “Dios cercano” que Cristo nos ha revelado: “La prueba de que sois hijos es que Dios ha enviado a nuestros corazones el Espíritu de su Hijo que clama ¡Abbá, Padre!” (*Gal 4, 6*). El es el verdadero *custodio de la esperanza* de todas las criaturas humanas y, de manera especial, de aquéllas que “poseen las primicias del Espíritu” y “anhelan la redención de su cuerpo” (cfr. *Rm 8, 23*). Como proclama la Secuencia litúrgica de la

Solemnidad de Pentecostés, en el corazón del hombre el Espíritu Santo se convierte en verdadero “padre de los pobres, dador de dones, luz de los corazones”; se vuelve “dulce huésped del alma” que da “descanso” en la fatiga, “reparo” en el “calor” del día, “consuelo” en las inquietudes, en las luchas y peligros de todo tiempo. Es el Espíritu que da al corazón humano la fuerza para afrontar las situaciones difíciles y para superarlas.

4. “*En el seno de la Virgen María*”. Al contemplar las paredes de la Santa Casa, nos parece escuchar aún el eco de las palabras con las cuales la Madre del Señor dio su consentimiento y su cooperación en el proyecto salvífico de Dios: *heme aquí*, el abandono generoso; *fiat*, la sumisión confiada. Siendo *capacidad pura de Dios*, María hizo de su vida una cooperación constante en la obra salvífica realizada por su Hijo Jesús.

En este segundo año de preparación al Jubileo, debemos contemplar e imitar a María “sobre todo como la mujer dócil a la voz del Espíritu, mujer del silencio y de la escucha, *mujer de esperanza*, que supo acoger como Abraham la voluntad de Dios “esperando contra toda esperanza” (*Rm 4, 18*)” (Ex. ap. *Tertio millennio adveniente*, 48). Cuando se declaró *esclava del Señor*, María sabía que se ponía al servicio de su amor hacia los hombres. Mediante su ejemplo Ella nos ayuda a comprender que la aceptación incondicional de la soberanía de Dios pone al hombre en una actitud de total disponibilidad. De este modo, la Virgen se convierte en “*modelo*” de la atención vigilante y de la compasión hacia el que sufre. Después de haber acogido con generosidad el mensaje del Ángel, tiene un significado especial el hecho de que inmediatamente la Virgen se dirigió para servir a Isabel. Más tarde, ante la situación embarazosa de los esposos en Caná de Galilea, captará su petición de ayuda, convirtiéndose así en el reflejo elocuente del amor benévolo de Dios. El *servicio* de la Virgen encontrará su manifestación máxima al participar en el sufrimiento y en la muerte de su Hijo cuando, a los pies de la cruz, acogerá la misión como Madre de la Iglesia.

Contemplando a la Virgen, *Salud de los enfermos*, muchos cristianos han aprendido a lo largo de los siglos a revestir de ternura materna su asistencia a los enfermos.

5. La contemplación del misterio de la Encarnación, que nos recuerda con tanta inmediatez la Casa de Loreto, hace revivir la fe en la obra salvífica de Dios, que ha liberado en Cristo al hombre del pecado y de la muerte y ha abierto el corazón a la esperanza de cielos nuevos y de tierra nueva (cfr. *2P 3, 13*). En un mundo lacerado por sufrimientos, contradicciones, egoísmos y violencias, el creyente está convencido de que “la creación entera gime hasta el presente y sufre dolores de parto” (*Rm 8, 22*) y, a través de la palabra y de la vida, asume el compromiso de ser testigo de Cristo resucitado.

Por esta razón, en la exhortación Apostólica *Tertio millennio adveniente* he invitado a los creyentes a valorar “los signos de esperanza presentes en este final de siglo, a pesar de las sombras que con frecuencia los esconden a nuestros ojos”, y a poner particular atención en “los progresos realizados por la ciencia, por la técnica y sobre todo por la medicina al servicio de la vida humana” (n. 46). Sin embargo, los resultados positivos obtenidos para eliminar las enfermedades y aliviar los sufrimientos no deben hacernos olvidar las numerosas situaciones en las que se ignora y atropella el valor central y la dignidad de la persona humana, como sucede cuando se considera la Sanidad en términos de lucro y no de servicio solidario, cuando se deja sola a la familia ante los problemas de la salud o cuando las personas más débiles de la sociedad se ven obligadas a soportar las consecuencias de una injusta falta de atención y de discriminaciones.

Con ocasión de esta *Jornada Mundial del Enfermo* deseo animar a la Comunidad eclesial a renovar el compromiso para transformar la sociedad humana en una “*casa de esperanza*”, en colaboración con los creyentes y los hombres de buena voluntad.

6. Este compromiso requiere que la *Comunidad eclesial* viva la comunión: sólo donde los hombres y las mujeres, mediante la escucha de la Palabra, la oración y la celebración de los sacramentos, se vuelven “un corazón y un alma sola”, se desarrolla la

solidaridad fraterna y se progresa compartiendo los bienes, y se cumple lo que san Pablo recuerda a los cristianos de Corinto: "Si sufre un miembro, todos los demás sufren con él" (1Co 12, 26).

La Iglesia, mientras se prepara al Gran Jubileo del 2000, está llamada a intensificar sus esfuerzos para traducir en proyecto concreto la comunión sugerida por las palabras del Apóstol. Las diócesis, las parroquias y todas las Comunidades eclesiales han de hacer lo posible para presentar los temas de la salud y de la enfermedad a la luz del Evangelio; han de animar la promoción y la defensa de la vida y de la dignidad de la persona humana, desde su concepción hasta su fin natural; deben realizar de manera concreta y visible la opción preferencial por los pobres y los marginados y, entre éstos, dedicar una amorosa atención a las víctimas de las nuevas enfermedades sociales, a los minusválidos, a los enfermos crónicos, a los moribundos y a los que a causa de desórdenes políticos y sociales están obligados a dejar su tierra y a vivir en condiciones precarias e incluso inhumanas.

Las comunidades que saben vivir la auténtica *diaconía* evangélica, viendo en el pobre y en el enfermo "a su Señor y Patrón", son el anuncio valeroso de la resurrección y contribuyen a renovar eficazmente la esperanza "en la llegada definitiva del Reino de Dios".

7. Queridos *enfermos*, en la Comunidad eclesial se os reserva un puesto especial. La condición de sufrimiento en la que vivís y el anhelo de recuperar la salud os hacen particularmente sensibles al valor de la esperanza. Confío a la intercesión de María vuestra aspiración al bienestar del cuerpo y del espíritu y os exhorto a iluminarla y a elevarla con la virtud teologal de la *esperanza*, don de Cristo.

Ella os ayudará para que otorguéis un significado nuevo al sufrir, transformándolo en *camino de salvación*, en ocasión de evangelización y redención. En efecto, "el sufrir puede tener también un significado positivo para el hombre y para la misma sociedad, llamado como está a convertirse en una forma de participación en el sufrimiento salvador de Cristo y en su alegría de resucitado y, por tanto, una fuerza de santificación y edificación de la Iglesia" (*Christifideles laici*, 54; cfr. Carta Enc. *Salvifici doloris*, 23). Modelada en aquélla de Cristo y habitada por el Espíritu Santo, vuestra experiencia del dolor proclamará la fuerza victoriosa de la Resurrección.

8. Naturalmente, la contemplación de la Santa Casa nos lleva a detenernos en la *Familia de Nazaret*, en la que no faltaron las pruebas: en un himno litúrgico se le llama "experta en el sufrir" (*Breviario Romano*, Oficio de las Lecturas en la solemnidad de la Sagrada Familia). Sin embargo, la "santa y dulce morada" (*ibid.*) vivía también en la alegría del más límpido gozo.

Mi deseo es que de esa morada llegue a cada familia humana, herida por el sufrimiento, el don de la serenidad y de la confianza. Al mismo tiempo que invito a la Comunidad eclesial y civil a ocuparse de las difíciles situaciones en las que se encuentran muchas familias bajo el peso impuesto por la enfermedad de un pariente, recuerdo que el mandamiento del Señor de visitar a los enfermos está dirigido en primer lugar a los familiares del enfermo. La asistencia a los familiares enfermos, realizada con un espíritu de amorosa donación de sí y sostenida por la fe, por la oración y por los sacramentos, puede transformarse en instrumento terapéutico insustituible para el enfermo y ser para todos ocasión para descubrir preciosos valores humanos y espirituales.

9. En este marco, dirijo un pensamiento especial a los *agentes sanitarios y de la pastoral* sanitaria, a los profesionales y voluntarios, que viven continuamente al lado de las necesidades de los enfermos. Deseo animaros para que mantengáis siempre un elevado concepto de la tarea que os ha sido confiada y nunca os dejéis abrumar por las dificultades y las incomprendiones. Estar comprometidos en el mundo sanitario no sólo quiere decir combatir el mal, sino sobre todo promover la calidad de la vida humana. Asimismo, el cristiano, consciente de que la "gloria de Dios es el hombre viviente",

honra a Dios en el cuerpo humano tanto en sus aspectos exaltantes de fuerza, de vitalidad y belleza como en aquéllos de fragilidad y de desmoronamiento. Proclama siempre el valor trascendente de la persona humana, cuya dignidad permanece intacta no obstante la experiencia del dolor, de la enfermedad y del avanzar de los años. Gracias a la fe en la victoria de Cristo sobre la muerte, espera con confianza en el momento en el que el Señor “transfigurará este miserable cuerpo nuestro en un cuerpo glorioso como el suyo, en virtud del poder que tiene de someter a sí todas las cosas” (*Flp* 3, 21).

Contrariamente a los que “no tienen esperanza” (cfr. *1Ts* 4, 13), el creyente sabe que la estación del sufrir representa una ocasión de vida nueva, de gracia y de resurrección. Expresa esta certeza por medio del compromiso terapéutico, la capacidad de acogida y de seguimiento, la participación a la vida de Cristo comunicada en la oración y en los sacramentos. Ocuparse del enfermo y del moribundo, ayudar al *hombre exterior* que se va desmoronando, para que el *hombre interior* se renueve cada día (cfr. *2 Co* 4, 16), ¿no es quizás cooperar en el *proceso de resurrección* que el Señor ha puesto en la historia de los hombres con el misterio pascual y que encontrará su plena realización al final de los tiempos? ¿No es dar razón de la esperanza (cfr. *1P* 3, 15) que nos ha sido dada? En cada lágrima enjugada está presente el anuncio de los tiempos últimos, una anticipo de la plenitud final (cfr. *Ap* 21, 4 e *Is* 25, 8).

Consciente de esto, la Comunidad cristiana hace todo lo que está a su alcance para asistir a los enfermos y promover la calidad de vida, colaborando con todos los hombres de buena voluntad. Ella realiza su delicada misión al servicio del hombre tanto en la confrontación respetuosa y firme con las fuerzas que expresan diferentes visiones morales, como en su contribución laboriosa a la legislación sobre el ambiente, en el apoyo a una distribución equitativa de los recursos sanitarios y en la promoción de una mayor solidaridad entre pueblos ricos y pobres (cfr. *Tertio millennio adveniente*, 46).

10. Confío a María, Consoladora de los afligidos, aquéllos que sufren en el cuerpo y en el espíritu, al igual que los agentes sanitarios y todos cuantos generosamente se dedican a la asistencia de los enfermos.

A Tí, Virgen lauretana, confiados, dirigimos nuestra mirada.

A Tí, “vida, dulzura, *esperanza nuestra*”, pedimos la gracia de saber esperar el alba del tercer milenio con los mismos sentimientos que vibraban en tu corazón, mientras esperabas el nacimiento de tu Hijo Jesús.

Que tu protección nos libere del pesimismo, haciéndonos entrever en medio de las sombras de nuestro tiempo las huellas luminosas de la presencia del Señor.

A tu ternura de madre confiamos las lágrimas, los suspiros y las esperanzas de los enfermos. Te pedimos que descienda, sobre sus heridas, benéfico, el bálsamo de la consolación y de la esperanza y que, unido al de Jesús, su dolor se transforme en instrumento de redención.

Que tu ejemplo nos guíe para que nuestra existencia sea una continua alabanza al amor de Dios. Haz que seamos atentos a las necesidades de los demás, solícitos para ayudar a los que sufren, capaces de acompañar al que está solo, constructores de esperanza allí donde se consuman los dramas del hombre.

En cada etapa, alegre o triste, de nuestro camino, con amor de madre, muéstranos a “tu Hijo Jesús, ¡oh clemente, oh pía, oh dulce Virgen María!”. Amén.

Joannes Paulus M. I.

En Vaticano, 29 de junio de 1997,
Solemnidad de los Santos Apóstoles Pedro y Pablo.

La presentación del mensaje en la Sala de Prensa Vaticana

El Mensaje del Santo Padre con motivo de la VI Jornada Mundial del Enfermo ha sido presentado en la mañana del jueves 3 de julio a los periodistas reunidos en el Aula Juan Pablo II de la Sala de Prensa Vaticana. El encuentro estuvo presenciado por S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. Estuvieron presentes también el Arzobispo Prelado de Loreto, S.E. Mons. Angelo Comastri, Delegado Pontificio para el Santuario Lauretano; el Secretario del Pontificio Consejo, Padre José Redrado, con el Vice-Secretario del mismo Consejo Pontificio, P. Felice Ruffini; Mons. Sergio Pintor, Director Nacional para la Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Italiana, y el Padre Angelo Brusco, Superior General de los Clérigos Regulares Ministros de los Enfermos (Camilianos). Publicamos a continuación los textos de las intervenciones de Sus Excelencias Reverendísimas los Monseñores Javier Lozano Barragán y Angelo Comastri:

8

Un mensaje en la perspectiva del Jubileo

Se trata de un profundo mensaje que el Papa encuadra en la perspectiva jubilar del año 1998, dedicado al Espíritu Santo y bajo la luz de la virtud de la esperanza.

Comienza refiriéndose al santuario de Loreto, icono de la Encarnación, en el cual el Papa ha sentido en especial la proximidad del enfermo; luego comenta la frase: "El Verbo se ha hecho carne; por obra del Espíritu Santo; en el seno de María Virgen". La Encarnación del Verbo la entiende como horizonte de esperanza para salir de nuestras penas, como signo del amor del Padre; al Espíritu Santo lo sitúa como custodio de la esperanza que da al corazón humano la fuerza de afrontar y superar las situaciones difíciles; y a María, la mujer de esperanza, la pura capacidad de Dios, la sierva del Señor, la contempla como la que, consciente de la soberanía de Dios, se pone al servicio de los hombres como salud de los enfermos.

La Encarnación del Señor nos ha liberado del pecado y de la muerte; sin embargo, frente a signos de esperanza, incluso dentro del mundo de la medicina, con frecuencia nos encontramos con situaciones contra la dignidad humana; por ello el Papa, en Loreto, nos exhorta a transformar la sociedad humana en casa de esperanza, de tal manera que la comunidad eclesial viva la comunión en la solidaridad fraterna y en la comunicación de bienes en proyectos concretos en todos sus ámbitos, de manera que vea en el enfermo a su Señor y patrón.

Pasa luego el Papa a exhortar a los enfermos a ser sensibles a la virtud de la esperanza proclamando la fuerza misteriosa de la resu-

recepción en su mismo sufrimiento; las familias, a ejemplo de la de Nazareth, deben preocuparse de sus propios miembros enfermos; los profesionistas y voluntarios de la salud deben promover la calidad de la vida humana y honrar a Dios en el cuerpo humano, cooperando al proceso de la resurrección y dando con su trabajo razón de la esperanza.

Termina el Papa invocando a María, consoladora de los afligidos, a quien confía a los que sufren; Ella es nuestra esperanza; que su protección nos libre del pesimismo; le confiamos las lágrimas, sufrimientos y esperanzas de los enfermos y le pedimos que haga de nuestra existencia una continua alabanza al amor de Dios; y a nosotros, constructores de esperanza; y que en cada etapa gloriosa o triste de nuestro camino, con afecto de madre, nos muestre a su Hijo Jesucristo.

+ JAVIER LOZANO B.
*Presidente del Pontificio Consejo
para la Pastoral de los Agentes Sanitarios*



Loreto, Casa de la Madre

Deseo expresar mi profundo y ferviente agradecimiento al Santo Padre por haber elegido el Santuario de Loreto para celebrar la **VI Jornada Mundial del Enfermo**.

Son conmovedoras las palabras con las cuales el Papa justifica dicha elección: «*En mis varias visitas a este 'primer Santuario de alcance internacional dedicado a la Virgen y, que durante muchos siglos ha sido el verdadero corazón mariano de la cristiandad (Carta a Mons. Pasquale Macchi, 15 de agosto de 1993), siempre he sentido la cercanía especial de los numerosos y confiados enfermos que aquí acuden. '¿Dónde podrían ser mejor acogidos sino en la casa de aquella que las letanías lauretanas nos hacen invocar como 'salud de los enfermos' y 'consoladora de los afligidos'?'*» (Mensaje para la VI Jornada Mundial del Enfermo).

Loreto es el Santuario de la Casa de la Madre y la Casa de la Madre es el lugar por el que todos los hijos se sienten atraídos, acogidos, entendidos, amados, aliviados.

Por esto el Santuario de Loreto ha ejercido desde el principio una fascinación extraordinaria.

La lista de los peregrinos es interminable: Papas (el primero fue Nicolás V en 1449 y el último ha sido Juan Pablo II); reyes y emperadores, artistas (como Miguel Angel Buonarroti, Wolfgang Amadeus Mozart y Pietro Mascagni); poetas y escritores (como Torcuato Tasso, Victorio Alfieri y Carlos Goldoni); periodistas (como Luis Veulliot); hombres de ciencia (como Galileo Galilei peregrino en 1618 y 1633 y Enrique Medi en 1966) y simples fieles que han subido a la colina lauretana para respirar el "Sí" de María. Pero el Santuario de Loreto ha sido visitado de manera especial por los santos: S. Francisco de Paola que vino en 1430; S. Santiago de la Marca en 1463; S. Ignacio de Loyola en 1523; S. Francisco Javier en 1538 y 1540; S. Pedro Canisio en 1558; S. Carlos Borromeo en 1566, 1572, 1579 y 1583 haciendo largos trechos a pie; S. Camilo de Lellis, incansable apóstol de los que sufren, vino en 1567, 1570 y otras veces más; S. Luis Gonzaga en 1585; S. Francisco de Sales, protector de los periodistas, en 1599; S. José Benedicto Labre en 1770; S. Pablo de la

Cruz en 1739; S. Leonardo de Porto Maurizio en 1747; S. Teresa de Lisieux en 1887, quien conservó un recuerdo dulcísimo del peregrinaje a Loreto; Charles de Foucauld en 1900; S. Leopoldo Mandic y S. Maximiliano Kolbe en 1919... hasta S. Francisca Cabrini, el Beato Luis Orione, el Beato Cardenal Ferrari, el Beato Josemaría Escrivá de Balaguer y el Siervo de Dios Jorge La Pira, peregrinos de este siglo.

Pero "un puesto especial han tenido en la historia del Santuario de Loreto los enfermos, que fueron los primeros peregrinos que llegaron a la Santa Casa y difundieron su fama entre las gentes. También su presencia hoy, especialmente en el "Tren Blanco" es la que hace vivir al Santuario algunos momentos vibrantes de fe y de intensa devoción" (Carta de Juan Pablo II a Mons. Pasquale Macchi, 15 de agosto de 1993).

Cada año los "Trenes Blancos" suben o bajan a Loreto de todas las regiones de Italia y también de la República de S. Marino; son un promedio de 45 "Trenes" por año.

"En Loreto – escribe aún el Papa – uno es contagiado por la fe de María" (*ibid*) y se retorna a casa aliviados por una presencia y por un abrazo materno, en el que se advierte la ternura misma de Dios, que, en el seno de María, ha tomado la carne humana para ser Emanuel, es decir, Dios-con-nosotros.

Cada año vienen a Loreto también los "trenes del gozo y de la gracia": son peregrinajes de niños marcados por el dolor, quienes, junto con sus familias, viven en Loreto jornadas conmovedoras de serena alegría, de intensa oración y de auténtica fraternidad.



Ahora está frente a nosotros la cita de la VI JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO que se celebrará en el segundo año de preparación al Grande Jubileo del 2000, en el año del Espíritu Santo; en colaboración con el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios y con la Oficina de la Conferencia Episcopal Italiana para la Pastoral Sanitaria, Loreto pone a disposición mente y corazón, estructuras y personal, para que se pueda escribir una nueva página de atención y de acogida y de entrega a los hermanos y las hermanas que sufren, en los que reconocemos una misteriosa pero verdadera presencia de Jesucristo.

En la sociedad del consumismo desenfre-

nado, los que sufren corren el riesgo de ser solamente un peso incómodo, mientras en verdad ellos son un aguijón contra el egoísmo y una invitación para construir la sociedad humana sobre el cimiento del don de sí: es en la donación de sí, en efecto, que “*el hombre encuentra el cumplimiento del propio destino*” (TMA, 9).

El Espíritu Santo, Amor Encarnado, nos contagie de Amor para que salgamos todos de la tristeza del egoísmo y gustemos el gozo mismo de Dios, que es el gozo de la donación de sí mismos.

Mons. ANGELO COMASTRI
Arzobispo de Loreto

La Pastoral de la salud en la exhortación apostólica postsinodal “Una Esperanza nueva para el Líbano”

Al final de la exhortación “una esperanza nueva para el Líbano”, Juan Pablo II invita a la Secretaría de Estado y a los varios Dicasterios de la Curia Romana a ponerse al servicio de la Iglesia en Líbano (n. 124). Nuestro Dicasterio, el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, aprovecha esta ocasión para ponerse al servicio de la Iglesia en Líbano y poder cooperar en la medida de sus posibilidades al bien de la Iglesia que peregrina allí.

Se trata de una Iglesia que últimamente ha sufrido mucho y en la que son recientes las cicatrices de una guerra despiadada y que todavía se encuentra en zonas de alto riesgo en pleno conflicto.

El tema del sufrimiento y de la salud, el tema del enfermo y el del profesional de la salud no podían estar ausentes en esta exhortación al encontrarnos con su realidad lacerante.

La Iglesia y el Reino de Dios consisten en la divinización del hombre, nos dice la exhortación apostólica siguiendo la profunda teología de la Iglesia en Oriente; y las huellas por donde se accede a la misma son las de Cristo sufriente, para llegar a la máxima comunión que es la esencia de la Iglesia que brota desde lo hondo de la comunión trinitaria.

Espigando lo que directamente va a nues-

tro tema: pastoral sanitaria, encontramos en la Exhortación algunos lugares que son explícitos:

1. Sufrimiento y dolor

En el n. 34, (capítulo II, apartado II, sobre la esperanza fundada en Cristo) el Papa afronta el problema del sufrimiento con originalidad. Además de lo ya expuesto en otras partes, especialmente en “*Salvifici doloris*” acerca de la asunción del dolor en Cristo, el Papa afirma cómo “la cruz del sufrimiento comprende inevitables dolores en la vida de los hombres, pero comprende también para el creyente el sufrimiento de ser él mismo un obstáculo al amor de Cristo, un reflejo desfigurado de su rostro”; y es “la tensión característica de criaturas pecadoras”: por una parte se quiere el bien, pero por otra se deja arrastrar por el mal. Es el realismo de la vida en los conflictos, el bien y el mal se entrelazan y esta presencia del mal nos entristece y causa dolor. Es el dolor de causar el mal a otras personas y que hay que tratar de quitar.

Una de las ideas sobresalientes en la Exhortación es la de la Iglesia como comunión; el mal del conflicto y de la división es el mal del que hay que huir siempre como del elemento más destructor de esta comunión. Es un dolor que hay que evitar y combatir si-

guiendo obedientemente “la ley de Cristo (Ga 6, 2), la de las Bienaventuranzas y la de la caridad que no conoce límites”.

2. Visita a los enfermos.

Al hablar en el n. 65 (Cap. III, s. III sobre las estructuras de comunión) se refiere al “pastor que debe tener cuidado de toda la grey sin descuidar a los miembros más débiles... cuántos estando enfermos tienen necesidad de ser visitados en casa...”. “Exhorto cordialmente a los pastores, dice el Papa, a visitar a los fieles que les han sido confiados para estarles al lado reforzando así los lazos entre todos los miembros de la comunidad parroquial, para acompañarlos en su vida espiritual y sostenerlos en las pruebas”.

En todas partes se está tratando de acortar el período de estancia en los centros de salud, hospitales, clínicas, etc. y de llevar a cabo gran parte de los cuidados sanitarios en los domicilios particulares. Además, por la imposibilidad para muchos enfermos de acceder al centro de salud, se quedan en casa y allí procuran su curación según los medios de que disponen.

Todo esto significa una práctica pastoral sanitaria que debe unirse cada vez más con la parroquia y con el párroco; la ayuda, el acompañamiento, los sacramentos, deberán darse en este renglón más en la propia casa que en las instituciones de salud. Por esto el Papa recuerda a los párrocos sus obligaciones en este campo. Hacia ellas debería también dirigirse el Voluntariado que, junto con el párroco y dentro de la pastoral parroquial, deberá comprometerse en el cuidado de los enfermos.

3. Organización de cuidados de la salud

En el n. 102 (cap, VI, sobre *La Iglesia al servicio de la sociedad*, ap. I), se habla de los problemas dejados por la guerra; es el lugar de la exhortación donde más se habla respecto a la salud.

Se dice cómo la guerra ha dejado sentir sus efectos en el campo de la salud y cómo se exige una solidaridad en este campo de manera que “toda persona se pueda beneficiar de ayudas y asistencia médica necesaria, independientemente de sus propios recursos”. En este campo de ayuda y asistencia la Iglesia debe reflexionar para ver qué puede hacer. Esto conlleva una acción pastoral que acompaña a los enfermos necesitados en su enfermedad.

También significa que la Iglesia debe realizar un estudio profundo y serio acerca de la

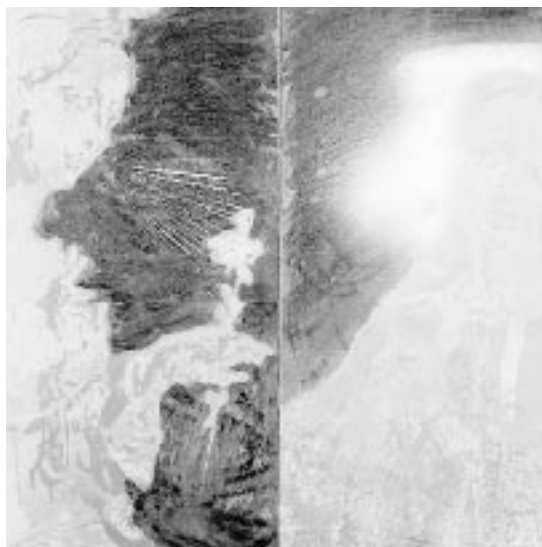
organización de los servicios sanitarios y sus instituciones. De esta forma la Iglesia dará un testimonio cada vez más grande de amor por los hombres. Para ello debe hacer accesibles las instituciones de salud a los más pobres. Es una acción que compete a todos, será coordinada por los Patriarcas pero en ella se implican todos los responsables de las instituciones católicas, religiosos, religiosas, laicos (n. 103).

El Papa propone aquí para el Líbano una acción de gran envergadura: es toda la Iglesia la que se implica. Exige una planificación para ver qué se puede hacer y dónde el sujeto sea toda la Iglesia y el destinatario todos los enfermos, en especial los más pobres y necesitados. Se exige organización, estudio, acción unificadora y eficaz. Es una acción urgente, pues se trata de cerrar la consecución inmediata de la guerra. Es toda una pastoral de comunión para que la Iglesia se haga creíble atendiendo a sus miembros más necesitados, los enfermos. Se trata de la otra vertiente de la acción misma de Cristo que cura a los enfermos y anuncia el Evangelio. Nos encontramos con las exigencias más profundas del servicio social eclesial que tiene su opción preferencial por los más pobres y necesitados.

La renovación de la Iglesia camina en sus senderos de comunión acompañando a los enfermos y estimulando el cuidado de la salud, que conlleva aspectos no sólo quitar la aflicción y el dolor, sino también aspectos mentales, sociales y espirituales. Se trata de volver a la armonía de la comunión por el camino pascual de la muerte y resurrección en Cristo, para así poder reproducir la armonía fontal de la Santísima Trinidad en el hombre.

+ JAVIER LOZANO B.

*Presidente del Pontificio Consejo
para la Pastoral de los Agentes Sanitarios*



Intervención de S.E. Mons Javier Lozano en el Sínodo de América

PASTORAL DE LA SALUD

Durante más de 500 años la Iglesia en América se ha encontrado con Jesucristo vivo a través del mundo de la pastoral de la salud, de acuerdo a su continua actividad en el ámbito de la sanidad. Innumerables centros sanitarios católicos han surgido en todo el Continente auspiciados por Diócesis o Congregaciones religiosas y también al cuidado de laicos.

Ahora es necesario que con una nueva conciencia nuestra América se convierta a Jesucristo para encontrarlo en la cultura de la vida, combatiendo la cultura de la muerte que se presenta en tantas problemáticas que nos rodean. Este Sínodo debe hacernos conscientes de la efectividad de la una y única Iglesia católica en América, cuya unidad exige la plena igualdad de nuestras Iglesias particulares y su convergencia en el mutuo servicio eclesial, dando y recibiendo todas de todas, en plena comunión; en concreto hablando de la pastoral de la salud, necesitamos entrar en comunión con Jesucristo por medio de la comunión con el mundo sanitario, en especial con nuestros hermanos que sufren en los diferentes países de nuestra América, creando una nueva solidaridad continental. Para ello, de parte *del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios* proponemos las siguientes pistas para llevar a cabo esta Pastoral.

1. Que la Pastoral de la salud entre eficazmente dentro de la planeación ordinaria de cada una de las Diócesis de América y de sus Conferencias episcopales.
2. Que las Conferencias episcopales del Continente propicien la unión de los hospitales católicos, de los capellanes, de los médicos, los enfermeros y farmacéuticos católicos en plan nacional e internacional.
3. Que se privilegie en las Diócesis de América la atención y la lucha contra el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción y el Sida, algunas de las principales enfermedades que hoy causan la mortalidad más elevada de los adultos.
4. Que cada Diócesis se comprometa en la promoción de la cultura de la vida contra la cultura de la muerte, con programas concretos que se cristalicen en la opción preferencial por los pobres y en el respeto a la vida naciente.
5. Que los pastores nos hagamos conscientes de la necesidad de una pastoral específica para los ancianos, y la moralidad de los cuidados paliativos.
6. Que los hospitales católicos más dotados de América creen hospitales en regiones necesitadas del mismo Continente para el servicio de gente marginada.
7. Que los hospitales católicos de América se propongan como punto de partida en cuestiones económicas, la comunicación cristiana de bienes, de manera que no sea el lucro su objetivo sino la visión cristiana de la salud, la vida, la enfermedad y la muerte.
8. Que los sacerdotes en las parroquias de América den prioridad a la pastoral de la salud en toda su extensión.
9. Que en los Seminarios de América se enseñe particularmente la Pastoral de la Salud, insistiendo en los problemas actuales de la Bioética que plantea la Ingeniería genética.

+ JAVIER LOZANO BARRAGAN
*Presidente del Pontificio Consejo
para la Pastoral de los Agentes Sanitarios*

magisterio



*De los discursos
del Santo Padre*

La madre Teresa de Calcuta, ejemplo elocuente para todos, creyentes y no creyentes

MEDITACION DOMINICAL DEL PAPA EL DIA 7 DE SEPTIEMBRE 1997
EN CASTELGANDOLFO

1. Me agrada, en este momento de oración, recordar a la queridísima hermana *madre Teresa* de Calcuta, que hace dos días concluyó su largo camino terreno. Muchas veces tuve la oportunidad de encontrarme con ella, y recuerdo vivamente su figura menuda, doblada por una existencia vivida al servicio de los más pobres entre los pobres, pero siempre llena de una inagotable energía interior: la energía del amor a Cristo.

Misionera de la Caridad: eso es lo que fue la madre Teresa, de nombre y de hecho, dando un ejemplo tan fascinante, que atrajo a sí muchas personas, dispuestas a dejar todo para servir a Cristo, presente en los pobres.

Misionera de la Caridad. Su misión comenzaba cada día, antes del alba, delante de la Eucaristía. En el silencio de la contemplación, la madre Teresa de Calcuta sentía resonar el grito de Jesús en la cruz: «Tengo sed». Este grito, recogido en lo profundo de su corazón, la impulsaba por las calles de Calcuta y de todos los arrabales del mundo, en busca de Jesús en el pobre, en el abandonado y en el moribundo.

2. Amadísimos hermanos y hermanas, esta religiosa universalmente conocida como madre de los pobres, deja *un ejemplo elocuente para todos*, creyentes y no creyentes. Nos deja el testimonio del amor de Dios que, acogido por ella, transformó su vida en una entrega total a sus hermanos. Nos deja el testimonio de la contemplación, que se hace amor, y del amor, que se hace contemplación. Las obras que realizó hablan por sí mismas y manifiestan a los hombres de nuestro tiempo el *alto significado de la vida* que, por desgracia, a menudo parece que se pierde.

Le gustaba repetir: «Servir a los pobres para servir a la vida». La madre Teresa no perdía ocasión para expresar, de cualquier modo, *el amor a la vida*. Sabía por experiencia que la vida cobra todo su valor, aun en medio de dificultades y contradicciones, cuando encuentra el amor. Y siguiendo el Evangelio, se hizo «buen samaritano» de cada una de las personas que encontró, de toda existencia en crisis, dolorida y despreciada.

3. Un lugar especial en el gran corazón de la madre Teresa estaba reservado a *la familia*. «Una familia que reza – dijo con ocasión del I Encuentro mundial de las familias – es una familia feliz». Aún hoy, las palabras de esta inolvidable *madre de los pobres* conservan intacta su fuerza.

«En la familia – observaba ella – las personas se aman como Dios ama: es un amor de comunión. En la familia se experimenta la alegría de amar y de amarse unos a otros. En la familia se debe aprender a rezar juntos. El fruto de la oración es la fe, el fruto de la fe es el amor, el fruto del amor es el servicio y el fruto del servicio es la paz». ¿Cómo no acoger su invitación a fundar el auténtico bienestar y la verdadera felicidad de la familia sobre la sólida base de la oración, del amor y del servicio recíproco? Ojalá que sus consideraciones sean una útil contribución a la preparación del II Encuentro del Papa con las familias, que se celebrará en Río de Janeiro del 2 al 5 del próximo mes de octubre.

Mientras encomendamos al Señor el alma generosa de esta religiosa humilde y fiel, pedimos a la Virgen santa que sostenga y consuele a sus hermanas y a cuantos en el mundo entero la han conocido y amado.



El mensaje de la Misericordia divina

DISCURSO DEL PAPA DURANTE LA VISITA AL SANTUARIO DE LA DIVINA MISERICORDIA, EN LA CIUDAD DE CRACOVIA, SABADO 7 DE JUNIO 1997

1. «*Misericordias Domini in aeternum cantabo*» (Sal 88, 2).

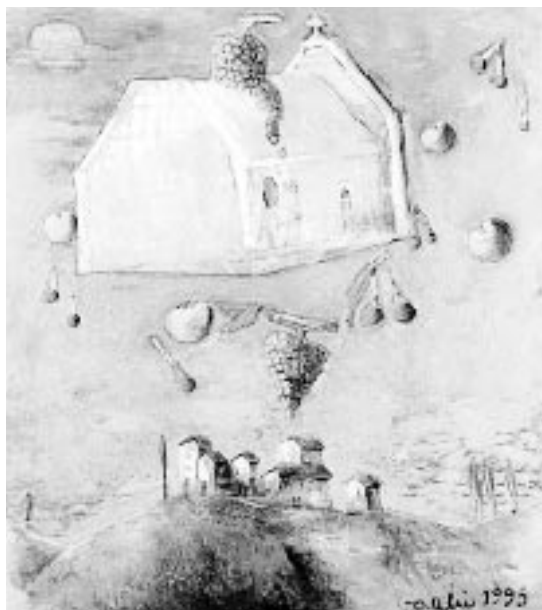
Vengo a este santuario como peregrino para unirme al canto ininterrumpido en honor de la divina Misericordia. Lo había entonado el Salmista del Señor, expresando lo que todas las generaciones conservan y conservarán como fruto preciosísimo de la fe. Nada necesita el hombre como la divina Misericordia: *ese amor que quiere bien, que compadece, que eleva al hombre, por encima de su debilidad, hacia las infinitas alturas de la santidad de Dios.*

En este lugar lo percibimos de modo particular. En efecto, aquí surgió el mensaje de la divina Misericordia que Cristo mismo quiso transmitir a nuestra generación por medio de la beata Faustina. Y se trata de un mensaje claro e inteligible para todos. Cada uno puede venir acá, contemplar este cuadro de Jesús misericordioso, su Corazón que irradia gracias, y escuchar en los más íntimo de su alma lo que oyó la beata. «*No tengas miedo de nada. Yo estoy siempre contigo*» (Diario, cap. II). Y, si responde con sinceridad de corazón: «*¡Jesús, confío en ti!*», encontrará consuelo en todas sus angustias y en todos sus temores. En este diálogo de abandono se establece entre el hombre y Cristo un vínculo particular, que genera amor. Y «en el amor no hay temor – escribe san Juan –; sino que el amor perfecto expulsa el temor» (1 Jn 4, 18).

La Iglesia recoge el mensaje de la Misericordia para llevar con más eficacia a la generación de este fin de milenio y a las futuras *la luz de la esperanza*. Pide incesantemente a Dios misericordia para todos los hombres. «En ningún momento y en ningún período histórico – especialmente en una época tan crítica como la nuestra – la Iglesia puede olvidar la oración, que es un grito a la misericordia de Dios ante las múltiples formas de mal que pesan sobre la humanidad y la amenazan. (...) La conciencia humana cuanto más pierde el sentido del significado mismo de la palabra “misericordia”, sucumbiendo a la secularización; cuanto más se distancia del misterio de la misericordia, alejándose de Dios, tanto más *la Iglesia tiene el derecho y el deber de recurrir al Dios de la misericordia “con poderosos clamores”*» (Dives in misericordia, 15).

Precisamente por esto, en el itinerario de mi peregrinación he incluido también este santuario. Vengo acá para encomendar todas las preocupaciones de la Iglesia y de la humanidad a Cristo misericordioso. En el umbral del tercer milenio, vengo para encomendarle una vez más mi ministerio petrino: «*¡Jesús, confío en ti!*».

Siempre he apreciado y sentido cercano el mensaje de la divina Misericordia. Es como si la historia lo hubiera inscrito en la trágica experiencia de la segunda guerra mundial. En esos años difíciles fue *un apoyo particular y una fuente inagotable de esperanza*, no sólo para los habitantes de Cracovia, sino también para la nación entera. Ésta ha sido también mi experiencia personal, que he llevado conmigo a la Sede de Pedro y que, en cierto sentido, forma la imagen de este pontificado. Doy gracias a la divina Providencia porque me ha concedido contribuir personalmente al cumplimiento de la voluntad de Cristo, mediante la institución de la fiesta de la divina Misericordia. Aquí, ante las reliquias de la beata Faustina Kowalska, doy gracias también por el don de su beatificación. Pido incesantemente a Dios que tenga «*misericordia de nosotros y del mundo entero*».



2. «Bienaventurados los misericordiosos, porque ellos alcanzarán misericordia» (Mt 5,7).

Queridas religiosas, tenéis una vocación extraordinaria. Al elegir de entre vosotras a la beata Faustina, Cristo confió a vuestra congregación la custodia de este lugar y, al mismo tiempo, os ha llamado a un apostolado particular: el de su Misericordia. Os pido: cumplid ese encargo. El hombre de hoy tiene necesidad de vuestro *anuncio de la misericordia* tiene necesidad de vuestras *obras de misericordia* y tiene necesidad de vuestra *oración para alcanzar misericordia*. No descuidéis ninguna de estas dimensiones del apostolado.

Hacedlo en unión con el arzobispo de Cra-

covia, quien tanto valora la devoción a la divina Misericordia, y con toda la comunidad de la Iglesia, que él preside. Que esta obra común dé frutos. Que la divina Misericordia transforme el corazón de los hombres. Que este santuario, conocido ya en muchas partes del mundo, se convierta en centro de un culto de la divina Misericordia que se irradie por toda la Iglesia.

Una vez más, os pido que oréis por las intenciones de la Iglesia y que me sostengáis en mi *ministerio petrino*. Sé que oráis continuamente por esa intención. Os lo agradezco de todo corazón. Todos lo necesitamos mucho: *tertio millennio adveniente*.

De corazón os bendigo a los presentes y a todos los devotos de la divina Misericordia.

Felicito a los que ponen la ley divina «No matarás» por encima de la ley humana

DISCURSO DEL PAPA DURANTE LA VISITA A LA CLINICA CARDIOQUIRURGICA DEL HOSPITAL DE CRACOVIA, 9 DE JUNIO 1997

Queridos hermanos:

1. Me alegra poder visitar, durante mi peregrinación a la patria, el Hospital especializado de Cracovia y bendecir la clínica de cardiología, recién construida. Asimismo, me alegra poder encontrarme, en esta ocasión, con los enfermos y los que los atienden. Vengo a vosotros con emoción y agradezco a la Dirección y a los dependientes esta invitación.

En 1913, el Consejo de la ciudad de Cracovia decidió construir, precisamente aquí, en el Bialy Pradnik, el hospital municipal. La construcción se concluyó cuatro años después. Este año el Hospital celebra su 80° aniversario de existencia y de generoso servicio a los enfermos. ¿Cómo no recordar, en esta circunstancia, a todos los que, poniendo en peligro su salud, se apresuraron a prestar, como buenos samaritanos, ayuda a los que sufrían? Rendimos homenaje sobre todo a quienes pagaron el precio máximo, dando su vida. Algunos, ciertamente, recordamos al doctor Aleksander Wielgus, muerto en 1939 después de contraer la tuberculosis, o a la doctora Sielecka-Meier, que murió por esa misma causa en los primeros años después de la li-

beración. ¿Cómo no recordar también el trabajo de las Esclavas del Sagrado Corazón, realizado con espíritu evangélico? Con su servicio a los enfermos, y con el tributo de su salud, a veces incluso de su vida, escribieron una hermosa página en la historia de este hospital. Aquí, en dos ocasiones, fue curada la beata sor Faustina.

Misión extraordinaria

Ahora este hospital especializado ha sido enriquecido con una nueva clínica de cardiología. Quiero expresar palabras de sincero aprecio a los que la han construido. Es mérito de muchas personas; sería difícil citar aquí los nombres de todas. Demos gracias a Dios por el don del trabajo humano y de la solidaridad humana con el enfermo.

2. «Cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mí me lo hicisteis» (Mt 25, 40).

Con estas palabras de Cristo me dirijo a vosotros, que trabajáis en este hospital y, a través de vosotros, a todos los profesionales de la salud de Polonia. Siento gran aprecio y

respeto por vuestro servicio. Exige espíritu de sacrificio y entrega al enfermo y, por eso, tiene una dimensión profundamente evangélica. En la perspectiva de la fe, vuestro servicio se dirige a Cristo mismo, misteriosamente presente en el hombre que sufre. Por consiguiente, vuestra profesión es digna del máximo respeto. Es una misión de valor extraordinario, cuya mejor definición es la palabra: «vocación».

Sé bien en qué condiciones tan difíciles debéis trabajar a veces. Espero que se resuelvan de modo acertado y justo en Polonia todos los problemas del servicio sanitario, por el bien de los pacientes y de los que los atienden.

Os expreso mi aprecio por este generoso trabajo, realizado con abnegación. En cierto sentido, lleváis sobre vuestros hombros el peso del sufrimiento y del dolor de vuestros hermanos y hermanas, para proporcionarles alivio y devolverles la anhelada salud. Mi aprecio va, en particular, a todos los que permanecen con valentía de parte de la ley divina, que rige la vida humana. Repito una vez más lo que escribí en la encíclica *Evangelium vitae*: «Vuestra profesión os exige ser custodios y servidores de la vida humana. En el contexto cultural y social actual, en que la ciencia y la medicina corren el riesgo de perder su dimensión ética original podéis estar a veces fuertemente tentados de convertirlos en manipuladores de la vida o incluso en agentes de muerte. Ante esta tentación, vuestra responsabilidad ha crecido hoy enormemente y encuentra su inspiración más profunda y su apoyo más fuerte precisamente en la intrínseca e imprescindible dimensión ética de la profesión sanitaria, como ya reconocía el antiguo y siempre actual juramento de Hipócrates, según el cual se exige a cada médico el compromiso de respetar a toda costa la vida humana y su carácter sagrado» (n. 89).

Me alegra que el ambiente médico en Polonia, en su gran mayoría, asuma esa responsabilidad, no sólo curando y sosteniendo la vida, sino también evitando con firmeza realizar acciones que llevarían a su destrucción. Felicito de corazón a los médicos, a los enfermeros y a todos los profesionales del mundo sanitario de Polonia que ponen la ley divina «No matarás» por encima de lo que permite la ley humana. Os felicito por este testimonio que estáis dando, especialmente en tiempos recientes.

Os pido que continuéis con perseverancia y entusiasmo vuestro meritorio deber de servir a la vida en todas sus dimensiones, según vuestras respectivas especializaciones. Mi oración os sostendrá en vuestro servicio.

Sufrir con Cristo

3. A vosotros, queridos enfermos, que participáis en este encuentro, así como a los que no pueden hallarse presentes aquí con nosotros, dirijo palabras de cordial saludo. Cada día trato de estar cercano a vuestros sufrimientos. Puedo decirlo porque conozco bien la experiencia de un lecho de hospital. Precisamente por esto, invoco en mi oración diaria con más insistencia a Dios, *pidiéndole* para vosotros fuerza y salud. Oro para que en vuestro sufrimiento y en vuestra enfermedad no perdáis la esperanza, y para que seáis capaces de poner vuestro dolor al pie de la cruz de Cristo.

Desde el punto de vista humano, la situación de un hombre enfermo es difícil, dolorosa; incluso, a veces, humillante. Pero precisamente por eso estáis de modo particular cerca de Cristo; participáis, en cierto sentido físicamente, en su sacrificio. Tratad de recordarlo. La pasión y la resurrección de nuestro Salvador os ayudarán a esclarecer el misterio de vuestro sufrimiento.

Gracias a vosotros, gracias a vuestra comunión con Cristo crucificado, la Iglesia posee riquezas inestimables en su tesoro espiritual. Gracias a vosotros, los demás pueden participar en ellas. Nada enriquece a los otros más que el don gratuito del sufrimiento. Por eso, recordad siempre, especialmente cuando os sintáis abandonados, que la Iglesia, el mundo y nuestra patria tienen gran necesidad de vosotros. Recordad también que el Papa tiene necesidad de vosotros.

Debo admitir que durante los 58 años que viví en Polonia tuve pocas experiencias en hospitales. Sólo de niño, porque mi hermano mayor era médico, y luego a causa de un accidente que sufrí hacia el final de la guerra. Ninguna más. En Roma he tenido muchas más experiencias. Al menos cuatro veces he visitado el hospital policlínico Gemelli, por unos días o por algunas semanas. Lo puede atestiguar el doctor Buzzonetti, que me acompaña en este viaje.

Para terminar, quiero decir a todos que he anhelado mucho celebrar este encuentro. No podía faltar en mi itinerario de peregrino. Pido a Dios que la fuerza de la fe os sostenga en estos difíciles momentos de vuestra vida, llenos de dolor. Le pido que la luz del Espíritu Santo os ayude a descubrir que el sufrimiento ennoblecido por el amor «es un bien ante el cual la Iglesia se inclina con veneración, con toda la profundidad de su fe en la redención» (*Salvifici doloris*, 24). Encomendando a Dios a todos los enfermos y a los que los atienden, os bendigo a todos de corazón.

La familia, lugar de amor, debe ser la mejor colaboradora de la ciencia al servicio de la salud

DISCURSO DEL PAPA A LOS PARTICIPANTES EN UN CONGRESO ORGANIZADO POR EL CONSEJO PONTIFICIO PARA LA FAMILIA, VIERNES 13 DE JUNIO 1997.

Señor cardenal; amadísimos hermanos en el episcopado; ilustres señoras y señores.

Me es muy grato recibirlos, distinguidos participantes en el Encuentro de estos días sobre «La familia ante las alteraciones cerebrales de sus hijos». En primer lugar, deseo agradecer las amables palabras del señor cardenal Alfonso López Trujillo, Presidente del Pontificio Consejo para la Familia, que junto con la benemérita institución CEFAES (Centro de educación familiar especial) ha promovido tan laudable iniciativa, en unión también con el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, cuyo Presidente, monseñor Javier Lozano Barragán, participa también en esta audiencia.

La familia, como ámbito integrador de todos sus miembros, es una comunidad solidaria en donde el amor se hace más responsable y solícito aún ante quienes, por su especial situación, necesitan una atención más cercana, paciente y cariñosa, por parte de todos los miembros y más concretamente de los padres. En el seno de la sociedad hay todo un conjunto de tareas o de mediaciones sociales que la familia puede y debe desarrollar con particular competencia y eficacia, en *unión* con otras instituciones. Con frecuencia la participación de la familia como sujeto social abre muchas puertas y crea fundadas esperanzas para la recuperación de los propios hijos. Este es el ámbito preciso que vosotros estáis afrontando, con la colaboración de in-

vestigadores, expertos y personas comprometidas en este campo. Por eso me complace alentar vuestro trabajo y preocupación que os anima por ayudar a las familias en tales necesidades.

La familia; lugar del amor y solicitud por los miembros más necesitados, puede y debe ser la mejor colaboradora para la ciencia y la técnica al servicio de la salud. A veces algunas familias se ven puestas a prueba – a dura prueba – cuando llegan hijos con alteraciones cerebrales. Estas son situaciones que requieren de los padres y de los demás miembros de la familia una fortaleza y una solidaridad especial.

El Señor de la vida acompaña a las familias que acogen y aman a sus hijos con alteraciones cerebrales serias, y que saben cuán grande es su dignidad. Reconocen también que el origen de su dignidad de personas humanas está en ser hijos predilectos de Dios, que los ama personalmente y con amor eterno. Sustentada y protegida por el amor divino, la familia se convierte en lugar de entrega y esperanza en la que todos los miembros hacen converger sus energías y cuidados para el bien de los hijos necesitados. En efecto, vosotros sois testigos privilegiados y testimonio, a la vez, de todo lo que puede lograr el verdadero amor.

Como muestran los programas que se están llevando a cabo en diversas naciones – por ejemplo el programa «Leopoldo» –, tras una atención paciente, laboriosa y bien dispuesta a las posibilidades que ofrece la ciencia en el seno mismo de las familias, se obtienen logros sorprendentes de recuperación de niños nacidos ciegos, sordos y mudos. Es como un milagro del amor que sólo permite el desarrollo cerebral progresivo sino que sitúa al hijo en el centro de sus atenciones. Con esa ayuda y con la colaboración de todos crece esta comunidad de amor y de vida que es la familia, formada en la presencia y bajo la mirada paterna de Dios. Desde El llegan a tantos hogares nuevas energías en el dolor y serenidad en el sufrimiento, para acoger la enfermedad y, en no pocos casos, buscar los remedios y recursos más adecuados.

La familia es una comunidad insustituible



para estas situaciones, y no únicamente por los costos ingentes que ciertos cuidados requieren de las instituciones de salud, sino por la calidad, el talante y la ternura de los cuidados solícitos que sólo los padres saben brindar abnegadamente a sus hijos. Estas familias, sin ser sustituidas en la atención de los hijos, deberían recibir de la comunidad circundante y de toda la sociedad las ayudas necesarias para hacer más efectiva dicha atención. En este sentido se ha de destacar la importancia de las asociaciones de padres que miran a poner en común experiencias, ayudas y medios técnicos al servicio de las familias con tales necesidades.

Programas y acciones como las que lleváis entre manos, contando con el apoyo de la Iglesia, son una prolongación del Evangelio

de la vida desde la familia misma. Seguid, por tanto, fijando vuestra mirada en el hogar de Nazaret, cuyo centro era el Niño Dios. En efecto, en la sagrada Familia tampoco estuvo ausente la espada del dolor (cf. *Lc 2, 35*), iluminado por la esperanza que viene de lo alto. Como María, que con alma contemplativa conservaba y ponderaba todo en su corazón (cf. *Lc 2, 19.51*), obediente a la voluntad de Dios, también vosotros, con fe y caridad ardientes, llevad la esperanza a tantas otras familias, con vuestro compromiso y experiencia.

Con estos vivos sentimientos e invocando abundantes dones del Señor sobre vuestras personas y vuestras actividades en este ámbito tan importante de la vida familiar, os imparto con afecto la bendición apostólica.

La civilización del amor Las «Comunidades del Arca», fundadas por Jean Vanier, atienden a disminuidos psíquicos

DISCURSO DEL PAPA DURANTE LA CEREMONIA DE ENTREGA DEL «PREMIO INTERNACIONAL PABLO VI» AL SEÑOR JEAN VANIER, 19 DE JUNIO 1997.

Señores cardenales; amadísimos hermanos y hermanas:

1. Os saludo cordialmente a todos vosotros, aquí reunidos para la entrega del premio que el Instituto Pablo VI de Brescia confiere en memoria de mi venerado predecesor, que nació en Concesio, precisamente hace cien años. Se trata de un premio que hasta ahora ha sido otorgado principalmente a personalidades del mundo de la cultura y del arte. Este año es conferido, por primera vez, a un representante del mundo católico, que está comprometido activamente – también con motivada inspiración teórica – en el campo de la formación humana y de la caridad, y me alegra particularmente entregarlo personalmente al señor Jean Vanier, fundador de las Comunidades del Arca. El es un gran intérprete de la cultura de la solidaridad y de la «civilización del amor», tanto en el ámbito del pensamiento como en el de la acción, y en el compromiso en favor del desarrollo integral de cada hombre y de todo el hombre.

Ya dos veces, en 1984 y en 1987, tuve el placer de acoger al señor Vanier aquí en el Vaticano, junto con representantes de las comunidades que ha fundado. Esta circunstancia es muy apropiada para expresar la grati-

tud de la Iglesia por una obra que, con apreciado estilo evangélico, acompaña a las personas minusválidas, brindándoles un servicio social original y, al mismo tiempo, un testimonio cristiano elocuente.

Saludo al querido obispo de Brescia, monseñor Bruno Foresti, y le agradezco las palabras que acaba de dirigirme. Doy la bienvenida a los responsables del Instituto Pablo VI y, de modo particular, a su presidente, el doctor Giuseppe Camadini, y al arzobispo Pasquale Macchi, que estuvo tan cercano al Pa-



pa Pablo VI. Renuevo a todos mi aprecio por las múltiples iniciativas promovidas por ese benemérito Instituto y, en especial, por este premio, que en cierto modo prolonga la singular atención del siervo de Dios Pablo VI hacia las personalidades que el hombre contemporáneo reconoce como «maestro», porque son ante todo «testigos» (cf. *Evangelii nuntiandi*, 41).

En la motivación de la actual edición del premio se hace referencia oportunamente a la encíclica *Populorum progressio*, que el Papa Pablo VI promulgó hace treinta años, llamando la atención de todos a las exigencias espirituales y morales del auténtico desarrollo. Hoy, mientras se confiere un importante galardón a Jean Vanier y a las Comunidades del Arca, damos gracias a Dios porque hace nacer y crecer en su Iglesia signos concretos de esperanza, que muestran que es posible realizar las bienaventuranzas evangélicas en la vida diaria, incluso en situaciones a veces complejas y difíciles.

Un mensaje elocuente

2. En un mensaje dirigido a un grupo de peregrinos de la asociación «Foi et Lumière» que habían venido a Roma en 1975 para el Año santo, Pablo VI escribió que la atención prestada a las personas minusválidas es «la prueba más significativa de una familia plenamente humana, de una sociedad totalmente civilizada y, *a fortiori*, de una Iglesia auténticamente cristiana» (*L'Osservatore Romano*, edición en lengua española, 9 de noviembre de 1975, p. 9).

Por el camino que ha recorrido durante más de treinta años, tal como ha recordado el presidente del Instituto Pablo VI, el Arca se



ha transformado en *un germen providencial de la civilización del amor*, un germen verdadero, que entraña un dinamismo evidente. Se observa a través de su notable expansión en numerosas regiones del mundo. En efecto, está presente en veintiocho países de los cinco continentes. Sin embargo, no se limita a la filantropía ni a una simple asistencia. A pesar de su crecimiento y difusión, el Arca ha sabido conservar el estilo de sus orígenes, un estilo de apertura y comunión, de atención y escucha, que considera siempre al otro como una persona a la que hay que acoger y respetar profundamente.

Sin duda alguna, esto deriva de la *dimensión espiritual* que el señor Jean Vanier ha sabido poner siempre en el centro de la comunidad del Arca. Es un mensaje elocuente para nuestro tiempo, sediento de solidaridad, pero sobre todo de espiritualidad auténtica y profunda.

A este respecto, ¿cómo no pensar espontáneamente en el padre Thomas Philippe, dominico, que inspiró y alentó al señor Vanier a seguir el camino al que el Señor lo llamaba? Después, lo acompañó siempre con su oración y su presencia. A él, que vive ahora en el «Arca del cielo», le rendimos hoy un ferviente homenaje de gratitud.

¿Y cómo no evocar a todos los hombres y mujeres que han prestado a las diferentes comunidades del Arca su servicio silencioso y generoso? El premio otorgado hoy corresponde, al mismo tiempo, a todas esas personas. Honra también, y sobre todo, a las personas minusválidas, desde las dos primeras que acogió el señor Jean Vanier, hasta el gran número que atiende actualmente el Arca. En efecto, ellos son los protagonistas principales del Arca, pues, con fe, paciencia y fraternidad, hacen de ella un signo de esperanza y un testimonio gozoso de la redención.

Aliviar los sufrimientos

3. Mientras me congratulo vivamente con el señor Jean Vanier, formulo votos para que la obra que ha fundado – en su conjunto y en cada comunidad – vaya siempre acompañada por la luz y la fuerza del Espíritu Santo, a fin de responder adecuadamente al proyecto del Señor, aliviando así los sufrimientos y las necesidades de tantos hermanos y hermanas.

Para este fin invoco la protección constante de María santísima, y os imparto de corazón una especial bendición apostólica a todos vosotros y, de modo particular, al Instituto Pablo VI, así como al fundador y a los miembros del Arca.

Caminar llevando la cruz gloriosa de Cristo, única esperanza de vida para la humanidad

DISCURSO DEL PAPA A LOS MIEMBROS DEL «CENTRO VOLUNTARIOS DEL SUFRIMIENTO», SABADO 6 DE SEPTIEMBRE 1997

Amadísimos hermanos y hermanas; hermanos en el episcopado:

1. Me alegra particularmente este encuentro y os doy a cada uno mi más cordial saludo, con especial afecto a los que, afrontando las molestias del viaje, no han querido faltar a esta cita, a pesar de venir de muy lejos.

Recordáis este año el 50º aniversario de vuestra benemérita asociación, que nació en Roma por obra del siervo de Dios monseñor Luigi Novarese, con la ayuda de la señorita Elvira Myriam Psorulla, a quien agradezco las palabras con que se ha hecho intérprete de los sentimientos de todos los presentes. Ella ha querido reafirmar el propósito de toda la asociación de servir a Cristo en los que sufren, mediante una singular obra de evangelización y catequesis, en la que destaca la acción personal y directa de los mismos minusválidos.

Está presente espiritualmente entre nosotros monseñor Novarese, quien seguramente sigue acompañando desde el cielo esta obra, que brotó de su corazón sacerdotal. Juntamente con él están espiritualmente cercanos todos los «voluntarios del sufrimiento» que, a lo largo de este medio siglo, han abandonado este mundo, llevando consigo el viático de la participación en el misterio de la cruz de Cristo.

Un apostolado muy valioso

2. Vuestra asociación tuvo como primer núcleo la Liga sacerdotal mariana, fundada en el año 1943. Con esa iniciativa monseñor Novarese quería corresponder a lo que la Virgen había pedido en las apariciones de Lourdes y Fátima. Asimismo, deseaba seguir la invitación de mi venerado predecesor Pío XII sobre la consagración del mundo al Corazón inmaculado de María.

Era consciente de que María misma, unida a su Hijo divino al pie de la cruz, nos enseña a vivir el sufrimiento con Cristo y en Cristo, con el poder de amor del Espíritu Santo. *María es la primera y perfecta «voluntaria del sufrimiento»*, que une su propio dolor al sacrificio de su Hijo, para que adquiera un

sentido de redención.

De esta matriz mariana habéis nacido vosotros, queridos «voluntarios del sufrimiento», que realizáis un apostolado muy valioso en la comunidad cristiana. Os insertáis en el gran movimiento de renovación eclesial que, fiel al Concilio Vaticano II y atento a los signos de los tiempos, encontró nuevas energías para trabajar con valentía en el campo de la evangelización en un ámbito – el del sufrimiento – ciertamente no fácil y lleno de interrogantes.

Esta vuestra orientación pastoral encontró una confirmación en la exhortación apostólica *Christifideles laici*, la cual, a propósito de la «acción pastoral para y con los enfermos y los que sufren», afirma: «Al enfermo, al minusválido, al que sufre, no (se le ha de considerar) simplemente como término del amor y del servicio de la Iglesia, sino más bien como *sujeto activo y responsable de la obra de evangelización y de salvación*» (n. 54).

Con ocasión del Año santo de la Redención, yo mismo quise ofrecer a la Iglesia, con la carta apostólica *Salvifici doloris*, una meditación sobre el valor salvífico del dolor humano (cf. AAS 76, 1984; *L'Osservatore Romano*, edición en lengua española, 19 de febrero de 1984, pp. 9-16) y os doy las gracias porque habéis contribuido a difundir este mensaje, no sólo con palabras, sino también con el silencioso testimonio de vuestra vida.



Sufrimiento y alegría

3. Amadísimos hermanos y hermanas, vuestra responsable, interpretando la actitud que tomaría hoy el fundador, ha expresado la promesa de *colaborar* intensamente con la oración y el sacrificio *en la preparación del gran Jubileo del Año 2000*. Gracias por esta contribución, tan útil y valiosa.

La palabra *jubileo* sugiere la idea de alegría, de júbilo y, por tanto, a primera vista, podría parecer en contraste con la condición de quien sufre. En realidad sería así si se limitara a una consideración puramente humana. Pero, en la perspectiva de la fe, se comprende que no hay resurrección sin cruz. Así se entiende que el sufrimiento puede ir unido a la alegría, y, más aún, que sólo con el signo de la cruz se puede llegar a la verdadera y consoladora alegría cristiana. No puede existir auténtica *preparación para el jubileo* si no se asume en el itinerario espiritual también la *experiencia del sufrimiento*, en sus diferentes formas.

La madre Teresa de Calcuta

4. Los grandes objetivos que la Iglesia nos propone en estos tres años de camino hacia el gran acontecimiento jubilar no se pueden alcanzar sin el sacrificio personal y comunitario de los cristianos, en unión con el único sacrificio redentor de Cristo. A este respecto, vuestra asociación puede dar una aportación específica, ayudando a los fieles que atraviesan pruebas a no sentirse excluidos de la peregrinación espiritual hacia el Año 2000, sino, al contrario, *a caminar en primera fila*, llevando la cruz gloriosa de Cristo, única esperanza de vida para la humanidad de todo tiempo.

Ejemplo extraordinario de esta silenciosa misión de caridad, que nace de la constante contemplación de Jesús en la cruz, es la madre Teresa de Calcuta, que precisamente ayer volvió a la casa del Padre. Esta mañana celebré con íntima conmoción la santa misa por ella, inolvidable testigo de un amor hecho servicio concreto e incesante a los hermanos más pobres y marginados. En el rostro de los miserables reconoció el de Jesús, que desde la altura de la cruz imploró: «Tengo sed». Y, con generosa entrega, escuchó ese grito de los labios y del corazón de los moribundos, de los niños abandonados, de los hombres y mujeres abrumados por el peso del sufrimiento y de la soledad.

Recorriendo de forma incansable los caminos del mundo entero, la madre Teresa ha marcado la historia de nuestro siglo: ha defendido con denuedo la vida; ha servido a todo ser humano, promoviendo siempre su dignidad y su respeto; a los «derrotados de la vida» les ha hecho sentir la ternura de Dios, Padre amoroso de cada una de sus criaturas. Ha dado testimonio del evangelio de la caridad, que se alimenta con el don gratuito de sí mismo hasta la muerte. Así la recordamos, invocando para ella el premio reservado a todo fiel servidor del reino de Dios. ¡Ojalá que su luminoso ejemplo de caridad sirva de consuelo y de estímulo a su familia espiritual, a la Iglesia y a la humanidad entera!

Amadísimos hermanos y hermanas, os agradezco una vez más este encuentro de fiesta y espero que la actividad de vuestra asociación se beneficie de este 50º aniversario. Implorando la maternal protección de la Virgen María, de corazón os imparto una bendición apostólica especial a los presentes y a todos los voluntarios del sufrimiento, así como a los Obreros silenciosos de la cruz y a los miembros de la Liga sacerdotal mariana.



argumentos



*El papel pastoral
del obispo diocesano
en la pastoral sanitaria
católica*

La clonación humana

*Documento
sobre los derechos
del enfermo anciano*

*Exigencias de la salud
y moralidad. Paradigma
de la salud en la OMS*

El papel pastoral del obispo diocesano en la pastoral sanitaria católica

DECLARACION DEL COMITÉ ADMINISTRATIVO DE LA CONFERENCIA NACIONAL DE LOS OBISPOS CATOLICOS DE ESTADOS UNIDOS (NCCB)

La presente declaración ha sido redactada por la *NCCB Ad Hoc Committee on Health Care Issues* y otros organismos de la Iglesia, con el fin de ofrecer una respuesta a las preocupaciones de los obispos, de los sponsors y demás responsables católicos de la salud, para mantener y reforzar la presencia católica en el campo sanitario sometido a rápidos cambios. El documento ha sido desarrollado con la colaboración del *Committee on Canonical Affairs* luego de haber consultado la *National Coalition on Catholic Health Care Ministry* y expertos en el campo de la ley canónica, teológica y sanitaria.

En marzo de 1997, el *Administrative Committee* de la Conferencia Nacional de los Obispos Católicos ha aprobado la publicación de *El papel pastoral del Obispo diocesano en la pastoral sanitaria católica*. El suscrito ha autorizado la publicación de la Declaración.

Mons. DENNIS M. SCHNURR,
Secretario General NCCB/USCC

25 de marzo de 1997

La asistencia sanitaria católica participa en la actividad apostólica de la iglesia local como expresión del ministerio de curación de Cristo. Hablando a la dirección sanitaria católica durante la visita realizada en 1987 en Estados Unidos, Juan Pablo II dijo: "Vuestro ministerio de asistencia sanitaria... es uno de los apostolados más vitales de la comunidad eclesial y uno de los servicios más significativos que la Iglesia católica ofrece a la sociedad en nombre de Jesucristo" (*Originis* 17 (1987), 292). La Iglesia goza de una tradición llena de gracia al ofrecer una asistencia sanitaria calificada en los Estados Unidos.

El contexto evangélico de la asistencia sanitaria

La Iglesia católica está comprometida en la asistencia sanitaria ya que considera que la atención al enfermo representa una parte importante del mandato de servicio de Cristo. Las narraciones evangélicas sobre el ministerio de Jesús nos hacen ver sus obras de sanación. Los Evangelios están llenos de ejemplos de Jesús que cura muchas enfermedades y dolencias. En una narración se describe la misión de nuestro Señor como el cumplimiento de la profecía de Isaías: "*El tomó nuestras flaquezas y cargó con nuestras enfermedades*" (*Mt* 8, 17; cf. *Is* 53, 4).

Siendo la obra principal de Cristo redimirnos del pecado y de la muerte, el resanamiento que El nos ha traído ha ido más allá de la simple sanación de las afecciones físicas. Su compasión por los pobres, por los enfermos y los necesitados se enmarca en su misión de redención y de salvación. Cristo ha tocado a los hombres en lo más profundo de su ser. En cuanto fuente de cuidado y de bienestar físico, mental y espiritual, El ha definido su obra como aportadora de la vida en abundancia.

Para los cristianos, el cuidado de los enfermos y el mantenimiento de la salud están comprendidos en el contexto del ejemplo de Cristo. Por tanto, para comprender el importante papel desarrollado por la Iglesia católica en la asistencia sanitaria a lo largo de los siglos, debemos tener en cuenta la fe de quienes han tratado de imitar el amor, la misericordia y la solicitud de Jesús. Sólo el amor cristiano anima la asistencia sanitaria en la Iglesia. La atención y los actos de misericordia que lo componen, son vistos como la continuación de la misión de Cristo que

se vuelve posible mediante su gracia que da la vida. Es en este contexto de fe, de esperanza y de amor que ha nacido la pastoral sanitaria católica.

Desde el punto de vista histórico, el desarrollo de la pastoral sanitaria católica en nuestro país ha sido algo peculiar de las comunidades religiosas. No obstante la existencia de muchas organizaciones de asistencia sanitaria apoyadas por diferentes diócesis, comunidades de religiosos u otras asociaciones de fieles, la mayoría de las instituciones sanitarias católicas han sido promovidas y dirigidas por comunidades de religiosas para quienes este ministerio es parte integrante de su carisma. En todas las iglesias diocesanas de este país, la pastoral de la salud ha iniciado y es alimentada y sostenida por el empeño de fe de las religiosas. Sus esfuerzos han dado lugar a un extraordinario número de instituciones sanitarias que reflejan y encarnan la atención de la Iglesia y el amor de Cristo por los enfermos.

Retos y oportunidades

La pastoral sanitaria católica en los Estados Unidos está atravesando un momento crítico en su historia. Entre los cambios que han contribuido a esta situación tenemos: el hecho que la dispensación de la asistencia sanitaria no se concentra sobre todo en el hospital; el desarrollo de redes de atención integrada; el traslado de riesgo de los aseguradores a los *providers* a través de la cuidadosa gestión de la asistencia y de la capitación; el aumento de las asociaciones institucionales; la reducción del personal para disminuir los costos.

El reto del momento es cómo estructurar mejor las orga-

nizaciones sanitarias católicas para responder eficazmente a estos desarrollos y a las necesidades futuras. Las presiones del mercado empujan regularmente a los responsables católicos de la salud y a los demás responsables a una reorganización y a una restructuración importante de sus organizaciones esforzándose para seguir siendo parte – importante – en el ofrecimiento de cuidados sanitarios, hoy.

Esto no sólo representa un momento de desafío sino también de oportunidad para la sanidad católica. Según un reciente documento de nuestro *Ad Hoc Committee on Health Care Issues*, redactado en colaboración con otros organismos de la Iglesia, *La responsabilidad del Obispo diocesano en el reforzamiento de la pastoral sanitaria* (1996), en cuanto obispos diocesanos nosotros debemos captar la oportunidad de “iniciar y coordinar la cooperación entre las instituciones para el cuidado de los enfermos graves, los servicios de enfermería, de rehabilitación y cuidados a largo plazo, las clínicas, las obras de caridad, las agencias de servicio social, las parroquias, las escuelas y los programas educativos religiosos”.

Responsabilidad del Obispo

Al ser expresión del ministerio de sanación de Jesucristo, la asistencia sanitaria católica participa como ministerio eclesial en la misión apostólica de la Iglesia con el mismo alcance de los demás ministerios. Las diferentes y complejas estructuras empleadas para desarrollar dicho ministerio son una preocupación particular de los institutos religiosos, de los miembros y de otros responsables de este ministerio comunitario. Pero la pastoral involucra necesariamente al Obispo diocesano sobre quien recae la responsabilidad de la Iglesia local y el ejercicio de cada ministerio dentro de ella. De conformidad con el Código de Derecho Canónico y toda ley particular que legítimamente puede promulgar, el Obispo tiene el derecho de

ejercer su autoridad sobre todos los apostolados de su diócesis, incluido el de la asistencia sanitaria. Los agentes que animan los apostolados, incluida la asistencia sanitaria, deben reconocer la autoridad y el papel del Obispo, según la enseñanza del Concilio Vaticano II y la ley universal de la Iglesia (p.e. ver *Lumen Gentium* 20; *Christus Dominus*, 11; *Can.* 394 §1; *Can.* 216; *Can.* 223, §2; *Can.* 375; *Can.* 381 §1; *Can.* 392; 678; *Can.* 680).

El papel pastoral del Obispo diocesano en la pastoral de la salud se expresa de varias maneras. En su calidad de maestro principal, el Obispo promueve apertura y receptividad al esplendor de la verdad, pro-



clamando la enseñanza de la Iglesia y asegurando la integridad moral y doctrinal de la asistencia sanitaria católica (*LG* 23; *Can.* 753; 756; cf. *Veritatis splendor*, 4). En la función de santificar, él ejerce su ministerio asegurando la celebración de los sacramentos a los enfermos en las instituciones sanitarias de la diócesis y en las parroquias (*Sacrosanctum Concilium* 22; *Can.* 835; 771, §1). Como pastor, el Obispo gobierna la iglesia particular en la forma que considera adecuada para coordinar los ministerios de sanación en favor del bien común (*Can.* 394, §1; 22, §2).

En el campo del gobierno pastoral, las responsabilidades del Obispo varían según el estado canónico de las organizaciones sanitarias, de los responsables y de las cuestiones canónicas en causa. En lo que se refiere a todas las instituciones católicas de la diócesis, es responsabilidad del Obispo asegurar la integridad doctrinal y moral en el testimonio y en la práctica de cada institu-

ción. Asimismo, es responsabilidad del obispo diocesano, en cooperación con los religiosos y con quienes están implicados en la pastoral de la salud, asegurar que se mantenga y se refuerce la identidad católica de todas las organizaciones sanitarias. En fin, es responsabilidad del Obispo diocesano coordinar las diferentes formas de apostolado en la diócesis, tratando de conservar la índole propia de cada una (*Can.* 394, §1), promoviendo así esta unidad en la diversidad que caracteriza a la verdadera comunión eclesial.

Recientes desarrollos en la dispensación de los servicios sanitarios, particularmente de aquellos que comportan modificaciones sustanciales en el estado canónico y corporativo de una organización sanitaria católica, a menudo dan lugar a problemas sobre la aplicabilidad de las leyes de la Iglesia en materia de administración de bienes temporales, de la transferencia de las propiedades de la Iglesia, del cumplimiento de las intenciones de los fundadores, benefactores y bienhechores, y del efectivo control de una organización sanitaria católica. El Obispo diocesano, los sponsors y los demás responsables deben valorar la aplicabilidad de dichas leyes y las propuestas de modificaciones a la luz de la identidad católica y de las respectivas leyes de la Iglesia. El diálogo en dichas materias es muy fructífero y debería realizarse desde los primeros estadios, cuando se considera que un programa particular, afiliación o relación puede afectar sustancialmente a la misión, a la identidad católica o al estado canónico y corporativo de una organización sanitaria católica.

Favorecer la colaboración

Es esencial la colaboración entre todos los que están comprometidos en la pastoral sanitaria católica, incluidas las entidades sociales católicas como las *Catholic Charities*, ya que los obispos, los sponsors y los demás responsables se acercan a este ministerio pas-

toral desde perspectivas que se complementan según los diferentes niveles de su compromiso en el ministerio y de sus diferentes responsabilidades en los apostolados de la Iglesia local. El Obispo diocesano se encuentra en una posición privilegiada para favorecer esta colaboración y tiene el deber canónico de hacerlo. Como afirma el primer párrafo de la mencionada declaración de nuestro *Ad hoc Committee – La responsabilidad del Obispo diocesano para reforzar la pastoral de la salud* – “en la pastoral católica de la salud, hay actualmente un renovado empeño a la cooperación y colaboración entre los obispos, sponsors y responsables sanitarios. Desean poner en común los inmensos recursos espirituales y materiales colocados en este ministerio con el fin de asegurar su futura viabilidad y eficacia. Recientes desarrollos – especialmente las iniciativas del New Covenant que ha reunido a los obispos, sponsor y responsables en un esfuerzo sin precedentes para animar una mayor colaboración entre quienes dispensan la asistencia sanitaria católica a nivel nacional – han creado un ambiente particularmente favorable para el ejercicio de la dirección episcopal en este campo”.

La guía del Obispo diocesano es bien ejercida si se realiza en colaboración con sponsors u otros responsables que consagran sus energías en la pastoral de la salud con ejemplar consistencia y vigor y que, junto con el Obispo, tratan de asegurar la continuidad de este vital ministerio en un ambiente sometido a cambios cada vez más rápidos.

Los superiores religiosos, los sponsors y los demás responsables de nuestros sistemas sanitarios católicos han iniciado una serie de programas creativos para hacer frente a los desarrollos de la industria sanitaria nacional con un directo impacto sobre la dispensación institucional de la asistencia sanitaria católica en los Estados Unidos. En el ejercicio de su papel pastoral en la pastoral católica de la salud, se anima a los Obispos diocesanos para

que inviten a los religiosos y a los demás responsables a unir sus esfuerzos para sostener y estimular aquellas iniciativas que preserven y extiendan la pastoral sanitaria y aseguren la identidad católica. Una importante iniciativa que tiende a promover esta colaboración es la *National Coalition on Catholic Health Care Ministry* que reúne a representantes de Obispos, religiosos y otros responsables de la salud para desarrollar una visión común de la asistencia sanitaria en los Estados Unidos.

Problemas relacionados con la colaboración y la coordinación

Dada la complejidad de los nuevos desarrollos que es preciso afrontar en el campo sanitario y las competencias entrelazadas por respetar, el efectivo ejercicio de la responsabilidad pastoral del Obispo diocesano en la pastoral sanitaria presupone la comunicación y el diálogo entre las personas que están comprometidas en este ministerio. Este acercamiento reforzará la presencia católica en el campo de la asistencia sanitaria y, al mismo tiempo, contribuirá a la comunión eclesial de la iglesia local.

Al respecto, la actividad apostólica de los Institutos religiosos refleja un importante elemento de esta comunión (*LG 44; CD 35; Can. 675, 681 §1; v. también Vita consecrata 48-49*). El Código de Derecho Canónico establece las directivas sobre las relaciones del obispo diocesano con sus superiores religiosos para coordinar este tipo de actividad apostólica: “Los religiosos están sujetos a la autoridad de los Obispos, a quienes deben respetar con devoción y reverencia, en lo que concierne al cuidado de las almas, al ejercicio público del culto divino y las demás obras de apostolado” (*Can. 678, §1*). Al mismo tiempo, “en el ejercicio del apostolado externo los religiosos están sujetos también a sus Superiores y deben mantenerse fieles a la disciplina del Instituto; los mismos Obispos no

dejen de animar, cuando fuere necesario, dicha obligación” (*Can 678, §2*). Por esta razón, “al organizar las actividades apostólicas de los religiosos, es necesario que los obispos diocesanos y los Superiores religiosos sigan un plan de entendimiento recíproco” (*Can 678, §3*).

La responsabilidad del Obispo diocesano incluye no sólo el apostolado de la asistencia sanitaria desarrollado por los religiosos de derecho diocesano y pontificio sino también por aquellos iniciados y dirigidos por los laicos. El Obispo diocesano, por tanto, puede animar ese tipo de colaboración entre estas obras de apostolado que refuerce la pastoral sanitaria y garantice que sean dirigidas de conformidad con la enseñanza moral de la Iglesia. De este modo, el Obispo diocesano cumplirá con su responsabilidad de vigilar sobre la identidad católica de cada individuo o grupo que trabaje en su diócesis.

Con la finalidad de proporcionar una base común para la colaboración y el diálogo, el Obispo diocesano y su staff deberían hacer lo posible para estar al tanto de la complejidad del ambiente sanitario actual, mientras los sponsors, los administradores y los miembros directivos deben desarrollar un conocimiento básico de los principios doctrinales, pastorales y canónicos conexos con la dispensación de la asistencia sanitaria católica.

Como afirman las *Directivas éticas y religiosas para los servicios sanitarios católicos*, un importante sujeto de diálogo entre los obispos, sponsors y demás responsables es la verificación de las asociaciones “relacionadas con la misión o la identidad religiosa y ética de los servicios institucionales sanitarios católicos” (*Directiva 68*). Los sponsors y los demás responsables pueden proporcionar una gran ayuda al Obispo diocesano en el ejercicio de su responsabilidad proporcionando informaciones adecuadas e inmediatas acerca de las asociaciones en vías de desarrollo. La Directiva 68 afirma también que “cuando se desarrollan dichas asocia-

ciones, deben estar involucrados los Obispos diocesanos y las demás autoridades eclesiales y el obispo diocesano debe otorgar su respectiva autorización antes de que sean completadas”.

El Obispo, los sponsors y los demás responsables de la asistencia sanitaria católica deberían dar la absoluta prioridad a programas, alianzas, corporaciones u otras asociaciones de las organizaciones sanitarias católicas en la diócesis o con otras diócesis. Dicha colaboración debe servir para defender y reforzar el bienestar individual y colectivo de la pastoral, así como contribuir a la plena realización de la comunión eclesial. Cuando la colaboración con los *providers* no católicos fuese considerada oportuna para sostener y valorar el ministerio, el obispo debe ser consultado y, si fuere necesario, se debe obtener su aprobación de conformidad con la ley canónica.

Cuando la colaboración es considerada esencial para la vitalidad y la supervivencia, a menudo los acuerdos de cooperación en el mercado sanitario actual sobrepasan los límites territoriales diocesanos. El diálogo necesario debe unir a los Obispos, sponsors y demás responsables por encima de las diócesis y de los Estados. Es ausplicable que en la búsqueda del bien común para los Obispos diocesanos, con el parecer de los sponsors y demás responsables, especialmente en las diócesis limítrofes y donde las organizaciones sanitarias católicas pertenecen a sistemas que sobrepasan los confines diocesanos, contribuyan en el límite de lo posible para promover válidas políticas diocesanas en la supervisión de los apostolados sanitarios de sus diócesis. La consulta y la colaboración de los Obispos diocesanos a niveles provinciales y regionales aumentan las ocasiones de éxito entre las nuevas asociaciones en el apostolado. Políticas contrarias o contradictorias entre obispos confinantes pueden desviar a las personas y dejar de ofrecer un servicio al ministerio de toda la Iglesia. Por otro lado, cuando dos o más

iglesias particulares se unen en un esfuerzo común, dan testimonio de la catolicidad de toda la Iglesia (LG 23; CD 37).

Directivas y procedimientos diocesanos

Particulares directivas o procedimientos diocesanos, a menudo definidos como protocolos diocesanos, desarrollados en el diálogo con los religiosos, responsables y con asesores con necesarios conocimientos legales, canónicos y teológicos, son útiles para valorar nuevas formas de pastoral sanitaria. Los procedimientos deberían ser tales que aseguren un acercamiento a los desafíos y oportunidades puestos en el ambiente sanitario actual. La forma que estos procedimientos o directivas asuman, dependerá de varios factores entre los cuales: la dimensión de la diócesis, la diversidad de las entidades que sostienen, el nivel del compromiso de la Iglesia en la dispensación de la asistencia sanitaria en el área local y el grado en que convergen los intereses multinacionales y multidiocesanos cuando dispensan esta asistencia. Generalmente, dichos procedimientos deben proporcionar una guía para un acercamiento sólido ante la variedad de circunstancias que pueden surgir cuando se persiguen y desarrollan nuevos acuerdos de colaboración que influyen en la identidad católica de los *providers*.

Dichas directivas o procedimientos – hechas para afrontar las circunstancias locales y respetar las legítimas competencias y los intereses locales – pueden ser vistas como una especificación más de las líneas generales proporcionadas por la Parte VI de las *Directivas éticas y religiosas* en este campo. De este modo, los obispos, los sponsors y demás responsables pueden perseguir juntos su objetivo común y asegurar el futuro de la pastoral sanitaria católica promoviendo una revisión profunda de las propuestas de afiliaciones, asociaciones, corporaciones, programas y cualquier otra relación que tenga que ver con la iden-

idad católica y la integridad institucional del *provider* de la asistencia sanitaria así como la presencia católica en el campo de la salud (ERD, *General Introduction* p. 4).

Conclusión

Como Obispos católicos, nosotros buscamos nuestra guía pastoral en un ambiente sanitario que cambia continuamente. En muchas partes del país, tanto a nivel regional como local, ya se encuentran en acto diálogos para extender las competencias de los obispos, de los sponsors, de los administradores y de los miembros directivos para ejercer sus diferentes papeles de leadership para sostener y revitalizar la pastoral sanitaria de la Iglesia. Luego de la primera asamblea nacional del *New Covenant*, bajo los auspicios de la *National Coalition on Catholic Health Care Ministry*, de la *Catholic Health Association* y de la *Consolidated Catholic Health Care*, las reuniones locales han ofrecido oportunidades a todas las partes interesadas para reunirse y redactar, desde diferentes perspectivas, un plan para el futuro ministerio de la Iglesia. Dichas reuniones deberían contribuir para crear una atmósfera de comprensión recíproca y de fructuosa colaboración para que surgan iniciativas creativas para hacer frente a las necesidades de nuestras comunidades.

Este llamado al ejercicio del oficio pastoral del Obispo tiene la finalidad de hacer más efectiva dicha colaboración. Gracias a esta cooperación y con la dirección pastoral del Obispo diocesano, las organizaciones dedicadas a la asistencia sanitaria católica seguirán manifestando la enseñanza y el amor de Cristo a través de su ministerio que cura a toda la persona – cuerpo, mente y espíritu – con toda la misericordia y el amor que testimonia a los que sufren, a los enfermos y a los que tienen necesidad de cuidados “siguiendo el ejemplo de Cristo que extiende su mano para tocarles y sanarles, así hagamos también nosotros”.

Introducción

La reciente publicación en la revista *Nature* de un artículo que informaba del éxito en la clonación de una oveja, a partir de una célula de un ejemplar adulto¹, ha desatado una tromba de comentarios en todos los medios de comunicación. Las repercusiones de este experimento, tanto científicas como éticas, son notables. Sin embargo, muchas de las opiniones vertidas a raíz de la noticia adolecen de una buena dosis de imaginación, y exigen una clarificación. Para esto, describiremos el experimento llevado a cabo, sus antecedentes, las conclusiones científicas que se pueden extraer de él, y las repercusiones éticas de su posible aplicación sistemática en un futuro que, hasta hace poco, parecía muy lejano.

Antecedentes

El intento de obtener seres vivos viables a partir de células somáticas lleva bastante tiempo en la mente de los científicos. Sin embargo, los experimentos llevados a cabo nunca habían dado resultados satisfactorios. Como máximo, se habían conseguido renacuajos insertando núcleos de células embrionarias de anfibios en sustitución del núcleo original del óvulo o del huevo, pero no se había logrado que se llegara a desarrollar un ejemplar adulto².

La interpretación habitual de estos fracasos se achacaba a la pérdida de la totipotencia de las células embrionarias muy pronto en el curso del desarrollo. Durante éste, se supone que se van activando y reprimiendo partes del genoma, de modo que el estado del ADN del núcleo de una célula en un adulto es muy distinto al del óvulo recién fecundado; el del

adulto resulta incapaz de expresar adecuadamente toda la secuencia de órdenes necesarias para el desarrollo y morfogénesis.

Por esta razón, en los experimentos que se han llevado a cabo, se ha tendido a emplear células de embrión, mejor cuanto más precoz: se supone que dichas células tienen todavía en buena medida la totipotencia que se pierde en las células del adulto y son, por tanto, mejores candidatas para la realización de una clonación con éxito.

La fisión embrionaria

La línea más sencilla de trabajo disponible consiste en la fisión embrionaria: la división del embrión de pocas células, de modo que cada una de las células resultantes produzca un ser adulto completo. Así, ya durante la década pasada se realizó con éxito la división de embriones muy precoces de ratón, consiguiendo varios ejemplares a partir de uno solo.

Esta línea (el empleo de células en estado embrionario) fue la trabajada en el experimento de Hall y Stillman³ en 1993, que también dio mucho que hablar, debido fundamentalmente a haberse realizado con embriones humanos. Dicho experimento no revestía especiales complicaciones técnicas. Los autores tomaron 17 embriones de dos a ocho células, sobrantes de la práctica de fecundación in vitro: no se trataba de embriones normales, sino triploides, resultado de la fecundación de un óvulo por más de un espermatozoide, fenómeno relativamente frecuente durante la práctica de las técnicas de reproducción asistida. Estos embriones triploides no son viables, y eran material de desecho. Los in-

vestigadores los retiraron de su zona pelúcida, los sometieron a micromanipulación para dividirlos, obteniendo así 48 embriones, que colocaron en un medio de cultivo con polialginato sódico, que reemplazó a la zona pelúcida original y permitió el crecimiento ulterior de los embriones divididos.

Los resultados fueron los siguientes: cuando el embrión original tenía 8 blastómeros antes de la excisión, los nuevos embriones se desarrollaron como máximo hasta el estadio de ocho células. Si tenía 4 blastómeros, podían alcanzar las 16 células. Y los embriones que resultaron de la división en el estadio de dos blastómeros, alcanzaron a tener 32 células, con buen aspecto; no se sabe si estos últimos se hubieran desarrollado más. Hall y Stillman habían decidido interrumpir ahí el experimento. Habría sido necesario que se implantaran para poder proseguir su desarrollo.

El experimento de Hall y Stillman perseguía dos objetivos. El primero, teórico y principal, averiguar si realmente, tal como se suponía, las células embrionarias humanas en estadio de mórula poseían la totipotencia que habitualmente se les atribuye. El experimento, aunque aparentemente parece haber confirmado esta suposición, al menos para el estado de embrión de dos células, es bastante discutible en sus conclusiones: ese experimento se realizó con embriones triploides, inviábiles; por tanto, realmente, no sabemos qué puede pasar con los embriones normales. Con respecto a ellos sólo tenemos la sospecha de que sucederá lo mismo que con los triploides, como ya suponíamos por nuestros conocimientos veterinarios y por los estudios de la gemelación espontánea en el hombre. En suma, el experi-

mento no ha aportado casi ningún conocimiento relevante a la ciencia (la posibilidad de sustituir la zona pelúcida por gel de polialginato ya había sido descubierta por el equipo del propio doctor Hall en 1991)⁴. Además, una vez pasado el primer momento de fama, que les obtuvo un premio, se plantearon serias dudas sobre la corrección técnica y ética con que se realizaron dichos experimentos. Ante la ausencia de aprobación del protocolo del experimento por un comité de ética de investigación independiente, Stillman y Hall debieron devolver el premio recibido, y fueron objeto de otras sanciones.

El segundo objetivo de su experimento era práctico: aumentar el rendimiento de la fecundación in vitro. Se sabe desde hace tiempo que algunas mujeres que se someten a las técnicas de reproducción asistida no reaccionan de modo adecuado a la estimulación hormonal, y sus ovarios producen un escaso número de óvulos. Como la eficacia de la fecundación in vitro está ligada a la transferencia de un número suficiente de embriones, se buscaba un procedimiento para mejorar los rendimientos de la técnica en esas mujeres que reaccionan pobremente a la hiperestimulación ovárica y no aceptan óvulos donados. Eso podría conseguirse mediante la clonación: dividiendo en varios el único embrión o los pocos embriones que se hayan podido obtener. Así, estos matrimonios con pocos óvulos tendrían parecidas posibilidades de tener un hijo que quienes producen muchos. Además, con la clonación de los embriones obtenidos se podría disminuir la dosis de estimulación hormonal que reciben actualmente las mujeres que se someten a la fecundación in vitro, estimulación que, al parecer, aumenta el riesgo de padecer ciertos cánceres ginecológicos y, en algunas ocasiones, produce un síndrome clínico que puede tener consecuencias graves.

El problema de esta técnica aplicada para la mejora del rendimiento de la fecundación in vitro es su poca fiabilidad:

dado el alto número de embriones muertos, incluso sin ninguna manipulación, el intento de clonación puede destruir las pocas esperanzas de tener un hijo: la avaricia rompe el saco. Y es sabido que los embriones humanos son mucho más delicados que los embriones de terneros, en los que se viene practicando con éxito (y también con un rendimiento muy pobre) la división de embriones de razas selectas. No parece que la clonación de embriones sea una solución clara a este problema.

Además, se opusieron a la clonación argumentos de tipo ético, coincidentes en buena medida a los que se han divulgado como consecuencia del experimento de la oveja Dolly, y que veremos una vez descritos los aspectos técnicos de este último.

El experimento de Wilmut et al.

Aunque la noticia que ha dado la vuelta al mundo se refiera al último trabajo de investigación del equipo del Instituto Roslin, el éxito de su técnica fue ya publicado el año pasado, aunque, en esa ocasión, las células de partida habían sido células embrionarias⁵. El procedimiento consistió en tomar células y ponerlas en cultivo. El medio nutritivo, en pases sucesivos, fue disminuyendo su concentración de proteínas nutritivas, desde un 10% hasta el 0,5%. De este modo, se consiguió detener la división de las células en cultivo. Por otra parte, se tomaron óvulos, y se les extrajo el núcleo aspirándolo mediante una micropipeta. Como último paso, se pusieron en contacto las células cultivadas y los óvulos enucleados, y se les sometió a un breve pulso eléctrico, con dos objetivos: por una parte, crear microporos en la membrana de ambas células puestas en contacto, y producir su fusión; por otra, abrir los canales del calcio de la membrana, provocando una reacción parecida a la que causa el espermatozoide al fecundar el óvulo, que pone en marcha todo el metabolismo celular y el desarrollo del nuevo

ser. Esta técnica fue básicamente la misma cuando se emplearon como células de partida las células embrionarias o las de la ubre de una oveja adulta, variando solamente el número de pases en cultivo.

El rendimiento de la técnica fue muy bajo: de la fusión de 277 óvulos enucleados con la correspondiente célula cultivada, sólo se obtuvieron 29 embriones, que fueron transferidos a ovejas; de todos ellos nació sólo un cordero, Dolly. Como puede colegirse, este experimento no es propiamente una clonación, pues no se produce el nuevo ser vivo solamente a partir de una célula de adulto, sino de su fusión con un óvulo enucleado; de todos modos, el ejemplar adulto obtenido es genéticamente idéntico a la célula de partida.

Repercusiones científicas

La propia revista *Nature* dedica un artículo a comentar las repercusiones que, desde el punto de vista científico, tiene el resultado del experimento⁶. Según este comentario, su importancia reside en la demostración empírica de que la diferenciación tisular durante el desarrollo no implica cambios irreversibles en el ADN; el simple "parón" de la reproducción celular parece reprogramar⁷ el sistema genético, y ponerlo en condiciones de iniciar de nuevo todo el desarrollo embrionario hasta alcanzar el estado adulto.

Es una pena que los actuales prejuicios sobre el papel del genoma en el desarrollo hayan impedido aprovechar la ocasión para ir un poco más allá en el análisis de las consecuencias teóricas del experimento. La hipótesis habitualmente sostenida acerca del desarrollo embrionario supone que éste sucede por la activación y represión programadas de diversos genes implicados en la morfogénesis y diferenciación de los tejidos. La existencia de genes activadores y represores está demostrada para unos cuantos casos muy concretos. Sin embargo, los embriólogos saben desde hace largo tiempo que, a diferencia

de lo que cabría deducir de esta hipótesis puramente genética del desarrollo, la mayor parte de las diferenciaciones tisulares no requieren sustancias específicas como inductores. Simples cambios físicos o químicos banales pueden producir la diferenciación de tejidos en ausencia del inductor habitual. La acción de fármacos o agentes físicos cualesquiera puede interferir en el desarrollo embrionario, produciendo las mismas malformaciones, siempre que actúe en el momento en que el tejido es sensible a la influencia externa. Estos fenómenos son sencillamente inexplicables por medio de un intrincado juego de genes activadores, represores, programadores, homeóticos, etc., que tienen, por definición, una actividad específica.

Al inclinarse por la hipótesis de la programación genética, la investigación actual ha cerrado los ojos a fenómenos simples de interacción celular, de especialización por progresión autónoma de funciones celulares, asociadas a las interacciones homotípicas y heterotípicas, bien conocidas por la embriología experimental; se pone a buscar en la programación de los genes lo que, con gran probabilidad, no se encuentra en ellos. De ahí el desconcierto actual: los genetistas cada vez saben más de los genes, pero la escena general del funcionamiento celular y del desarrollo embrionario es cada día más desconcertante y oscura⁸. El momento actual de sorpresa es privilegiado para realizar una revisión crítica de nuestros conocimientos acerca del funcionamiento del genoma durante el desarrollo embrionario. Ojalá no nos falte valor para tirar a la basura hipótesis muy admitidas hasta hoy, pero que el experimento del Dr. Wilmut comienza a poner en jaque.

Además, con una visión más objetiva del desarrollo embrionario, sin la actual obsesión por las explicaciones genéticas, son sencillamente imposibles algunas propuestas de aplicación de las recientes técnicas de clonación. Concretamente, se ha propuesto el em-

pleo de los conocimientos que proporcionará la técnica de la clonación para inducir la diferenciación de ciertos tejidos a partir de células somáticas. Estos tejidos podrán ser empleados para injertos y trasplantes, por ej., de piel en quemados, de médula ósea en casos de leucemia, de tejido nervioso para el tratamiento del Parkinson⁹. Al hacer esta propuesta no se tiene en cuenta que el único modo de inducir la aparición de los tejidos maduros a partir de los inmaduros es su interacción compleja con los demás tejidos, como saben sobradamente los embriólogos: sólo se pueden conseguir tejidos diferenciados en un embrión completo. La propuesta de descubrir las claves de la programación genética y su aplicación para la obtención de tejidos específicos es imposible, pues parte de un error sobre los conceptos básicos de la embriología.

Repercusiones éticas

La aplicación de esta técnica de clonación a la ganadería y su posible aplicación al hombre, en un futuro relativamente próximo, tras un período suficiente de experimentación, ha levantado comentarios, muchos de ellos críticos. Sin embargo, estas posibles aplicaciones no son ciencia ficción: el Dr. Wilmut estima que se podrían obtener progresos significativos tras un par de años de investigación¹⁰.

En el caso de la aplicación a los animales, las mayores críticas se han dirigido contra la disminución de la biodiversidad de las especies clonadas: puede que se obtuviera una cabaña de cualidades inmejorables de producción de carne, leche, etc. Pero sería a costa de tener una población muy homogénea, que podría sucumbir completamente ante una epidemia, pues ésta afectaría por igual a todos los ejemplares. Sin embargo, también hay que reconocer que dicha aplicación resulta bastante problemática desde el punto de vista comercial: implica la manipulación de embriones y, por consiguiente, una menor supervi-

vencia de éstos que en las técnicas de fecundación in vitro ya realizadas en el ganado. Estas últimas apenas se emplean por su escaso éxito, la necesidad de realizarlas en vacas jóvenes y sólo en primera preñez. Cabe, por tanto, prever muy serias dificultades antes de que la técnica llegue a ser comercialmente viable para la mejora de la producción ganadera.

Cuestión muy distinta es su aplicación para clonar animales muy especiales; así, se ha propuesto clonar animales en peligro inminente de extinción. De modo más inmediato, está la posibilidad de clonar animales manipulados genéticamente de modo que produzcan en su leche algunos productos extraños a ella, pero de gran utilidad en terapéutica humana. Así, existen actualmente ovejas y cabras que producen factor VIII y otros productos de interés terapéutico en su leche. Como conseguir un animal transgénico que segregue un determinado producto en la leche es bastante difícil, la nueva técnica de clonación evitaría tener que repetir la manipulación genética: bastaría clonar algunas de sus células para tener una fuente inagotable, sin por ello someter al animal a un trato inhumano. En esta misma línea cabría incluir las investigaciones actualmente en curso para obtener animales transgénicos como donantes de órganos para trasplante al hombre: aunque todavía bastante discutible en cuanto a su aplicación práctica, es una línea de investigación prometedora, que sólo podría dar resultados a gran escala con la incorporación de técnicas de clonación de los animales transgénicos obtenidos. Otra aplicación sería la clonación de animales en los que se diera un modelo adecuado de alguna enfermedad humana, de modo que se pudieran ensayar diversos tratamientos de modo controlado, cuestión que resulta actualmente casi imposible. Igualmente, se podría reducir el número de animales de experimentación al disponer de ejemplares exactamente iguales en los que ensayar los di-

versos procedimientos alternativos¹¹.

Con respecto a la clonación humana, la opinión del propio Dr. Wilmut, como de muchos otros médicos, es firme: aunque parece técnicamente posible la realización de la clonación en el hombre, no se debería de intentar siquiera, pues parece una aberración, carente de utilidad clínica¹². Por otra parte, el intento de clonación humana, si pretende recuperar a una persona fallecida, no obtendría más que una persona distinta, aunque físicamente idéntica al fallecido, como un hermano gemelo nacido más tarde. Esta nueva persona estaría influida por su propia situación cultural, experiencias, familia, sus propias opciones en la vida, etc. Por tanto, sería pura casualidad que se consiguiera volver a tener un Einstein, un gran deportista, artista, etc., por medio de la clonación de una de sus células.

Desde el punto de vista deontológico, habría que argumentar, en apoyo de esta opinión de sentido común, el respeto debido al ser humano en estado embrionario¹³. Si la técnica empleada para la clonación se salda con tantos fracasos (muertes de seres humanos en estado embrionario), no es aceptable su aplicación hasta que estos fallos se reduzcan a un mínimo tolerable. Por otra parte, como su realización no alcanza ninguna aplicación diagnóstica ni terapéutica, parece injustificada su aplicación médica¹⁴.

Este punto de vista deontológico casa bien con las declaraciones realizadas en ámbitos políticos europeos, que remiten a los derechos humanos básicos como fuente para la prohibición de la clonación sobre el hombre¹⁵. De hecho, numerosos países europeos tienen prohibida en su legislación la práctica de la clonación humana (España entre ellos), y la Comisión Europea ha expresado igualmente su deseo de prohibir la clonación de seres humanos a nivel europeo¹⁶.

El problema de su prohibición es de más difícil solución en el ámbito estadounidense. Allí, la jerarquía de valores constitucionales es distinta, en

líneas generales, a las europeas, primando la libertad por encima de otros derechos humanos. Por tanto, para poder prohibir una determinada actividad, sea a nivel estatal o federal, debe probarse previamente de algún modo que ésta es nociva para el resto de los ciudadanos, o para algunos de ellos. Este es el objetivo de la Comisión que ha creado el Presidente Clinton para estudiar la cuestión; mientras esta comisión decide, el Presidente ha prohibido la financiación federal a la investigación que persiga la clonación humana. Dicho sea de paso, esta prohibición no ha afectado a nadie, pues esta investigación no se estaba realizando en ninguna parte.

El problema que surge, en ese ambiente de exaltación de la libertad, es que son pocos los que ven el daño que se inflige al niño fabricado con ella¹⁷. No se termina de distinguir entre que venga un hijo al mundo y que ese niño sea fabricado. De este modo, se difumina el derecho humano a nacer como fruto del amor de los padres, en una familia¹⁸, y se terminan proponiendo manipulaciones aberrantes como lo más normal del mundo: del mismo modo que una familia tuvo un hijo más para obtener médula ósea para un trasplante para su otro hijo con leucemia¹⁹, parece coherente que, dentro de esta dinámica, ya presente en los Estados Unidos, se plantee la clonación como procedimiento para poder tener órganos de repuesto, una vez que fuera suficientemente efectiva en conseguir sus resultados. Por ahora, a Dios gracias, la opinión general es casi unánime acerca de la prohibición de la clonación en el hombre, pero sólo el curso de los acontecimientos nos dirá si esta sensatez perdura.

ANTONIO PARDO
Departamento de Bioética,
Universidad de Navarra

Notas

¹ WILMUT I., SCHIEKE A.E., MCWHIR J., KIND A.J., CAMPBELL K.H.S., *Viable*

offspring derived from fetal and adult mammalian cells, Nature 1997; 385: 810-3.

² GURDON J.B., *Nuclear transplantation in eggs and oocytes*, J.Cell. Sci. Suppl. 1986; 4:287-3418.

³ HALL J.L., ENGEL D., GINDOFF P.R., MOTTA G.L., STILLMAN R.J., *Experimental Cloning of Human Polyploid Embryos Using an Artificial Zona Pellucida*, Fertility and Sterility 1993; 60 (2 sup): S1.

⁴ KOLBERG R., *Human Embryo Cloning Reported*, Science 1993; 262: 652-3.

⁵ CAMPBELL K.H.S., MCWHIR J., RITCHIE W.A., WILMUT I., *Sheep cloned by nuclear transfer from a cultured cell line*, Nature 1996; 380: 64-6.

⁶ STEWART C., *An udder way of making lambs*, Nature 1997; 385: 769-71. La revista Lancet también comenta estos aspectos científicos del mismo modo en la primera parte del artículo editorial: Editorial. One lamb, much fuss. Lancet 1997; 349: 661.

⁷ Esta es la expresión empleada por el propio Dr. Wilmut en el resumen de su artículo de 1996, en el cuerpo del artículo de 1997 y en el comentario de Stewart al artículo de 1997.

⁸ CHANDEBOIS R., *Le gène et la forme ou la démythification de l'ADN*, Montpellier: Espaces, 1989; 239.

⁹ WINSTON R., *The promise of cloning for human medicine*, BMJ 1997; 314: 913-4.

¹⁰ HIGHFIELD R., *Human clone 'possible in less than two years'*. <http://www.telegraph.co.uk/7-III-97>.

¹¹ FARNSWORTH E., *Multiplicity*, http://www1.pbs.org/newshour/bb/science/jan-june97/cloning_2-24.html. 24-II-97.

¹² ROSLIN INSTITUTE, *Briefing notes in relation to Nature paper on nuclear transfer*, http://www.ri.bbsrc.ac.uk/library/research/nt_notes.html. 11-III-1996.

¹³ ORGANIZACION MEDICA COLEGIAL, *Código de Ética y Deontología Médica*. Artículo 25.1. "No es deontológico admitir la existencia de un período en que la vida humana carece de valor. En consecuencia, el médico está obligado a respetarla desde su comienzo...". Artículo 25.2. "Al ser humano embriofetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que inspiran el diagnóstico, la prevención, la terapéutica y la investigación aplicadas a los demás pacientes".

¹⁴ Cfr. *Código de Ética y Deontología Médica*, artículo 24.2.

¹⁵ Cfr. las declaraciones de Noëlle Lenoir, miembro del Consejo constitucional francés y presidente de los comités de ética de la Comisión Europea y de la Unesco a Le Monde, 4 de marzo de 1997, p. 13.

¹⁶ EUROPEAN COMMISSION, *Service du Porte-parole. Commission confirms opposition to research on cloning in humans*. <http://apollo.cordis.lu/cordis/cgi/srchidadb?ACTION=D&SESSION=144401997-3-24&DOC=1>. 12-III-97.

¹⁷ Véase a modo de ejemplo, la opinión favorable a la clonación de la profesora Macklin, que enseña bioética en el Albert Einstein College of Medicine en MACLIN R., *Human cloning? Don't just say no*. US News & World Report, 10-III-97, 64.

¹⁸ Cfr. SAGRADA CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción *El don de la vida*, I, n. 6.

¹⁹ LEHRER J., *Multiplicity*, http://www1.pbs.org/newshour/bb/science/jan-june97/cloning_2-24.html. 24-II-97.

Documento sobre los derechos del enfermo anciano

SOCIEDAD ITALIANA DE GERIATRAS HOSPITALARIOS

La cultura social cambia radicalmente con la evolución de los tiempos. El curso de la historia ha visto al hombre empeñado en perseguir objetivos diferentes pero cada vez más crecientes en favor del desarrollo personal y colectivo.

En el primer milenio el hombre ha vivido en la necesidad de hacer frente al problema de la supervivencia, de buscar sistemas de defensa válidos, de mejorar las condiciones primarias de vida, de ser menos vulnerable ante las innumerables agresiones externas (del ambiente y de sus semejantes) e internas (enfermedades) que limitaban marcadamente las expectativas de la vida.

El segundo milenio se cierra en el mundo occidental como la era de las conquistas sociales y tiene su perno en la tentativa de consolidación de los modelos de seguridad y de protección social: el hombre es el perno de la sociedad, la economía está al servicio del hombre y lo social quiere hacerse cargo no sólo de la asistencia sino también de administrar la salud y la vida del ciudadano; se perfila el estado asistencial que recoge y trata de satisfacer las necesidades de los individuos "necesitados de ayuda".

Es la era de la industrialización, de la seguridad económica, de la dilatación de la perspectiva de vida, gracias también a mejores condiciones higiénicas y a una medicina cada vez más sofisticada y respetuosa de los equilibrios biológicos.

Pero la cantidad de vida no es necesariamente sinónimo de calidad de vida: de este modo nuestra sociedad se encuentra proyectada hacia el tercer milenio con el objetivo de lograr e incrementar los standards de vida a un target que vaya más allá del nivel suficiente de seguridad y de protección social. El 2000 se presenta como la era del Bienestar.

El artículo 25 de la Carta

Universal de los Derechos del Hombre promulgada por la *World Health Organization* establece que "...cada individuo tiene el derecho de gozar de un standard de vida suficiente que garantice la salud, el bienestar propio y de su familia... de la asistencia médica, de los servicios sociales necesarios y tiene el derecho a la seguridad en caso de desocupación, enfermedad, invalidez, viudez, vejez o cualquier otro caso de pérdida de las propias fuentes de subsistencia por circunstancias independientes de la propia voluntad".

El problema se plantea cuando de la declaración de derecho se pasa a la realización práctica con los empeños que ella comporta.

La sociedad se ha dado cuenta de que en realidad no tiene a disposición ni los instrumentos ni los medios para lograr que lo programado por derecho encontrase una adecuada realización en los hechos.

A este punto el problema que hasta ahora se ha puesto como una cuestión colectiva sin discriminantes de sexo, edad y cultura, comienza en cambio a abrazar directamente la problemática del anciano. En efecto, aumenta el riesgo que frente a la necesidad de una revisión de la gestión económica, se comiencen a delinear, más o menos espontáneamente, algunos criterios de selección.

En una sociedad basada en una perspectiva exclusivamente económica, en la que el nivel del valor personal y social está muy relacionado con el nivel de productividad, es posible que dichos criterios van en desventaja de algunas fases de la población consideradas no elevadamente productivas.

Para entrar en el campo de la sanidad se podría hacer presente una diferenciación cualitativa y cuantitativa entre las intervenciones terapéuticas cuya discriminante es representada

por el criterio de productividad del individuo en términos económicos.

Sin embargo, sería oportuno tener presente que dicha orientación parte de un presupuesto errado: el concepto mismo de productividad está condicionado fuertemente por la estructura de nuestro sistema; un sistema que, contrariamente a los pretextos de ductilidad y flexibilidad, se pone como extremadamente rígido al seleccionar las capacidades y las posibilidades de adaptación.

Sustancialmente, es verdad que hoy el anciano ya no está en grado de mantenerse dentro de los circuitos productivos, pero es también verdad que nuestra sociedad no hace los esfuerzos suficientes para individuar, explotar y optimizar las potencialidades residuas de la persona anciana de manera que el sistema productivo se adapte a las posibilidades del anciano.

Según una visión totalmente parcial del concepto de flexibilidad, es el individuo que debe adaptarse al sistema y no el sistema que a través del instrumento de la flexibilidad se adapta a lo que la persona está en grado de ofrecer.

Es por esto que afrontar los presupuestos del problema *anciano enfermo* significa afrontar y a veces resolver una buena parte de temas sociales y sanitarios.

Colocado pues en una óptica justa el problema de la tercera edad es conveniente dar un paso más y afirmar que aún antes de satisfacer las necesidades de los ancianos es oportuno intervenir sobre factores de riesgo para evitar que se presenten tales necesidades.

De aquí la utilidad de redactar una Carta de los Derechos del Anciano Enfermo: justamente porque a menudo las temáticas sobre el anciano terminan en el análisis y a veces en la satisfacción de sus necesidades manifiestas, mientras debe-

rían caracterizarse por la explicitación y por el reconocimiento de los derechos.

Es útil puntualizar que el término necesidad se refiere a una concepción de "asistencia"; el derecho, en cambio, evoca el concepto de "respeto". Uno nos recuerda la idea de pasividad, mientras el otro implica autonomía y responsabilidad.

El concepto de "necesidad" pone inmediatamente un desequilibrio entre las dos partes en relación: por lo que un término se encuentra en situación de pasividad y dependencia del otro. El derecho, al contrario, está inserto en el ser hombre y coloca al ciudadano y a los servicios como dos sujetos activos y corresponsables en la solución de problemáticas comunes.

En la situación actual la legislación vigente en la mayor parte de los Estados europeos tutela a quienes se encuentran en condición de dificultad, de debilidad, de falta de instrumentos de autotutela (p.e. los menores), que no diferencia las diferentes categorías, dentro de una más genérica *condición anciana*.

Protocolo de los derechos

Para presentar un plan correcto de los derechos del anciano enfermo es necesario referirnos a las necesidades que dichos derechos deben satisfacer.

Partiendo de la escala de Maslow (M. 1954) podemos subdividir los derechos del enfermo anciano en 3 fajas, conforme a las 3 clases de necesidades:

1. Derecho a satisfacer las necesidades primarias o físicas.

2. Derecho a satisfacer las necesidades secundarias o psíquicas.

3. Derecho a satisfacer las necesidades terciarias o espirituales.

El anciano enfermo tiene derecho:

- a ser respetado como persona,
- que sea respetada su dignidad humana,
- que sean respetadas las exigencias referentes a la edad, sexo, cultura, religión, costumbres de vida y de relación in-

cluso en la estructura donde se cura la enfermedad.

1. Derecho a satisfacer las necesidades físicas

1A. Derecho a la intervención terapéutica que sea adecuada, individualizada y efectiva

El cuadro nosológico del anciano generalmente se caracteriza por una polipatología; por tanto es indispensable un acercamiento global al individuo y un cuidadoso plan terapéutico en el que las varias intervenciones sean oportunamente integradas entre ellas.

El anciano enfermo, por tanto, tiene derecho a una Valoración Geriátrica Multidimensional como instrumento diagnóstico y terapéutico que garantice un monitoreo de la situación a 360° y un plan de trabajo individualizado según las reales necesidades del paciente.

- El anciano enfermo tiene derecho de que se efectúen todas las posibles intervenciones diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación sin que el factor edad constituya un elemento de discriminación, incluso cuando dichas intervenciones requieren un notable empleo económico, de tiempos o de medios.

- El anciano tiene derecho a recibir una asistencia que sea profesional y humana.

- El anciano tiene derecho de que sean comprendidas y satisfechas las necesidades de apoyo moral y psicológico, de consuelo y afecto.

- El anciano tiene derecho de que sean valorados y efectuados todos los remedios de rehabilitación posibles ya sean de prótesis o funcionales, para ser colocado nuevamente en el ambiente social y para recuperar una calidad de vida optimal.

- Cuando el cuidado ya no es posible, el anciano enfermo tiene derecho que de todos modos sean aliviados sus sufrimientos de orden físico, psíquico y espiritual.

1B. Derecho a la cualidad

Los servicios reservados a los ancianos tanto de tipo institucional como de tipo domiciliario deben tender a la cualidad.

Se trata de un proceso difícil

y complejo, pues no son aún claros todos los componentes estructurales y que comporta una profunda transformación con respecto al pasado, cuando era suficiente la institución de cualquier servicio para justificar su existencia.

La característica fundamental para garantizar la calidad de los servicios geriátricos es la definición de los *outcomes*, es decir, de los resultados precisos que se pueden lograr en todo paciente.

Estos son netamente distintos de la definición de los procesos clínicos asistenciales, que forman parte integrante del trabajo, pero no constituyen el resultado de la misma.

- El anciano enfermo, pues, ciertamente tiene derecho a la movilitación, a la prevención de las llagas de decúbito, pero sobre todo tiene derecho a ser titular de un plan individualizado de cuidado del cual formen parte algunos objetivos específicos, para el logro de los cuales se mide la calidad del mismo intervento.

1C. Derecho a la higiene personal y colectiva

- El anciano enfermo tiene derecho a ser puesto en condiciones de gozar de instrumentos y medios adecuados que le garanticen un nivel de vida aceptable y digno en el respeto del sentido de pudor y de la *privacy* (presidios, subsidios, prótesis, etc.);

- tiene derecho que sean respetadas las exigencias de limpieza y pudor personal, incluso cuando - a causa de la enfermedad - dichas solicitudes son repetidas y empeñadas;

- tiene derecho a vivir en condiciones socio-psicológicas-higiénicas y no ofensivas de la integridad cognitiva y afectiva.

1D. Derecho a un ambiente comfortable

- El anciano enfermo tiene derecho a ser asistido lo más posible en el propio domicilio:

- asimismo, tiene derecho a acceder con facilidad - si las condiciones lo requieren - a las estructuras asistenciales territoriales;

- tiene derecho a gozar de ambientes en los que sean re-

ducidas las barreras arquitectónicas y en los que se pueda mover y vivir libremente según sus condiciones de salud y de manera que no crean dificultad física o psíquica para sí y para los demás;

- tiene derecho para que sean satisfechas las condiciones referentes a las necesidades nutricionales, de respiración, de eliminación y térmicas;

- tiene derecho a gozar de los canales de acceso a la estimulación ambiental en lo posible más favorables a las propias condiciones psicofísicas. Esto significa – entre otros – individuar soluciones residenciales y/o asistenciales diferentes según la condición individual en el que el sujeto se encuentra.

1E. Derecho a la libertad de movimiento

El anciano enfermo tiene derecho a moverse lo más libremente posible en el ambiente y en los espacios públicos.

Es necesario formar una cultura social que respete dicha necesidad en el anciano – especialmente si es inhábil o no autosuficiente – a través de la abolición de las barreras arquitectónicas como del abastecimiento de presidios necesarios para la movilitación del anciano enfermo.

2. Derecho a satisfacer las necesidades psíquicas de protección y desarrollo personal

2A. Derecho al respeto de las necesidades de seguridad, protección, prestigio y papel social

2B. Derecho a la asistencia social

Se debe asegurar al minusválido una ayuda doméstica, la posibilidad de auxilio y de ayuda en la preparación o abastecimiento de los pastos.

2C. Derecho a una renta mínima

que permita condiciones de vida dignas y autónomas.

2D. Derecho a la información

- El anciano enfermo tiene derecho a conocer todas las posibles intervenciones que se pueden realizar, las posibilida-

des terapéuticas reales y los posibles efectos secundarios de las elecciones hechas;

- el anciano tiene derecho a la información constante sobre el propio estado de salud, sobre los planes terapéuticos y sobre la progresión de la enfermedad;

- tiene derecho a ser informado de manera amplia y comprensible sobre los servicios territoriales locales y nacionales, sobre grupos de soporte y especialistas capaces de satisfacer sus necesidades.

2E. Derecho de gestión y autonomía de elección

ante la planificación de las intervenciones terapéuticas, así como de las propias condiciones de vida.

- El anciano enfermo tiene derecho a escoger – cuando sea posible – las personas y las estructuras que se deberán ocupar de su cuidado y de su salud;

- tiene derecho a rechazar el consentimiento a las terapias;

- tiene derecho a usar terapias complementarias sin perjuicio para los cuidados médicos en curso.

2F. Derecho a mantener los contactos con la familia y con la propia morada

En este sentido hay que privilegiar lo más ampliamente posible las intervenciones domiciliarias: terapéuticas, de rehabilitación, de soporte.

Es auspicial favorecer la incentivación de los sistemas de Asistencia Domiciliaria Integrada que permitan al individuo permanecer lo más posible en su ambiente, entre sus seres queridos.

2G. Derechos a la socialización y comunicación

En este ámbito se enmarcan todas las disposiciones para que, tanto en la vida en casa como en la estructura sanitaria el anciano tenga la posibilidad de acceder a todos los medios de comunicación e información.

Es importante:

- programar actividades específicas finalizadas para solicitar las funciones de interacción social;

- que sean proporcionadas al anciano enfermo las condiciones y las actividades idóneas

para que no disminuyan – en su ambiente – las relaciones externas tanto a nivel sensorial como relacional.

Todo esto con el fin de evitar que se verifiquen condiciones de disminución sensorial que pueden dar lugar a fenómenos de deterioro cognitivo, a disturbios depresivos y/o psicóticos.

2H. Derecho al respeto del propio status social

También en la enfermedad y en el período del pensionado, el individuo tiene el derecho de que se mantenga y se respete para él el status socio-cultural logrado en el curso de su vida laboral.

La enfermedad no debe constituir de por sí un elemento de decaimiento “personal”, sino que debe considerarse como un momento “crítico” en el pasaje a una nueva fase evolutiva.

2I. Derecho a la optimización del potencial residuo

El anciano tiene derecho – junto en la óptica del envejecimiento como proceso evolutivo – que la sociedad sepa ayudarlo a individuar y optimizar los recursos potenciales residuos.

Frente a las funciones malogradas o perdidas, el agente sanitario debe ayudar al anciano para desarrollar estrategias alternativas que pueden suplir las funciones deficitarias.

2L. Derecho a participar en el ciclo productivo

En la óptica de optimizar recursos, el anciano tiene derecho de ser reintroducido en el ciclo productivo aunque a un nivel diferente del anterior.

De este modo, además de desarrollar una función de indudable utilidad social el anciano puede reforzar la propia autoestima y la confianza en las propias posibilidades; de este modo él aumenta el propio nivel de real eficiencia.

3. Derecho a satisfacer las necesidades espirituales

3A. Derecho al respeto del valor de la persona y a su desarrollo personal

El anciano tiene derecho al respeto de la dignidad humana; a menudo la enfermedad trans-

forma al individuo en un objeto pasivo de acciones terapéuticas diferenciadas: a menudo sucede que en la realización de dichas intervenciones disminuya el respeto de la dignidad y de la sensibilidad de la persona.

También en la enfermedad, en la recuperación y en la pérdida de autosuficiencia el anciano enfermo tiene derecho de ser considerado *in primis* como individuo y como "persona".

Cada acción terapéutica y de rehabilitación debe efectuarse en el respeto de la dignidad humana.

3B. Derecho a la autonomía decisional

El anciano tiene derecho a ser guiado – a través del sostén del médico y en una confrontación honesta y abierta con los agentes sanitarios – en una elección consciente y en lo posible más eficaz.

– Tiene derecho a valorar abiertamente con los médicos y a escoger autónoma y libremente los cuidados y las intervenciones diagnósticas y terapéuticas;

– tiene derecho a escoger a las personas que pueden ayudarlo y sostenerlo en las elecciones;

– tiene derecho a sostener todo el peso de las elecciones terapéuticas;

– tiene derecho a rechazar las intervenciones cuando resulten particularmente invadentes, dificultosas y no resolutivas;

– tiene derecho a ser informado y a rechazar cuando se le incluya en proyectos experimentales y de investigación.

3C. Derecho al respeto de las tradiciones sociales, culturales y religiosas

También en la enfermedad el anciano tiene derecho a conservar la posibilidad de observar las propias tradiciones, a profesar la propia fe y a respetar las directivas.

3D. Derecho a la consolación psicológica y religiosa

El anciano enfermo tiene derecho a expresar sus dificultades y los propios temores consolado por un interlocutor capaz de recoger y de elaborar las problemáticas morales conexas con el envejecimiento.

3E. Derecho a decidir el destino personal

– Así como tiene derecho a la vida dignitosa, el anciano tiene derecho a una muerte dignitosa.

– El anciano tiene derecho a morir con el mínimo dolor posible y con la máxima dignidad.

– El anciano – especialmente en fase terminal – tiene derecho a ser asistido, a recibir un apoyo moral, compañía, consuelo, y tiene derecho para que se le alivien los dolores psíquicos y aquellos físicos.

Debe ser ayudado a afrontar la muerte con el máximo respeto y con la cercanía emotiva – y no sólo técnica – de las personas y de las estructuras que lo rodean.

En fin, lo que quizás es el derecho más importante negado al anciano: el anciano enfermo tiene derecho a ser tratado con amabilidad de manera adecuada con la fragilidad, con la inseguridad, con el miedo de lo que será mañana.

Para que un derecho establecido sea realmente respetado es necesario que exista una "cultura".

No debemos olvidar que nuestra cultura geriátrica no siempre encuentra una correspondencia análoga en la vivencia colectiva.

Los conceptos de eficientismo y de productividad en lo que la sociedad occidental está centrada contienen en sí la negación de la decadencia física y psíquica: y esto equivale, probablemente, a afirmar que el Occidente se encamina a negar la idea misma de la muerte.

De este modo, si una vez el Viejo representaba el modelo de sabiduría y de conocimiento de las cosas de la vida, el punto de referencia, el que poseía la "memoria histórica" de la familia y de la sociedad, hoy los preconceptos que infunden de sí el modelo cultural de referencia llevan a las jóvenes generaciones a rechazar la identificación con el anciano.

Pero aún, disminuye la disponibilidad incluso para percibir problemas y dificultades que uno no quisiera que se volvieran propios.

Por tanto, nuestra primera tarea es luchar por una educación

a la vejez que comience desde la infancia, para que la vejez sea considerada desde una óptica correcta: como una fase evolutiva de la vida caracterizada por nuevos niveles de integración personal y psicológica y por la necesidad de adaptación a diferentes posibilidades y potencialidades – en calidad y no sólo en cantidad – de las precedentes.

En esta óptica es ausplicable la recuperación de aquellos valores morales y sociales de los cuales el anciano, en virtud de un rico bagaje humano y cultural, puede constituir la fuente para el crecimiento y el enriquecimiento de la comunidad familiar y de la sociedad civil.

Dr. STEFANO MARIA
ZUCCARO

Secretario Nacional S.I.G.O.

Prof. MASSIMO PALLESCI

Presidente Nacional S.I.G.O.

35

Bibliografía

BAVAZZANO A., MAGNOLFI S., LUNARDELLI M.L., TAITI P.G., *Il diritto alle cure ed il modello assistenziale geriatrico*, USL 4, Prato, Italia, 1996.

BERLINGUER G., *I Diritti del Malato Anziano*, 1996.

CASTIGLIONE V., *Outlines of the constitutional protection of the elderly*, Bologna, Italia, 1995.

PADRE CONCETTI G., *Proposte in tema di diritti dell'anziano malato*, Italia, 1996.

HANAU C., *I diritti del malato anziano*. Departamento de ciencias estadísticas. Universidad de Bologna, Italia, 1996.

PADRE HONINGS B., *Opinioni a confronto sui diritti del malato anziano*, Teresianum OCD, Roma, Italia, 1995.

IMPALLOMENE M.G., *I diritti del malato anziano*, Royal Postgraduate Medical School, Hammersmith Hospital, London, England, 1996.

MARIGLIANO V., CAMPANA F., DI GIUSEPPE V., *I diritti del malato anziano*, Universidad La Sapienza, Roma, Italia, 1996.

MELLONI F., *I diritti del malato anziano*, Italia 1996.

NICO F., *Opinioni a confronto sui diritti del malato anziano*, Roma, Italia, 1996.

RENGO F., *Carta dei diritti dell'anziano: Governo regionale della Campania*, Nápoles, Italia 1996.

SØRENSEN K.H., *Derechos del enfermo anciano*, Glostrup Hospital, Copenhagen, Dinamarca, 1996.

TRABUCCHI M., *I diritti dell'anziano ammalato*, Grupo de investigación geriátrica (BS), Universidad de Roma Tor Vergata, Roma, Italia, 1996.

VAN DER CAMMEN T.J.M., VAN LOOK K.P.M., SCHUDEL W.J., *Lagemaate J. Hospital Universitair, Rotterdam, Holanda*, 1996.

ZUCCARO S.M., COEN MIELI D., *Los derechos del anciano enfermo*, Hospital Israelita, Roma, Italia, 1996.

Exigencias de la salud y moralidad. Paradigma de la salud en la OMS.

I. VISION CRISTIANA DE LAS EXIGENCIAS DE LA SALUD Y MORALIDAD

1. Exigencias cristianas de la salud

La salud debe conservarse de acuerdo al mandato “no matarás” que en positivo exige cuidar de la salud. Este mandato se funda en cuatro principios que lo explican: 1. La vida del hombre viene de Dios, quien lo ha creado a su imagen. 2. El hombre debe tener libertad para orientar siempre su vida hacia Dios. 3. Dios es el único que da inicio a la vida y la pone término. 4. Dios ha transformado esta vida en vida de los hijos de Dios. Por esto Dios dice “no matarás”, y en el juicio final nos recordará que lo que hicimos a cualquiera de los más pequeños a Él se lo hicimos (Mt 25, 31-46), de acuerdo a lo desarrollado en la parábola del buen samaritano (Lc. 10, 25-37)¹.

2. Salud y vida

Como se ve, hablar de la salud humana es muy complejo pues vale lo que la vida del hombre, en cierta forma salud y vida se identifican, y hablar de la vida del hombre es tocar toda una antropología que refiriéndose a la vida del hijo de Dios se traduce en una antropología teológica. La salud y la salvación son correlativas, se escriben dentro de las mismas coordenadas y se guían por los mismos cánones. Por eso es que la salud tiene connotaciones biológicas, psicológicas y sociales. Todo su tratamiento deberá de hacerse desde una perspectiva espiritual, esto es, desde la vida del Espíritu Santo que se nos ha dado, sólo así se podrá comprender en profundidad.

De hecho, en la historia de la humanidad encontramos vestigios fuertes al respecto. En un principio la salud y en especial la enfermedad se apreciaban como algo que venía del mundo trascendente, que dependía de la benevolencia o malevolencia de seres superiores, y se acentuaba su aspecto social a la vez, ya que las curaciones se llevaban a cabo mediante ceremonias y ritos públicos. Al llegar la etapa del secularismo, todo lo anterior que connotaba algo religioso en relación con la salud y la enfermedad fue dejado de lado y se le dió a la enfermedad y a la salud sólo una connotación biológica; así fue en el pasado siglo XIX y en algunas décadas del presente siglo, aunque a decir verdad, ahora se empieza ya a acentuar nuevamente el aspecto psicológico y el social de la salud y de la enfermedad, tanto que en Alma-Ata (1978), la Organización Mundial de la Salud definirá la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades*”².

3. Salud y dolor

Sin embargo, entendiendo cristianamente la salud en el contexto de la salvación, se ve en primer lugar que la salud que equivale a la vida, no está reñida con el dolor, sino que el dolor en cierta forma entra a configurar la salud para entenderla complejivamente, ya que la vida sólo se puede entender dentro de la explicación de la misma que recibe desde la muerte gloriosa de Cristo el Señor. La vida, la salud, sólo se entienden desde la resurrección. Este concepto nos lleva a considerar la definición de Alma-Ata de la salud como algo utópico, ya que no es una rea-

lidad que pueda darse.

El completo bienestar sólo podrá darse en la fe y entonces más que bienestar se trataría de felicidad, de manera que no fuese necesario el total de bienestar para poder llegar a la felicidad, pues el bienestar total sólo se podrá realizar en la otra vida siendo en ésta algo utópico. Pero podemos dejar por el momento el diálogo con la OMS, ya que le dedicaremos la segunda parte de la conferencia; ahora sólo atendemos al concepto cristiano de salud, que sin embargo, como se realiza en nuestras coordenadas, tiene que enfocarse desde la realidad en la que vivimos.

4. La calidad de vida

Junto con el concepto de salud se suele ahora hablar de la calidad de vida. Se dice que la calidad de vida define a la persona, la hace ser “cual”. Se suele decir que la calidad de vida es el conjunto de bienes económicos necesarios para vivir y que se miden de acuerdo al producto nacional bruto; aunque algunos ahora no aceptan que el PNB sea un criterio para medir la calidad de vida por los problemas ambientales que conlleva su crecimiento y así se habla del BEN, Bienestar económico neto, que lleva consigo producción más medio ambiente, condiciones de trabajo, empleo del tiempo libre, etc. Para otros el BEN no es suficiente para hablar de la calidad de vida sino que se necesita todo lo anterior añadiéndole como algo esencial el influjo de la familia y la sociedad en la persona, de manera que la calidad de vida sería igual a las capacidades naturales del sujeto, más el influjo de la familia y la sociedad. Se suele usar una fórmula para describir la cali-

dad de vida: $cv=cn(fs)$. Se dice que el resultado de la calidad de vida es el estar bien, la salud por tanto.

Pero las cosas no aparecen tan simples, porque luego se plantean problemas éticos de gran envergadura, vgr., si la calidad de vida es igual en la fórmula a 0, esto es, si no hay capacidades naturales en el sujeto ni tampoco influencia familiar ni social, ¿es lícito quitar la vida al mismo sujeto?; son los problemas de la eugenesia y de la eutanasia a los que la Etica cristiana responde negativamente.

Otros problemas se plantean desde la pregunta ¿Calidad de vida para quien?; ¿se puede hablar de calidad de vida y definirla así prescindiendo del contexto mundial?; esto es, se suele hablar de calidad de vida para el primer mundo, pero se ignora el tercero, ahora bien, para este final del milenio, el primer mundo tiene apenas un 20% de la población mundial, en cambio, el 80% restante queda para el tercer mundo, así la pregunta es acuciante, ¿Calidad de vida para quién?³.

Lo que nos lleva más bien a concluir que la calidad de vida, la vida humana tiene que medirse de acuerdo más bien a su esperanza de ejercerse en libertad de acuerdo a la vida de un hijo de Dios cuyo parámetro es el Verbo Encarnado. La calidad de vida se confunde así con la santidad de vida, y debemos decirle a esta sociedad secularizada que lo religioso no es un mero aditamento en la salud, sino lo esencial, que es lo que verdaderamente mide la verdadera calidad de vida.

5. Exigencias de la salud

¿Entendiendo así la salud y la vida, cuáles son sus exigencias? No olvidemos que lo que podemos llamar “la enferabilidad” es un elemento constitutivo del hombre, es una manifestación de su fragilidad y mortalidad, pero que en Cristo reviste desde el aspecto del sufrimiento y del dolor una connotación positiva, pues en El el dolor es positivo, como causa redentora del mal

que aqueja a la humanidad.

Aun teniendo en cuenta lo anterior, ¿podemos hablar de las exigencias de salud, más aún, del derecho a la salud?, pienso que la respuesta es positiva, aunque más que hablar del derecho a la salud sería mejor hablar del derecho a la protección de la salud de acuerdo a lo dicho anteriormente al hablar del concepto complejo de salud. Podemos decir que existe este derecho no sólo a subsistir sino a la auténtica calidad de vida y significa acceso a los cuidados sanitarios y a las medidas necesarias contra los peligros para la salud ante los que el individuo o grupo se siente impotente. Es limitado por la fragilidad humana y las posibilidades reales del momento.

Frente al cuidado en el hospital hay resistencia de hablar de derechos sanitarios porque por un lado, la presencia del enfermo en un hospital es transitoria, y por otro lado, el médico no es su adversario, sino su socio sanante; se suele más bien hablar de necesidades que de alguna manera se pudieran tratar como derechos. Algunas se han formulado, vgr. en la Carta del enfermo usuario de hospital⁴. Son 8: Acceder a los servicios hospitalarios adecuados. Ser cuidado con respeto de acuerdo a la dignidad humana. Aceptar o rechazar toda prestación de diagnóstico o de tratamiento. Ser informado respecto a su estado. Recibir información completa de antemano de los riesgos que puede suponer toda acción no común en su tratamiento. Protección a la vida privada en informes sobre el enfermo. Respeto y reconocimiento de sus convicciones religiosas o filosóficas. Presentar reclamaciones que sean tomadas en cuenta, estudiadas y saber sus resultados⁵.

Se han catalogado en cuatro sistemas el proceder a la atención a las exigencias en los derechos colectivos a la salud; se habla del sistema liberal puro: que cada quien se atienda como pueda, el que tenga dinero que pague y el que no, que se atenga a la caridad pública. El liberal humanitario: que el que pueda pague para que lo atien-

dan en su salud, el que no, que se haga cargo de él el Estado. El socialista puro: que a todos por igual los atienda el Estado. El socialista liberal: que a todos los atienda el Estado, pero el que quiera y pueda pagar que tenga acceso a la medicina privada⁶.

6. Limitaciones a las exigencias de la salud

¿Hay limitaciones a estos derechos? Sí, limitaciones subjetivas y objetivas. Subjetivas, cuando el sujeto que padece una enfermedad libremente decide no atenderse, contra su voluntad expresa nada puede hacerse. Objetivas, es verdad que el amor cristiano por la salud del prójimo no tiene límites, salvo que su realización deba atenerse a los límites existenciales, como son el de la posibilidad concreta real de obtener la salud. Toda existencia tiene que ser cuidada según nuestras posibilidades actuales. Cuando resulta excesivamente gravoso obtener la salud, no se está obligado a ello.

Cuando es así, cuando los medios son tan extraordinarios que sea muy difícil obtenerlos, no se está obligado a ponerlos⁷.

II. EXIGENCIAS DE SALUD Y MORALIDAD EN LA OMS

Una vez reflexionados algunos aspectos sobre los puntos de vista dentro del pensamiento cristiano, podemos ahora contrastar con las exigencias de la salud y la moralidad dentro del pensamiento de la OMS. Primero delimitamos el campo. Primordialmente me referiré a un documento actual de la OMS que me ha parecido muy significativo para encontrar en él el tema que nos ocupa, sólo complementariamente aludiré a otros documentos que nos servirán para redondear el tema en algunos aspectos. El documento al que me refiero se titula “*Proyecto de documento de consulta para la actualización de la estrategia*”

mundial de la salud. Ginebra 1996".

Pienso que este documento es clave, porque aunque no sea un documento conclusivo, sí supone las bases sobre las cuales se hace una consulta a todas las naciones, sobre dichas bases se elaborará el plan de la salud para el siguiente siglo, para el año 2000.

Citaré sólo los temas que me parecen de importancia con respecto a los puntos que investigamos, exigencias de salud y moralidad. Se supone ya la definición de la OMS de salud, de la que hablamos anteriormente y que se tuvo desde hace tres décadas en la Asamblea de Alma-Ata (1978).

1. Situación de la salud en el mundo

En este documento se empieza diciendo que en cuestiones de salud ha habido avances muy significativos en el mundo actual, pero hay grandes deficiencias que exigen ser corregidas: no hay regímenes democráticos en todas partes, hay mil trescientos millones de personas en el mundo bajo la línea de la miseria, el abismo entre ricos y pobres crece, afecta el crecimiento demográfico, la tasa de rápida urbanización, las migraciones, el envejecimiento, las modificaciones climáticas, el adelgazamiento de la capa de ozono, la contaminación del aire y del agua, las modificaciones de la distribución de la salud pública y privada, la descentralización⁸, las bajas tasas de mortalidad infantil, la mayor esperanza de vida, la reducción de las enfermedades contagiosas a sólo mil millones de gentes en la población mundial, el aumento de las enfermedades no transmisibles, el SIDA y el tabaquismo como las mayores causas de muerte⁹, tecnologías eficaces y económicas que abren las posibilidades de ayudar a los más desprotegidos¹⁰.

2. La exigencia de la salud

La exigencia de la salud es actuar en tal forma que los pueblos del mundo puedan lle-

gar a un grado de salud que les permita conducir una vida social y económicamente productiva de acuerdo al ambiente mundial, respetando los valores del pasado, adaptándose a los cambios y necesidades actuales y proponiendo soluciones para el futuro. Deberán fundarse en la igualdad de los derechos del hombre¹¹.

3. Objetivos y principios prácticos

Sus objetivos serán mejorar la esperanza de vida, la calidad de vida, las perspectivas de salud de las generaciones actuales y futuras y reducir la morbilidad ligada al envejecimiento¹².

Los principios prácticos para lograr estos objetivos son los siguientes: acción mundial de protección de la salud a niveles nacionales y locales. Elaboración de una política de acercamiento científico y factual, completado por una participación de la población en la toma de decisión. Compromiso por estrategias sanitarias compatibles con un "*desarrollo sostenible*". Aplicación de un acercamiento global de la vida del individuo en el desarrollo sanitario. Compromiso de respetar las especificidades de cada sexo. Compromiso de promover la calidad de vida. Aplicación de estrategias flexibles que se adaptan al cambio permanente. Tomar en cuenta la relación costo/eficacia¹³.

4. Estrategia

Se requiere una nueva estrategia cuya condición primordial es que se adapte a la diversidad de valores y normas culturales locales¹⁴. Esta estrategia cuyos principios determinantes de salud son reducir la incidencia y la prevalencia de la enfermedad, debe combatir los desgastes físicos y psíquicos causados por la morbilidad..., su cuadro de acción se fundará en el principio lanzado en el seno de las NU, de un "*desarrollo sostenible*" teniendo como centro al ser humano¹⁵. Habrá que promover políticas macroeconómicas y

sociales fundadas en la equidad: "invirtiendo directamente en intervenciones sanitarias de una relación costo/eficacia demostrada, centrada sobre los grupos desprotegidos y por otra parte, introduciendo elementos de seguridad destinados a proteger a las poblaciones vulnerables"¹⁶.

En cuanto a los sistemas y servicios de salud, se proveerá a su descentralización y a la solidaridad entre ricos y pobres, entre enfermos y sanos, entre viejos y jóvenes¹⁷.

5. Renovación de las exigencias

Entre los 8 servicios primarios que se destacaron en 1978 en Alma-Ata, se pondrán algunos de ellos al día, vgr., «salud materna e infantil *será ampliada y reestructurada* para incluir en ella la salud reproductiva". El elemento de medicina esenciales se ampliará hacia tecnologías sanitarias, lo relativo a las enfermedades transmisibles se extenderá a las no transmisibles, la higiene de alimentos, a los programas de alimentación¹⁸.

En cuanto a la tecnología sanitaria hay que ampliarla hacia la biotecnología, alimentación y medicinas, sistemas de telecomunicación y de información, tecnología ambiental, desde una relación costo/eficacia demostrada en favor de los grupos desprotegidos..., dando más importancia a la calidad¹⁹. En cuanto a los recursos humanos en cuestión de salud hay que actualizarlos en cursos también para los profesionales de la salud²⁰. Hay que traducir los valores y principios de acción en lucha contra la desigualdad económica que se vierte en menor atención sanitaria; hay que priorizar los países más afectados por la pobreza y la enfermedad²¹, hay que tomar en cuenta las especificidades ligadas al sexo para una política más exacta, según la edad, sexo y región de acuerdo a acercamientos fundados en una base científica y factual para mejorar la relación costo/eficacia en favor de los grupos más pobres de todos los países²².

6. El nuevo paradigma de la salud

El nuevo paradigma de la salud parece depender de dos factores: 1) disponibilidad de los recursos económicos; 2) probabilidades de éxito. Depende así de la elección de prioridades; es absurdo salvar a un niño de la Poliomielitis si al año siguiente va a morir de Paludismo. Las prioridades se fijan por la falta de recursos económicos a la OMS. Se está muy lejos de proveer el mejor cuidado de la salud para los individuos en detrimento del cuidado público de la salud que mide lo que beneficia a la entera comunidad. El nuevo paradigma consiste en una visión del mundo en la que la salud está en el centro del desarrollo y de la calidad de vida, su meta es un balance dinámico y armonioso entre salud como objeto de consumo y como inversión.

Las áreas más urgentes para aplicar los recursos de la OMS son las siguientes: enfermedades infecciosas, salud reproductiva, salud ambiental, nutrición, vacunación, medicinas esenciales, sistemas de salud, enfermedades no contagiosas y toxicomanías. Aunque la expresión "paradigma" se dejó posteriormente de usar, porque se dijo que sonaba a algo "esotérico", equivale a lo que hoy se emplea de la nueva ética para la igualdad, la solidaridad y la salud²³.

7. La dimensión espiritual

Según el documento titulado "Estrategia global para la salud para todos en el año 2000", de acuerdo a la OMS esta estrategia incluía también la dimensión espiritual, definida "como un fenómeno cuya naturaleza no es material sino que pertenece al conjunto de ideas que surgen en la mente de los seres humanos, particularmente, ideas que ennoblecen". Esta nueva aproximación a la salud, continúa el mismo documento, "ha sido influenciada por ciertas cualidades humanas como el sentido de la decencia, la empatía con los no privilegiados en el campo de la salud, la

compasión que tiene valores materiales significativos para la gente de cualquier parte que sea capaz de trabajar productivamente y entonces, contribuir a su propio desarrollo económico y de la comunidad y país donde vive".

8. La OMS, conciencia del mundo

De acuerdo a lo anterior, ¿cuál deberá ser el papel de la OMS y sus socios? Responde la OMS en el mismo documento²⁴: "Ser la conciencia del mundo en materia de salud, prever y analizar los problemas de salud en el mundo, dar orientaciones estratégicas para el desarrollo sanitario. Elegir de acuerdo con sus socios, temas de cooperación técnica... Estas prioridades se centran en un "*desarrollo sostenible*" de los recursos humanos e institucionales en beneficio de los grupos desfavorecidos"... será también "la detección precoz de futuros problemas sanitarios en especial dentro de los grupos desprotegidos"²⁵.

9. La educación

Para todas estas funciones, la OMS se ha aliado con la UNESCO, pues si el maestro en la escuela no enseña lo relativo a la salud, los programas de la OMS no tendrán éxito. El programa de salud dentro de la correlación OMS-UNESCO lleva consigo como programa primario el de la salud reproductiva. Los cursos se han ya establecido: para América Latina tuvo ya lugar, en noviembre del año pasado, en Costa Rica, un curso para maestros latinoamericanos al que asistieron de 18 países.

10. La Ética y la OMS

La pregunta ahora es sobre la Ética; ¿entra la Ética en la problemática de la salud de acuerdo a la OMS?

Del día 12 al 14 de marzo del presente año de 1997, tuvo lugar en la OMS un Congreso organizado por el Consejo internacional de la ciencia médi-

ca en colaboración con la misma OMS que se tituló "Ética, Equidad y Renovación de la Estrategia de la OMS de la salud para todos para el siglo XXI". Los propósitos de este Congreso fueron los de actuar el derecho a la salud de todos, crear las condiciones para garantizar la equidad y accesibilidad a los cuidados sanitarios esenciales y mejorar la esperanza de la calidad de vida.

Se dijo que para llegar a ello era necesario poner al centro de los programas de la OMS las instancias éticas que se definieron como la Ética misma, la equidad, los derechos del hombre y la calidad de la salud.

Para comprender lo que se dijo en este Congreso es básica la reflexión ética que se tuvo en Ginebra del 20 al 22 de noviembre de 1995; en efecto, en estos días, la OMS invitó a un grupo de expertos para que debatiera el tema en lo que se llamó "Consulta ética y salud a nivel global". Las principales conclusiones del Encuentro fueron las siguientes:

La Ética significa sólo cuando se traduce en acción. Las referencias éticas tradicionales como el juramento hipocrático no pueden completamente servir como fundamento para prácticas y responsabilidades que se han vuelto diferentes. El nuevo debate ético es necesariamente global. El análisis ético concierne a la lógica colectiva, no sólo a las actitudes de los individuos. El debate ético tiene que implicar una reflexión crítica en la noción de progreso. El valor y la significación de los indicadores de salud tienen que cuestionarse... La pluralidad de puntos de vista debe ser reconocida; pero podemos estar de acuerdo en qué hacer, sin que sea necesario convenir en las razones para hacerlo. En el nuevo debate ético cada quien tiene derecho a expresar su punto de vista, que debe ser escuchado y evaluado. El criterio no será el consenso sino la búsqueda de convergencias. El primer valor ético es la honestidad, por ejemplo en el caso de la presión ejercida por los mantenedores de programas (v.g. Planeación familiar

en los países en los que hay resistencia y se ve a los mantenedores de dichos programas como intrusos). Hay muy pocos valores universales. El multiculturalismo nos obliga a encontrar un acuerdo para vivir juntos, tanto a nivel nacional como internacional. La Ética no es una lista de valores, sino el manejo de las contradicciones entre las mismas. Equidad es otra prioridad ética y política. La salud no hay que presentarla exclusivamente como medio para alcanzar mayor productividad²⁶.

Las preguntas en el corazón del debate fueron las siguientes: ¿quién habla en nombre de quién? ¿quién tiene el derecho de juzgar, y de juzgar qué? ¿quién define los criterios de juicio?²⁷.

III: ALGUNAS IDEAS PARA AYUDAR A LA VALORACION

1. Escepticismo

Pareciera que según este grupo de expertos que habla sobre Ética en la OMS, las conclusiones fueran de total escepticismo subjetivista, que cada quien piense como quiera, porque si bien han definido algunos principios, luego los contradicen diciendo finalmente que nadie puede hablar de nada con ninguna autoridad moral como para que se pueda seguir su punto de vista; a lo sumo se puede aspirar a limar las divergencias para poder vivir en una situación multicultural. Y es verdad, si no hay ninguna objetividad, si no hay ninguna verdad objetiva, todo se derrumba, si no se acepta la trascendencia, la verdad del hombre cae de por sí y es imposible toda Ética. Una vez más se ve que la Ética se escribe dentro de la metafísica y dentro de la causa final y ejemplar. Si este planteamiento no funciona, volvemos ahora a otra clase de pacto social en donde en el nivel de las ideas, todos nos encontramos en guerra contra todos y para subsistir nos ponemos de acuerdo en no agredirnos mutuamente y hacer algo en co-

mún aunque no veamos las razones para hacerlo. Para juzgar la concepción de la OMS a la luz de la doctrina cristiana, basta recordar lo que se dijo en la primera parte a propósito del sentido de la salud en Cristo el Señor.

2. Diálogo

Otra cosa es si nos ponemos a tratar de juzgar lo que dice la OMS a propósito de salud y de exigencias de salud. De la salud, como viene definida por



la OMS, ya tratábamos en un principio de la conferencia, en cuanto a sus exigencias, podemos observar cómo se va cuidando el lenguaje y se usan unos términos que incluso pueden ser interpretados de buena manera aun en una visión cristiana; pensamos que todo o casi todo lo que la OMS dice lo podemos aceptar porque puede tener una interpretación cristiana correcta. Otra cosa es que en la práctica ciertos puntos no tienen de hecho esta interpretación sino que son llevados a cabo en una forma completamente contraria a la Ética cristiana. Me voy a referir someramente a dos puntos: la salud reproductiva y el desarrollo sostenible.

3. Salud reproductiva

Uno es la salud reproductiva. Con este término la OMS entiende “un estado de bienestar físico, mental y social de la persona humana en cuanto concierne al sexo, a sus funciones; no se limita a la ausencia de enfermedades; la salud reproductiva se define como una constelación de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la misma salud reproductiva y al bienestar, previniendo y resolviendo los problemas de dicha salud. Incluye también la salud sexual, cuyo propósito es el realce de la vida y las relaciones personales y no solamente la consejería y el cuidado relacionado con las enfermedades de la reproducción transmitidas sexualmente.

En el documento de Beign, n.º. 95 se dice que “los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos. Estos derechos consisten en el derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente el número, el espacio y la frecuencia de sus hijos y tener la información y medios para actuar así y el derecho para alcanzar el standard más alto de la salud sexual y reproductiva”.

Por tanto, dice en el n.º. 94, “salud reproductiva implica que la gente pueda tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tenga la capacidad de reproducir y la libertad de decidir sí, cuándo y qué seguido hacerlo. Implícita en esta condición está el derecho de hombres y mujeres de ser informados y tener acceso según su elección a los métodos de planificación familiar seguros, efectivos, abordables y aceptables; como otros métodos de su elección para la regulación de la natalidad que no están contra la ley”. n.º. 94 “Los derechos humanos de la mujer incluyen el derecho de controlar y decidir libre y responsablemente en materias relacionadas con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, libre de coerción, dis-

crimación y violencia. nº. 97. “La habilidad de la mujer para controlar su propia fertilidad, forma una base importante para gozar de otros derechos”. nº. 93. “La consejería y el acceso a la información y servicios para la salud reproductiva para los adolescentes todavía es inadecuada o falta completamente y con frecuencia no se considera el derecho de una adolescente a la privacidad, a la confidencialidad, a su consentimiento informado y consciente. Se dice que es un derecho del individuo y de la pareja.

Observaciones:

Detrás de estas expresiones se deja la puerta abierta para entender la salud reproductiva como el freno para el aumento demográfico que se propone como el gran mal a evitar, dejando también el recurso patente al aborto y contraceptivos.

No se habla del matrimonio o de la familia, sino de la pareja y del individuo, lo que falta a quien así lo desee a poderse aquí encontrar con el homosexualismo y el lesbianismo. Es una muestra de cómo se procede en la “Nueva Ética” haciendo coincidir las contradicciones para que cada quien piense como quiera pero actúe en un sentido para así “poder vivir juntos a nivel nacional e internacional”.

El día 8 de presente mes de mayo de 1997, representando a la Santa Sede ante la OMS dije lo siguiente: respecto a la *Salud reproductiva*, mi Delegación quisiera subrayar que este programa concierne directamente a la vida del hombre y que no puede limitarse a una fase de la existencia humana. El hombre es un todo, con su dimensión física, psíquica, emocional y relacional. En consecuencia, la concepción, la venida al mundo, las relaciones sexuales, hacen parte de un conjunto que compromete a la persona en una dinámica de relación que concierne tanto a la familia cuanto a la sociedad. Una salud ligada únicamente con la función sexual y reproductiva sería reductora y en cierta forma en contradicción

con la misma definición de la salud que ha sido dada por la OMS, esto es, *un estado de bienestar físico, psíquico y social del individuo*.

4. Desarrollo sostenible

Otro punto que llama la atención por su insistencia es el que se habla mucho de “*desarrollo sostenible*”. En la Asamblea General de NU del 24 de octubre de 1995 se dijo al respecto: “El desarrollo económico, el desarrollo social y



la protección ambiental son interdependientes y componentes del “*desarrollo sostenible*” que mutuamente lo refuerzan”. Parecería esto muy justo, sin embargo, según la interpretación de algunos grupos de la ONU, las cosas van por otros derroteros.

5. La “Carta de la Tierra”

En Naciones Unidas nos encontramos con la llamada “*Carta de la Tierra*”. En la “*Carta de la Tierra*” se habla de una nueva espiritualidad. Se habla de una red, de una tela de vida en la que todos coexistimos. La finalidad es el respeto al medio ambiente: la tierra es divina, todo tiene espíritu: las piedras, los árboles,

el arco iris, etc., el hombre debe someterse a la tierra, la salud del individuo viene englobada en la salud de la tierra. Todas las religiones deben de extraer de su contenido lo que potencie las relaciones con la tierra para respetarla más. La tierra es divina, es la Madre tierra. Junto con el Creador Dios, es el principio divino femenino del que todo brota. Este es el sentido del “*desarrollo sostenible*”.

Es la nueva religión propuesta a las Naciones Unidas. Es un Panteísmo con elementos tomados en especial del Taoísmo, del Budismo y de la religión ancestral de los indígenas americanos, privilegiando a estos últimos. Individualiza a la tierra como sujeto vivo del que dependemos. La tierra tiene sus derechos, sus necesidades, prescribe normas. Entre sus varios sostenedores descuella un grupo denominado GAIA y otro, “Los Cuidadores de la Sabiduría”.

Los contenidos de la “*Carta de la Tierra*”, tratarán de pasar de ser objeto de una campaña de la sociedad civil a una nueva “ley suave internacional”, si es que son aprobados por consenso en la próxima Asamblea General de Naciones Unidas que tendrá lugar el mes que entra, junio de 1997. La “*Carta de la Tierra*” y en especial lo que respecta al “*desarrollo sostenible*”, serán la nueva versión de “*los Derechos del hombre*”, redactados en Naciones Unidas en 1948.

Será el nuevo código de conducta transformado en principios de ley internacional. En sus orígenes, la comisión Burtland que inicia estos planteamientos, tenía 22 normas, ahora se dice que se debe redactar una carta clara y breve para que obtenga el consenso general de todos los miembros de la ONU; en ella se pondrán “imperativos morales y líneas guía prácticas para un “*desarrollo sostenible*”.

Alrededor de 4000 Organizaciones no gubernamentales sostuvieron en Río de Janeiro en el año 1992 los postulados de esta carta, pero entonces las circunstancias se dice que no estaban maduras para el consenso intergubernamental,

ahora sí. Son tres las organizaciones que la promueven en especial, el llamado “*Consejo de la tierra*” bajo la dirección de Maurice Strong, “*La Cruz verde internacional*”, bajo la dirección de Michail Gorbachev y el Gobierno de Holanda bajo la dirección de su primer ministro, Lubbers. El objetivo del Consejo de la Tierra, afirman, será “una transición a un nuevo sendero de desarrollo que sea sostenible en términos ambientales, humanos y económicos”, “una nueva alianza global que abraza ricos y pobres, basada en cambios fundamentales en la conducta y relación económicas”.

Observaciones:

Como nos podemos dar cuenta, el ligar “*desarrollo sostenible*” con ecología es muy justo, pero lo que no es así es el divinizar la tierra y ponernos estrictamente en los antípodas del Génesis: en lugar de dominar la tierra, dejarnos dominar por la misma. El dominio cristiano de la tierra es un dominio humano, racional, no por supuesto su destrucción. Es la conducción del “*habitat*” como prolongación del mismo hombre, con toda la humanización cultural que ello exige y conlleva; completamente opuesta a la destrucción y deprivación del ecosistema. Es desarrollar en el mundo los vestigios y huellas de Dios para que el hombre sea más cercanamente su imagen.

Con relación a este desarrollo sostenible, en la misma Asamblea General de la OMS citada, en la intervención a que me he referido, dije: Si el desarrollo humano integral se vuelve el cuadro estratégico de la nueva política de la OMS, esto querrá decir que la persona humana debe ser su fin y su medida; reafirmar el respeto de su dignidad, su derecho a la vida y a una salud de calidad; recordar el derecho y la obligación de las Naciones a una cooperación y a una solidaridad basada sobre este respeto y la responsabilidad de todos y de cada uno, constituyen la mejor garantía moral de

una política sanitaria conforme a la misión original de la OMS, proyectada hacia el Tercer milenio.

6. Estrategias en las Naciones Unidas

Come mencionábamos anteriormente, todos estos caminos de pensamiento no es que sean por ahora los pensamientos oficiales de Naciones Unidas, sino de grupos de personas, en especial de ONGs que se agrupan en este Organismo mundial. En las reuniones generales de las Asambleas, hacen prevalecer a veces sus puntos de vista porque sus miembros van a ellas más preparados y con mayor abundancia de recursos económicos que muchos de los países hacen casi sólo acto de presencia y no se empeñan en las discusiones a fondo, éstos lo hacen y hacen a la vez prevalecer sus puntos de vista en la Organización.

Con relación a la Santa Sede ha habido ya de parte de algún grupo la petición de quitarle su Status jurídico como observador porque, dice dicha petición que la Santa Sede “actúa en Naciones Unidas para promulgar puntos de vista religiosos”, y “una y otra vez hemos visto demostrado, continua diciendo la petición, lo inapropiado y los efectos negativos de permitir a la Santa Sede usar el sistema de las Naciones Unidas para avanzar las posiciones teológicas de la Iglesia católica”²⁸. Sin embargo, no es el sentir oficial, como lo acabo de comprobar en la participación reciente que tuve en Naciones Unidas OMS; me encontré con gente comprensiva y dialogante.

A manera de conclusión

En consecuencia, las posiciones que encontramos en Naciones Unidas en cuestión de exigencias de salud y Ética, son enunciados que admiten pluralidad de significados y consecuentemente con los cuales se puede dialogar.

Dado que los textos deben quedar abiertos al multiculturalismo, hay necesidad de per-

manecer siempre adentro para poder dar el sentido cristiano y que éste se reconozca en el mundo como un sentido válido con el que siempre se pueda dialogar. No olvidemos, que fuera de cualquier triunfalismo, en el mundo la fe católica es compartida por una quinta parte de la población mundial, y que por tanto, siquiera desde el punto de vista cuantitativo, tiene derecho de ser escuchada y valorada al menos como una opción válida, lo que incluso ha aceptado la comisión de expertos sobre la Ética, a que nos hemos referido anteriormente.

Ciudad del Vaticano,
15 de mayo de 1997.

+ JAVIER LOZANO
BARRAGAN

Arzobispo

Obispo emérito de Zacatecas
Presidente del Pontificio Consejo
para la Pastoral de los
Agentes Sanitarios

Notas

¹ G.DAVANZO, *Cuidado de la salud*, Diccionario enciclopédico de Teología Moral, Madrid (1974) 987-991.

² Cf. ELIZARI F.J. Y OTROS, *Praxis cristiana 2. Opción por la vida y el amor*. Madrid (1981) 171-196.

³ Cfr. GARCÍA GUILLÉN DIEGO, *La Ética y la calidad de la vida*, en CELAM, *Biogenética*, Bogotá (1992) 209-228

⁴ Comisión de hospitales de la Comunidad Económica Europea, 6/9 mayo/79

⁵ Cfr. ELIZARI Y OTROS *ibid.*

⁶ E.TELFER, *Justice, Welfare and Health Care*, *JournMedEth* (1976) 107-111.

⁷ cfr. F.J. ELIZARI Y OTROS *ibid.*

⁸ II,4

⁹ II,5

¹⁰ II,6

¹¹ II,8-9

¹² II,10

¹³ II,11

¹⁴ II,12

¹⁵ II,13

¹⁶ II,14

¹⁷ II,16

¹⁸ II,17

¹⁹ II,18

²⁰ II,19

²¹ II,20

²² II,22-23

²³ cfr. MARGARITA A.PEETER, *Conferencia del Cairo y OMS*.

²⁴ II,25

²⁵ II,27

²⁶ El actual director general de la OMS, Dr. Nakajima ha afirmado que probablemente en el futuro la ética dimanante de una concepción monoteísta no fuese aplicable.

²⁷ Cf. MARGARITA A. PEETER, *Nuevo debate sobre Ética de la Salud en la OMS, consulta ética y salud a nivel global*, agosto 30 – septiembre 1 de 1995, Geneve. Reporte de feb. 27 de 1996.

²⁸ Documento de la IPPF.

testimonios



*El carácter no lucrativo
del Apostolado católico
en salud*

*Ecuador: Documento base
para la conformación
de la Pastoral de la Salud*

*La Pastoral de la Salud
en la Iglesia italiana*

El carácter no lucrativo del Apostolado Católico de la Salud en Estados Unidos

DECLARACION DE 1996 DE LA COALICION NACIONAL ESTADOUNIDENSE PARA LA PASTORAL SANITARIA CATOLICA

Uniéndose a la Coalición Nacional para la Pastoral Sanitaria Católica en Estados Unidos, el Comité Ad Hoc para los Asuntos Sanitarios en relación con la Iglesia hace suya esta declaración.

«Afirma que la pastoral sanitaria de nuestra Iglesia continúa la misión sanante de Jesús. Llamada a hacerse un signo del amor incondicional de Dios a todos, especialmente a los pobres y a los vulnerables, esta pastoral es uno de los servicios más importantes que la Iglesia proporciona a la sociedad.

Afirmamos también que la asistencia sanitaria se distingue fundamentalmente de la mayoría de los bienes y servicios y que se presta mejor, por tanto, en un marco donde las necesidades humanas y comunitarias sean el criterio principal.

En consecuencia, creemos que los acuerdos de propiedad conjunta entre las organizaciones sanitarias católicas y las cadenas hospitalarias que pertenezcan a sus accionistas comprometen en un grado inaceptable a la misión de la Iglesia.

La motivación principal de las cadenas hospitalarias que pertenecen a sus accionistas es de dar un rédito a éstos. El interés primario de nuestra pastoral es de servir a todos en nombre de Jesús.

En este contexto, puesto que la asistencia sanitaria forma parte integrante del ministerio sanante de la Iglesia, recomendamos con fuerza que, cuando se consideran los acuerdos de propiedad conjunta, se dé prioridad a los acuerdos entre los centros sanitarios católicos.

La Coalición Nacional promete emplear sus recursos a favor del futuro de la asistencia sanitaria católica y de la pastoral de la salud en el siglo XXI.»

Carta enviada a los Obispos de Estados Unidos con el texto de la Declaración sobre la asistencia católica en el campo de la salud

SECRETARIA ESTADOUNIDENSE DE DOCTRINA Y PRAXIS PASTORAL

COMITÉ AD HOC PARA LOS ASUNTOS SANITARIOS EN RELACION CON LA IGLESIA

11 de Abril de 1997

A raíz de la recomendación y del texto presentado al Comité Ad Hoc para los Asuntos Sanitarios en relación con la Iglesia, por parte del Comité Administrativo, y con la aprobación de éste, le enviamos la declaración titulada *El carácter no lucrativo de la Pastoral Sanitaria Católica*. El propósito de esta declaración es de reafirmar la verdad fundamental sobre la naturaleza del apostolado católico en el campo de la salud.

Guiada por la enseñanza del Papa Juan Pablo II de que existen algunos bienes que por su misma naturaleza no pueden ser meros artículos de comercio, la declaración fue redactada en un primer momento por la Coalición Nacional para la Pastoral Sanitaria Católica, que la difundió como respuesta a los interrogantes sobre la conveniencia de la conversión de la asistencia sanitaria católica, pasando de su condición no lucrativa a la de una actividad lucrativa bajo la propiedad de los accionistas. Forman parte de la Coalición los obispos miembros del Comité Ad Hoc y los representantes de la Asociación de Centros Católicos de Ciencias de la Salud, la Conferencia de Superiores Mayores de Religiosos, el Consejo de Superiores Mayores de Religiosas y la Conferencia Directiva de Religiosas.

Pedimos con constancia en la oración que el apostolado católico de la salud siga siendo un santuario en el ámbito sanitario, que cambia tan velozmente.

Nos despedimos fraternamente en Cristo.

+ DONALD W. WUERL
*Obispo de Pittsburgh
Presidente del Comité Ad Hoc
para Asuntos Sanitarios
en relación con la Iglesia*

Documento base para la conformación de la Pastoral de la Salud

CONFERENCIA EPISCOPAL ECUATORIANA

Antecedentes

La Iglesia del Ecuador está preocupada y angustiada frente al creciente empobrecimiento en el que están sumidos los ecuatorianos y que repercute en la Salud.

Realidad

1. Cambios profundos en la sociedad actual y en especial en el mundo de la Salud.

2. Conquistas y avances. Las conquistas científicas y los avances tecnológicos, con sus implicaciones ético-morales, los avatares socioeconómicos y políticos.

3. Situación de injusticia social

- Descuido en el gasto social
- Situación de violencia, muerte, asesinatos, daños ecológicos, graves problemas de nutrición, mortalidad materno infantil, enfermedades endémicas, que descargan sus consecuencias en dolor y sufrimiento para los pobres.

4. El hombre sufriente.

- El sufrimiento y el dolor no afectan a la persona sólo en su aspecto físico, sino que repercuten en su integridad personal, familiar y comunitaria.

El sufrimiento es un problema humano.

5. Desastres naturales y ecológicos.

6. Deterioro e insuficiencia en los servicios de salud.

7. Mala aplicación de los recursos

El 80% para asistencia terciaria

El 5% para asistencia primaria

8. Factores de deshumanización

9. Analfabetismo, subempleo

10. Falta de orientación de nuestros facilitadores de la misión de la Iglesia en la Pastoral de la Salud.

11. Falta de coordinación entre los centros de salud de la Iglesia y el MSP para no duplicar los servicios.

12. No hay acceso a los Centros de salud por la distancia de las comunidades y por razones culturales y económicas.

13. Distorsión de la información de salud o no información.

Justificativos

1. Es necesario delinear un proyecto unitario de Pastoral de la Salud con la colaboración de todos los trabajadores cristianos en ese campo.

2. Encarar las acciones de defensa de la vida y la salud, no sólo en función de las necesidades inmediatas de las personas y de las colectividades, sino desarrollando proyectos, en un marco de equidad, solidaridad, justicia, demoracia, calidad de vida y participación ciudadana.

3. Los profesionales de la salud debemos estar en actitud de escucha y de búsqueda para apoyar los proyectos de promoción y actuar pastoralmente con eficacia y realismo.

4. Se necesitan respuestas nuevas de parte de la comunidad eclesial para un servicio eficaz a los hombres y mujeres con los cuales ella es íntimamente solidaria (*Gaudium et spes*).

5. La Iglesia debe ofrecer su aporte específico y comprometerse testimonialmente, recuperando la dignidad del hombre primero y fundamentando un camino de Iglesia después (*Redemptor hominis*).

6. El hombre sufriente tiene que ser motivo de preocupación y solicitud en la acción misionera de la Iglesia.

7. El compromiso y el testimonio de numerosos laicos y el sufrimiento de grupos com-

prometidos en el mundo de la salud son un signo de esperanza y un desafío para la Iglesia y la Pastoral de la Salud en la formación y capacitación del ser humano.

8. La Pastoral de la Salud debe tener actitudes de apertura y valoración de los aportes provenientes de las ciencias psicosociales e investigaciones médicas, fundamentarlas y organizar una estructura propia con la Palabra de Dios y el Magisterio a nivel nacional, diocesano y parroquial.

9. Coordinación con la Pastoral Orgánica general para conllevar las acciones de la Iglesia en el campo de la evangelización.

Desafíos

- La salud es un derecho fundamental al cual toda persona debe tener acceso sin privilegio ni exclusiones y un deber personal que no puede ser eludido bajo ningún pretexto.

- La salud es una condición esencial para el desarrollo personal y colectivo.

- Preparación de los agentes de salud.

- Sensibilizar a los profesionales de salud en el campo de la humanización.

- Concientizar a la sociedad de que cada uno tiene su participación en salud.

- Formación de comisiones diocesanas que tengan autonomía para decidir en la diócesis.

- Buscar fondos para que los proyectos se vuelvan sustentables.

- El trabajo preferencial por los pobres y marginados.

- La Iglesia ayude a recuperar los valores medicinales de cada comunidad.

- Que la salud sea un espacio para la evangelización.

- Las comunidades de base asuman su propia responsabilidad.

- Atención primaria de salud para llegar "a la salud de todos en el año 2000", de acuerdo al perfil epidemiológico, prevención y promoción de madres y niños.

- Coordinación de la Iglesia con el MSP y la Universidad para buscar políticas únicas.

- Establecer convenios entre los dispensarios de la Iglesia para trabajar conjuntamente en la salud preventiva en las parroquias.

Los cristianos debemos encarar las acciones de defensa de la vida y la salud. La salud es afirmación de la vida y como tal tiene que ver con: la subjetividad, la espiritualidad, la convivencia democrática, la cultura del reconocimiento de lo diferente, la cultura de la alegría y la fiesta, la convivencia con la naturaleza, la relación con la tierra como madre de la vida y como casa y medio ambiente de todos los seres.

La salud en una concepción dinámica y socioecológica, permite entender no sólo las causas físicas de la enfermedad sino también las causas sociales. Esto nos ayuda a un diálogo y una concertación entre la Sociedad Civil y la Iglesia y a mejorar la situación sanitaria del país.

Fundamentación teológica

Mirar la realidad a la luz del Evangelio nos hace descubrir los signos de vida y de muerte que se revelan en nuestra práctica cotidiana y nos interpelan para definirnos como generadores de vida o de muerte.

La palabra del Señor se hace escuchar desde los rostros sufrientes de los hombres y mujeres. Nos dice que tienen hambre y sed, que están enfermos y nos llama a comprometernos en el cuidado de la vida y de la salud.

Desde esta perspectiva de fe descubrimos que el compromiso y la solidaridad de la Iglesia en la afirmación de la vida es un signo de la acción salvadora y liberadora de Dios en la Historia.

- Génesis 1, 2-6
- Génesis 3, 8
- Deuteronomio 30, 19

- Filipenses 2, 6-8; 16
- Mateo 4, 23-25. 31; 10, 7-8
- Marcos 2, 1-11; 5, 24-34
- Isaías 61, 1-2; 9, 1-2; 5, 12-26; 50, 4-11
- Lucas 4, 16-21; 9, 1-2; 5, 12-26; 6, 6-11; 7, 36-50; 8, 43-48; 13, 10-17; 17, 11-19; 18, 35-43; 22, 2; 23, 2
- Juan 6, 54-63; 4, 46-54; 9, 1-41; 10, 10
- Hechos 3, 1-11
- Apocalipsis 21, 1-5

Fundamentación teológico-bíblica

- Cuidado de la vida y la salud como acción salvadora y liberadora de Dios en cada hombre.

- Todo fue creado por Dios para el bien y la felicidad y el hombre debe disfrutar, transformar, comunicar, cuidar, defender y participar la vida en libertad.

- La cruz como fuente de sentido y esperanza.

- Actitud de Jesús con el que sufre para levantarlo, para que se sienta digno y útil a la sociedad.

- Misión Profética: anuncio y denuncia.

- Salud es salvación: "cura-ba-sanaba, integralmente".

- Ir proclamando que el Reino de Dios está cerca: - curar los enfermos.

- El espíritu del Buen Samaritano es curar.

- El servicio de la salud es una misión, es un llamado, un envío.

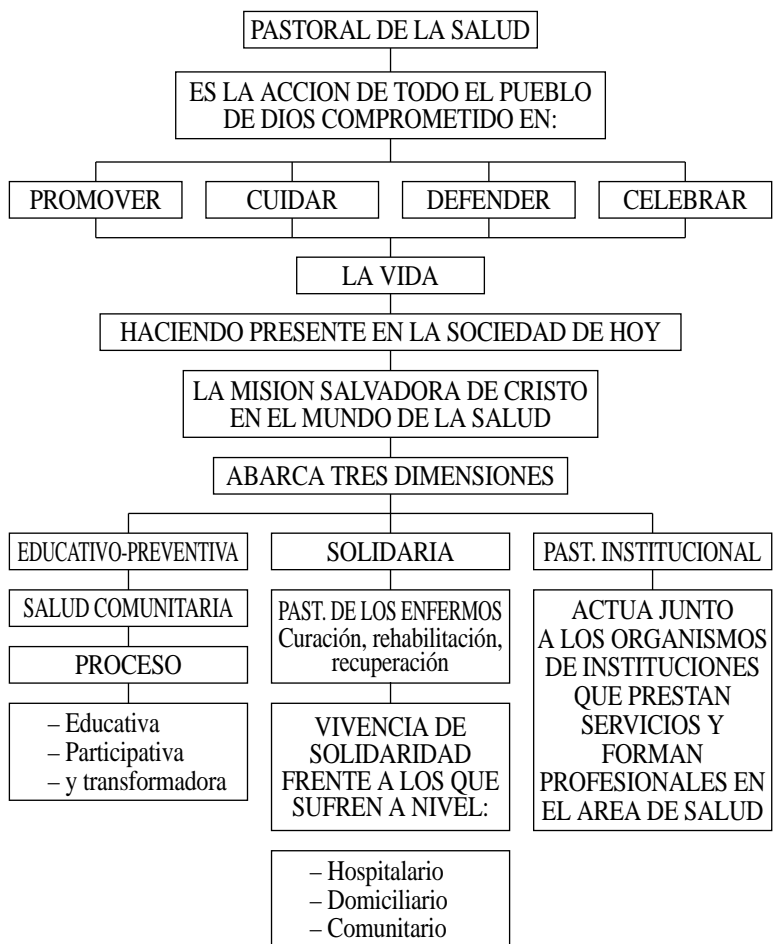
- Jesús anuncia el reino con gestos y palabras. Los pobres y olvidados son protagonistas del Reino, son sujetos y evangelizadores.

- Busquen primero el reino de Dios Mat. 6, 33; 7, 7. Juan 11, 25; 8, 31.

- Busquen y encontrarán; golpeen y les abrirán.

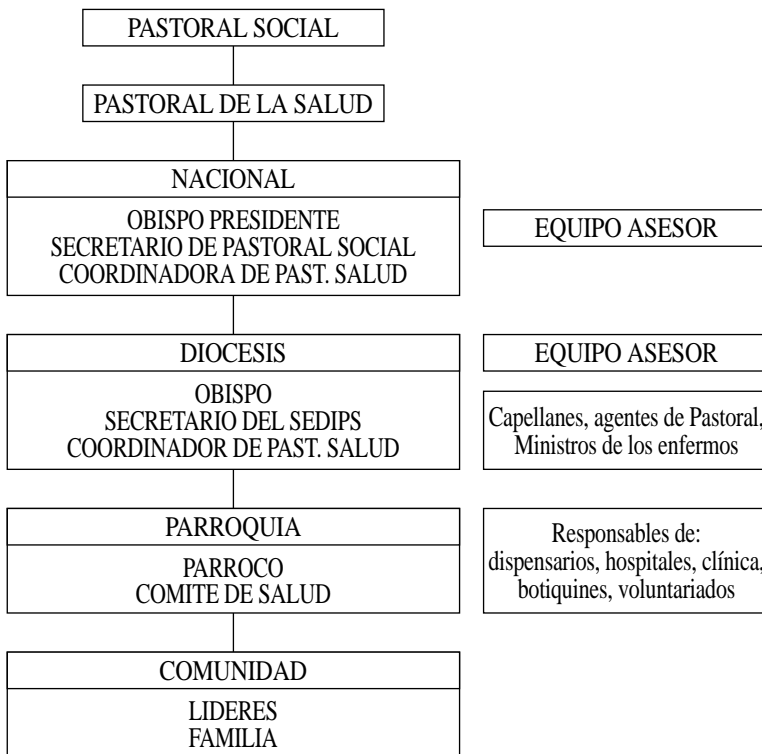
- El que cree en mí tiene la vida eterna.

- Hijos de la luz y de la verdad somos, generadores de vida, de verdad y de luz.



La Pastoral de la Salud está llamada a revestir de esperanza toda la acción Pastoral de la Iglesia. (Juan Pablo II).

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA PASTORAL DE LA SALUD



PASTORAL DE LA SALUD

Objetivo General

Evangelizar con renovado espíritu misionero, el mundo de la salud, en una opción preferencial por los pobres y enfermos participando en la construcción de una sociedad justa y solidaria al servicio de la vida.

Líneas de acción:

- Pastoral de Salud Comunitaria
- Pastoral de Salud de los enfermos
- Pastoral de Salud institucional

I. PASTORAL DE SALUD COMUNITARIA

Objetivo General

Motivar en la comunidad un proceso educativo, preventivo, participativo y transformador para mejorar la calidad de vida.

1. Objetivos específicos a corto plazo

1.1. Estructurar y organizar el departamento de Pastoral de la Salud en cada diócesis

Estrategia:

Reunión con las autoridades diocesanas.

Actividades:

- a. Comunicación e información, con las autoridades a nivel nacional, diocesano y parroquial sobre los avances del proyecto.
- b. Estudio del proyecto con los Secretarios diocesanos y coordinadores de salud de las diócesis.
- c. Organización de las comisiones diocesanas de salud: regionalización, sectorización y nombramiento de responsables y coordinadores.

1.2. Evaluar sobre la realidad de salud de cada diócesis y buscar alternativas de solución

Estrategia:

Análisis con los secretarios diocesanos y párrocos de la realidad en salud a nivel: na-

cional, diocesano y parroquial.

Actividades:

a. Intercambio de información sobre la realidad de salud de cada diócesis e inventario de todos los recursos disponibles: físicos, sico-sociales, económicos y espirituales.

b. Elaboración de programas para prevención y promoción de salud, y/o apoyo a los programas, proyectos y organización de lo ya existente.

c. Recopilación de las investigaciones que el MSP y las ONGs tienen sobre la materia.

1.3. Planificar, coordinar y evaluar los programas de prevención y promoción de salud en cada diócesis

Estrategia

Encuentros de trabajo para la planificación de los programas a nivel diocesano, parroquial y nacional.

Actividades

a. Elaboración de programas para prevención, promoción y recuperación de la salud de las personas familias y comunidad.

b. Organización de los programas de educación para la salud en los centros de salud y dispensarios.

c. Capacitación de los agentes de salud en la Pastoral de la salud.

d. Vinculación de los profesionales de la salud y demás recursos humanos en las tareas de educación y prevención.

e. Evaluación del proceso y producto de los programas.

2. Objetivos específicos a mediano plazo

2.1. Profundizar en la comunidad la conciencia sobre el derecho a la vida y el deber de trabajar para alcanzar condiciones de vida más humana

Estrategia:

Entrenamiento y movilización de los agentes de salud para promover en la comuni-

dad la participación activa en la defensa de la vida.

Actividades:

a. Capacitación a los agentes comunitarios para que sean multiplicadores a dos niveles: familiar y comunitario.

b. Revisión y actualización de la realidad sanitaria de la parroquia y del inventario de los recursos: físicos, sico-sociales, económicos y espirituales (referentes a los derechos de la vida)

c. Sistematización de la información y difundirla a nivel nacional, diocesana y parroquial.

d. Utilización de los recursos y de la sabiduría popular

e. Defensa de la salud ecológica y denuncia de aquello que atenta contra la vida y la dignidad humana.

f. Evaluación del impacto del programa de salud en la comunidad.

3. Objetivos específicos a largo plazo

3.1 Integrar el anuncio de la buena nueva a través de actividades, palabras, gestos y acciones

Estrategia:

Conformación de grupos organizados y sensibilizados en la Pastoral de la salud que respondan al compromiso cristiano.

Actividades:

a. Preparación de metodologías y materiales adecuados para la capacitación y formación inicial y continua.

b. Capacitación a los agentes multiplicadores para evangelizar el mundo de la salud iluminados por el Evangelio, la doctrina social de la Iglesia y la Fé.

II. PASTORAL DE LOS ENFERMOS

Objetivo general:

Evangelizar a los enfermos a fin de transformar el sentido del dolor y la enfermedad en un medio santificante.

1. Objetivos específicos a corto plazo

1.1. Estimular en todas las personas que hacen salud la vivencia de la solidaridad junto a los que sufren: al enfermo y a su familia, tanto a nivel hospitalario como comunitario

Estrategia:

Reuniones con los capellanes, agentes de pastoral y voluntariado (ministros de los enfermos) de hospitales y clínicas para conformar grupos de reflexión y apoyo.



Actividades:

a. Conformación de equipos comprometidos para la animación en la Pastoral de los enfermos.

b. Elaboración de un plan de acción basado en la realidad y necesidades de la institución.

c. Capacitación a los equipos interdisciplinarios dentro de las líneas pastorales propuestas.

d. Búsqueda, organización y coordinación del voluntariado.

e. Apoyo, acompañamiento y orientación del enfermo y la familia.

f. Elaboración y actualización de un fichero del enfermo asistido y del voluntariado.

2. Objetivos específicos a mediano plazo

Promover la vida de oración y la reflexión de la palabra de Dios para compartirla con los que sufren

Estrategia:

Conformación de los equipos de reflexión de la palabra de Dios para vivir la vida de oración.

Actividades:

a. Capacitación al voluntariado en forma integral y permanente en la atención espiritual-afectiva del enfermo y familiares.

b. Coordinación con los capellanes y los equipos existentes en el hospital o en la parroquia.

c. Buscar y organizar al voluntariado en los grupos de Iglesia.

e. Asistencia espiritual al enfermo y acompañamiento a sus familiares.

3. Objetivos específicos a largo plazo

Coordinar con los grupos de salud parroquial para continuar con la asistencia del enfermo en su domicilio

Estrategia

Reuniones para establecer el enlace entre el voluntariado de la parroquia y el hospital y viceversa para continuar el acompañamiento al enfermo.

Actividades:

a. Apoyo a los grupos parroquiales para que sean capaces de dar ayuda física, psicológica y espiritual de acuerdo a las necesidades detectadas.

b. Orientación al voluntariado para que, de sus propias reflexiones, puedan encontrar las respuestas apropiadas a cada situación.

c. Organización de visitas a los enfermos a nivel comunitario y hospitalario.

d. Acompañamiento a la familia del enfermo tomando en cuenta el aspecto humano y cristiano.

e. Creación de un fondo de solidaridad parroquial para ayuda económica: medicamentos, ropa, movilización, etc.

f. Actualización del censo parroquial de los enfermos y ancianos.

g. Preparación y celebración del sacramento de los enfermos, comunitariamente, en la parroquia.

h. Organización de grupos de enfermos que comparten: oración y experiencias de animación y ayuda mutua.

III. PASTORAL DE SALUD INSTITUCIONAL

Objetivo general

Trabajar junto a los organismos e instituciones que prestan servicios y forman profesionales en el área de salud para motivar a una atención más humana e integral de la persona enferma.

1. Objetivos específicos a corto plazo

Detectar la realidad institucional con relación a personas con compromiso cristiano

Estrategia:

Contactar con personas comprometidas profesional y cristianamente en la institución de salud.

Actividades:

- Comunicación con el director del hospital o clínica.
- Comunicación con el Capellán.
- Estudio de la realidad de la institución de salud.
- Conformación de un equipo comprometido en la humanización de la atención al enfermo.
- Solicitar la aprobación del director del hospital o clínica.
- Buscar y apoyar los grupos ya existentes.
- Capacitación y formación integral de los profesionales de salud comprometidos en mejorar los aspectos humano, cristiano y ético de la atención.

2. Objetivos específicos a mediano plazo

Conformar equipos de reflexión sobre las implicaciones de la ciencia, la tecnología y la bioética en la atención a los usuarios

iluminados por la Palabra de Dios

Estrategia:

Establecer reuniones periódicas con el personal de salud comprometidos con esta pastoral.

Actividades:

- Preparación de una agenda de trabajo basada en las necesidades institucionales.
- Preparación de encuentros, seminarios, talleres con temas de ciencia, técnica, bioética, enfatizando la humanización en la atención.
- Contribución en el estudio y propuestas de las políti-



cas de salud.

- Motivación a los profesionales en su compromiso social de educar a los enfermos y familiares.
- Reconocimiento de la vida como un Don de Dios y comprometerse a defenderlo.

3. Objetivos a largo plazo

Motivar al personal administrativo y de servicio sobre la importancia de la humanización en la atención al enfermo

Estrategia:

Encuentros con administrativos para la capacitación en una atención humanizada.

Actividades:

- Utilización de los medios de comunicación para educación, información y difusión en la comunidad en favor de salud y la defensa de la vida.
- Organización la semana del enfermo (11 de febrero) y

celebraciones de súplica y acción de gracias u otras.

c. Implementación material de pastoral y educativo en las instituciones de salud.

Anexo A

Pastoral de la Salud Parroquia

- Promoción, formación humana
- Asume el cuidado y preservación de la salud
- El acompañamiento pastoral a los enfermos y ancianos

En fidelidad a su misión de conquista del Reino de Dios.

Anexo B

Sugerencias de como organizar la Pastoral de Salud en la Parroquia

Objetivos:

Convocar a la comunidad a participar en el voluntariado de servicio por los enfermos.

- Valorar la importancia de trabajar en grupo
- Reflexionar sobre los objetivos y líneas de acción del documento base para la conformación de la Pastoral de la Salud.

Objetivos de un grupo de Pastoral de la Salud:

– Colaborar en la prevención y promoción de la salud apoyando programas y organizaciones comprometidos en este trabajo.

– Promover la capacitación y formación integral de los agentes de Pastoral de Salud.

– Sensibilizar y motivar a la comunidad cristiana para que se preocupe por sus enfermos y ancianos.

– Hacer presente el amor del Señor a los enfermos y familiares en el hospital y en el domicilio.

– Capacitar a la comunidad para desarrollar acciones básicas de salud: prevención, educación, nutrición, rehabilitación.

Pasos para la conformación de un grupo de Pastoral de Salud

Es un proceso en el que tenemos que considerar:

1. Sensibilización y concientización

Objetivo

– Motivar a la comunidad para que se interese en la participación.

Actividades

– Realizar campañas de motivación a la comunidad cristiana con carteles, hojas volantes, mensajes, visitas de puerta a puerta.

– Convocar a los grupos apostólicos, comunidades religiosas, centros de salud, colegios, escuelas y otros organismos e instituciones que trabajan en salud para que se comprometan en el cuidado y en la promoción de la salud.

– Aprovechar las reuniones grupales como las misas, las fiestas litúrgicas y demás celebraciones para detectar los líderes de la parroquia.

2.

Objetivo

Conformar y organizar el grupo de Pastoral de la Salud.

Actividades

– Convocar a una reunión a las personas motivadas con la presencia del párroco.

– Tener un programa claro con objetivos concretos

– Reflexionar sobre los siguientes aspectos:

– La importancia de la Pastoral de la Salud en la parroquia

– La identidad, filosofía, objetivos, alternativas, acciones concretas del grupo.

– Identificar las principales líneas de acción.

– Conformar una directiva con sus respectivas funciones.

3.

Objetivo

Elaborar un plan de trabajo.

Actividades

– Sectorizar la parroquia, constituir el equipo de sector y nombrar los responsables y sus funciones.

4.

Objetivo

– Hacer un diagnóstico de la realidad.

Actividades

– Los equipos del sector deben responsabilizarse por el diagnóstico mediante visitas domiciliarias donde se tomará en cuenta:

– Situación socioeconómica de cada sector

– Principales problemas de salud

– Condiciones de vida

– Medio ambiente

– Problemas que inciden en la salud, enfermedad

– Problemas de basura, contaminación, agua potable, alcantarillado, drogadicción, alcoholismo, discapacitados.

– Cómo están conformadas las familias

– Instituciones de salud: centros, hospitales, ancianatos, guarderías, centros para discapacitados etc.

– Otras instituciones: colegios, escuelas, acciones comunales, ONGS.

5.

Objetivo

Realizar un censo de los enfermos y ancianos de la parroquia.

Actividades

– Conformar equipos de trabajo: solidaridad, acompañamiento, educación.

– Elaborar una ficha de cada enfermo y anciano:

a. – Nombre, edad, dirección

b. – Profesión, trabajo, gustos, habilidades

c. – Tipo de enfermedad o invalidez: tratamiento, alimentación, visitas médicas.

d. – Accesibilidad de los servicios de salud.

e. – Situación personal: Cómo está asumiendo su enfermedad, invalidez o ancianidad:

Aceptación, rechazo, depresión, angustia, pasividad.

f. – Situación familiar: aceptado y amado, descuidado y marginado.

g. – Condiciones ambientales: Estado de la vivienda, habitación, alimentación, elementos de aseo, ropa, medicinas.

h. – Estar satisfechas necesidades espirituales y religiosas.

6.

Objetivo

– formar y capacitar a los grupos de trabajo.

Actividades

– Encuentros constantes de formación y capacitación. Cursos de Biblia, primeros auxilios, nutrición, psicología de la persona enferma, cuidado del enfermo, prevención de enfermedades, etc.

7.

Objetivo

Programar y evaluar actividades.

Actividades

Los grupos deben reunirse cada mes pero fijando fecha, hora, sitio y preparar la reunión de programación y evaluación de actividades.

Estas reuniones deben iniciarse con la lectura bíblica, de un documento, una noticia o compartir experiencias vividas y en ellas se ha de procesar la información.

Nota: Este esquema es una sugerencia para la conformación del equipo de Pastoral de la Salud. Ud. puede modificarlo o cambiarlo según sus necesidades e iniciativas.

Anexo C

Exigencias de la Pastoral de Salud

1. – Es un trabajo realizado en nombre de la Iglesia y no a título personal, individual.

2. – Es obra del Espíritu: es trabajo y oración y realizado en el nombre del Señor Jesús.

3. – Es un trabajo de equipo para asegurar la eficacia del anuncio y su continuidad.

4. – Es un trabajo organizado y planeado.

La Pastoral de la Salud es:

– Pastoral de la vida y no de la muerte

– Pastoral de la Salud y no de la enfermedad

– Pastoral de todo el Pueblo

de Dios y no una Pastoral clericalizada.

– Pastoral de encuentro, de celebración y no una pastoral ritualista y fría.

– Pastoral evangelizadora misionera y no una Pastoral sacramentalista.

– Pastoral comunitaria y no individualizada la familia.

– Pastoral del enfermo, con el enfermo, personas evangelizadas y evangelizadoras.

Anexo D

Trabajo en equipo: puntos a considerarse

Colaboración interdisciplinaria

– Buenas relaciones interpersonales

– Condiciones locativas

– Objetivos claros para la unidad de criterios

– Colaboración y elementos de trabajo.

– Comunicación, diálogo

– Evaluación permanente

– Nivel de disponibilidad de los elementos del equipo

– Reconocimiento habilidades y valores de los otros

– Organización y coordinación

– Responsabilidad, honestidad

– El estímulo y la caricia psicológica

– Identificación con el trabajo

– Disponibilidad

– Los celos profesionales y la competitividad desleal dañan a los equipos.

Beneficios

– Crecimiento personal y profesional

– Logros de objetivos

– Eficacia

– Manejo mejor del tiempo y los elementos que proponen la Conferencia Episcopal Ecuatoriana y los asesores.

Anexo E

Perfil del trabajador de salud

I. *Vocación: nace o se hace*

– Llamado

– Opcionado

– Identificado con la institución; no hay que escupir en el plato que se come.

– El trabajador de la salud debe amar la vida y cuando pasa comunica vida porque es enamorado de la vida. En el medio hospitalario donde hay sufrimiento, dolor y muerte no puede el trabajador poner cara

de muerte sino comunicar vida.

– Actitudes y aptitudes adecuadas para ser trabajador de la salud: ella debe ser querida, amada y respetada; manifestarse en alegría de vivir.

– Disponibilidad: ser colaborador, honesto, responsable, y saber no aprovecharse.

II. *Servicio*

– A la vida

– A la persona

– Al que sufre

– Nunca habrá pago que satisfaga; por eso debe hacerse el trabajo como misión.

– Bueno, oportuno

– Adecuado

– Eficaz

– Calidad

– Empática: prevenir lo que el otro necesita.

– El mejor profesional es el que tiene más corazón (amor)

III. *Profesionalidad*

– Competencia

– Habilidad

– Actualización

– Capacitación permanente a todo nivel

– Trabajo en equipo; deben ser compartidas las labores

– En las responsabilidades, tareas; así se ofrece el mejor servicio

– Se define en la forma de trabajar

– Equipo de salud.



Introducción

Hace muchos años encontré al director de un grande hospital canadiense para discutir sobre el papel de la pastoral en la institución que dirigía. Durante ese interesante coloquio, me repitió varias veces que la acción de la pastoral sanitaria debe seguir las leyes del *marketing*. En su opinión, en efecto, la aceptación de lo que la Iglesia ofrece depende en gran parte del modo como se presenta a la gente.

Mientras preparaba este informe, me ha venido a la mente la sugerencia de ese administrador hospitalario. Me disponía pues a efectuar un buen marketing. Dicha preocupación, sin embargo, se ha desvanecido muy pronto cuando he pensado que la pastoral de la salud cuenta con vosotros como los primeros responsables. *De re vestra agitur*.

Esto aparece claramente en un texto de San Carlos Borromeo. Al comentar la parábola del *Buen Samaritano*, para el santo arzobispo de Milán el samaritano representa a Cristo, que recoge al herido, arrojado en los márgenes del camino, lo cura y luego de haberlo cargado en su cabalgadura, lo lleva a un albergue, símbolo de la Iglesia. El albergador, *es símbolo de los obispos*; a ellos Cristo les entrega al herido para que sea curado, dándoles dos denarios, imágenes del Antiguo y del Nuevo Testamento, llaves de interpretación del misterio del sufrir humano.

El decreto conciliar *Christus Dominus* ¿no invita quizás a los obispos a “tratar con particular caridad a los enfermos”? (CD 30).

Hecha esta premisa, en primer lugar quisiera recorrer con vosotros el camino realizado en los últimos treinta años por la CEI en el ámbito de la pastoral de la salud. Después de

una panorámica de la situación en el mundo de la sanidad y de la salud, pasaré a indicar la evolución de la presencia y de la acción de la Iglesia en este importante sector de la vida humana, concluyendo finalmente con algunas indicaciones operativas.

I. Examinando la programación pastoral elaborada por la C.E.I. a partir de los años 70, es posible identificar el lugar ocupado en ella por la pastoral de la salud¹.

Durante el período que va del 70 al 80, en el que las orientaciones pastorales se concentran en la relación entre *Evangelización y sacramentos*, fue publicado un documento consagrado a la pastoral de la salud: *Evangelización y sacramentos de la penitencia y de la Unción de los Enfermos* (1973).

Las 16 páginas dedicadas al sacramento y al cuidado pastoral de los enfermos respiran la atmósfera del Vaticano II y hallan un válido apoyo en el nuevo rito del sacramento; su edición es acompañada por una amplia introducción de carácter pastoral (*Sacramento de la unción y cuidado pastoral de los enfermos*, que se ha vuelto obligatorio a partir del 16 de febrero de 1975).

En el decenio 80-90, centrado en *Comunión y comunidad*, se elaboran cuatro documentos importantes. El primero es la *Nota* elaborada por la Consulta Nacional para la pastoral de la salud². Se trata de un texto importante que resume la reflexión realizada por la Iglesia italiana en este sector durante el período postconciliar. El segundo, es el Documento pastoral del Episcopado italiano *Evangelización y cultura de la vida humana* que “representa el acto final de las iniciativas de acción pastoral y de promoción cultural promovidas por

la CEI en 1988-89, en el XX aniversario de la publicación de la Encíclica *Humanae vitae*³. Se trata de un texto muy hermoso, en el que se tratan los temas del sufrimiento y de la muerte (nn.33-35), de los enfermos crónicos e incurables (n. 51), retomando las posiciones innovativas expresadas por Juan Pablo II en documentos anteriores (n. 59)⁴. Siguen luego: “*Problemas y perspectivas pastorales de los ancianos no autosuficientes*” (6 de junio de 1989) e “*Indicaciones pastorales sobre Los enfermos mentales*” (25 de octubre de 1989).

En la programación de los años 90, dedicados a *Evangelización y evangelio de la caridad*, se han publicado dos textos concernientes específicamente a la pastoral sanitaria: “*Nota sobre las consecuencias pastorales del problema de las drogadicciones*” (12 de junio de 1990) y “*Reflexiones pastorales sobre las condiciones de vida de los portadores de handicap*” (2 de febrero de 1991)⁵.

Aun siendo importante, el material dedicado específicamente a la pastoral sanitaria aparece bastante exiguo si es comparado con lo que el magisterio de los Papas, en particular de Juan Pablo II, ha ofrecido la Iglesia universal. Baste recordar la *Salvifici doloris*, los hermosos párrafos (52 y 53) de la *Christifideles laici*, el *Motu proprio Dolentium Dominum* con el que el Papa ha instituido el *Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios* y últimamente, el cuarto capítulo de la Encíclica *Evangelium vitae*.

Sin embargo, sería inadecuado limitar la atención de la C.E.I. hacia la pastoral sanitaria solamente a los documentos específicos indicados más arriba. En efecto, el camino propuesto por los programas

decenales de la Conferencia Episcopal Italiana constituye una pauta que todas las componentes de la Iglesia deben aplicar al propio sector. La relación evangelización-sacramentos, la importancia esencial de la comunión, la caridad como camino privilegiado del anuncio evangélico... son temas en los que los agentes comprometidos en el mundo de la salud pueden y deben encontrar estímulos eficaces para la renovación de su misterio.

Aun reconociendo este hecho, es natural para quien vive y obra en el sector sanitario, preguntarse ¿por qué en sus hermosos documentos sobre la caridad los pastores de la Iglesia hablan tan poco de la enfermedad y de la salud y del servicio caritativo hacia los hermanos y las hermanas que están viviendo la difícil estación del sufrimiento? En la "pauta" de reflexión en preparación al Congreso eclesial de Palermo de 1995: *El Evangelio de la Caridad para una nueva sociedad en Italia*, no se menciona la enfermedad, la muerte, el hospital y la sanidad, en un momento histórico en el que la *mala-sanidad* ocupa diariamente un espacio importante de nuestras crónicas.

¿Es verdad, como ha dicho alguien, que la *dimensión nocturna de la vida* – el dolor, la enfermedad, la muerte – producen mucho miedo también en los obispos hasta bloquearlos, sin que se den cuenta, y no les permite consagrarle la debida atención?⁶

A los escritos han seguido las iniciativas, entre las cuales debemos recordar la Institución de la Consulta nacional para la pastoral de la salud.

No obstante haya logrado su configuración definitiva en 1978, este organismo eclesial que depende de la C.E.I. comenzó en 1962, y ha sido uno de los primeros junto con la Oficina catequética y aquella para los emigrantes. Actualmente, la Consulta nacional está guiada por tres obispos pertenecientes a diferentes áreas geográficas, uno de ellos tiene el cargo de presidente. Designados por el Consejo permanente de la CEI, los tres Pastores aseguran una relación

más orgánica y directa de la pastoral sanitaria con toda la actividad pastoral de la Iglesia italiana. En su articulación, la Consulta – que en la actualidad goza de una oficina estable en la sede de la CEI – contempla la institución de organismos regionales (guiados por un obispo) y diocesanos y reúne a representantes de todas las categorías del Pueblo de Dios comprometidas en el mundo de la salud: las órdenes religiosas hospitalarias, los capellanes, las asociaciones católicas del sector, profesionales y de voluntariado, las varias asociaciones de enfermos.

Entre las muchas iniciativas de importancia de la Consulta nacional podemos recordar los tres congresos nacionales: el primero centrado sobre "Iglesia local y pastoral de la salud" (1981), el otro sobre "La pastoral de la salud en el territorio" (1981), el tercero "Proyecto eclesial en el mundo de la salud" (1995) y la elaboración de la *Nota* de la cual ya hemos hablado⁷.

No obstante que su funcionamiento sea desigual e inadecuado en muchos lugares, ninguno puede dudar sobre la importancia de estas estructuras de animación de las que depende, al menos en parte, el crecimiento orgánico, ordenado y continuo de la pastoral sanitaria.

Al presentar la implicación de los obispos en la pastoral de la salud, por obvias razones no es posible detenerse a hablar sobre las iniciativas de cada uno de los pastores a nivel diocesano y regional, que son muchas y variadas. No es fácil, en efecto, tener una documentación precisa sobre lo que es realizado en las diferentes iglesias locales⁸.

II. ¿Cuál es el rostro del mundo sanitario actual y, sobre todo, cuál es la atmósfera cultural que lo rodea?

Para responder a dicho interrogante, es bueno partir ante todo de una afirmación de Albert Camus. Hablando de la salud, el escritor francés decía que no son los médicos sino la sociedad que es juzgada por el modo como en ella se sufre y

se muere. Con estas palabras, Camus quería decir que el comportamiento de los agentes sanitarios en la asistencia de los enfermos y de los moribundos, antes que en cada una de las personas, encuentra sus raíces en la cultura y en la política de la sociedad en la que ellos trabajan.

Dicha observación ¿no es quizás una invitación para considerar al mundo de la salud en un contexto más amplio de la sociedad y de la cultura dominante en ella?

En segundo lugar, al identificar los límites del servicio al enfermo en nuestra sociedad es oportuno no detenerse demasiado o sólo a aquellas descripciones que hacen los mass media. Está presente una cierta tosquedad en las noticias que aparecen en la prensa y en la televisión; rudeza que, a veces, es un sacar provecho de las situaciones, sin la crítica objetiva que sepa reconocer las diferencias, situando cada episodio en su contexto.

La actitud ideal que es preciso tomar es leer la realidad mundo de la salud colocándolo en aquel clima de ambivalencia, típico de nuestra sociedad, que a veces asume los tonos de la ambigüedad y de la contradicción.

He aquí, entonces, una serie de contraposiciones, elaboradas de acuerdo con algunas encuestas⁹, que ayudan a entender el mundo en el que vivimos:

– Se están resolviendo en todo lugar los atávicos problemas de la indigencia, pero en la sociedad del bienestar están aumentando las situaciones de sufrimiento y de carencia humana.

– Caen las ideologías, **pero** se advierte de manera fuerte que en el pragmatismo el hombre está cada vez más en peligro, en una situación de formidable deceleración de la historia no guiada racionalmente ni impregnada de valores.

– Crece la tendencia a refugiarse en lo privado entendido egoístamente y en el propio "particular", **pero** al mismo tiempo se va difundiendo la necesidad de abrise a una solidaridad viva hacia quien ha tenido una escasa suerte en la vi-

da, y de este modo compensar las abundantes carencias de las que está afligido.

– Caen las experiencias significativas de participación profundamente vaciadas por praxis meramente burocráticas, **pero** contemporáneamente se desarrolla masivamente una participación no de simple control sino de asunción en vía directa de responsabilidad, buscando dar por cuenta propia respuestas exhaustivas a las necesidades de las personas.

– Se va difundiendo la idea de que la conveniencia propia sea el único metro de valor en el tejido de las relaciones con los demás, **pero** también va surgiendo la advertencia que sólo en la gratuidad y en la oblatividad se construye realmente la persona y es profundamente enriquecida.

Pasando de un contexto general a aquel ligado más específicamente al mundo sanitario, las contraposiciones se presentan de este modo:

– Desde el punto de vista social, no podemos ignorar los pasos dados para proteger y defender a los enfermos, garantizándoles la asistencia necesaria para curarse y el seguimiento en casos de enfermedades crónicas o terminales. La reforma sanitaria establecida por la ley 833 de 1978, es signo de gran madurez social y civil. ¿Quién no reconoce el valor de la ley 194? Un progreso en la conciencia de la dignidad de la persona está marcado por la elaboración de las *cartas de los derechos del enfermo*. **Sin embargo**, la socialización de la asistencia en muchos casos se ha vuelto masificación de servicios sin humanidad, multiplicación de estructuras sin criterios de racionalidad y de justicia, mortificación de la iniciativa espontánea de obras y de instituciones con vocación social, en función de intereses de parte, políticos, económicos y sindicales.

– La finalidad manifestada por la tecnología médica ciertamente es humanista. Baste pensar en la posibilidad de prolongar la vida, de aliviar los sufrimientos y de mejorar la calidad del funcionamiento

social de las personas. El empleo de instrumentos cada vez más sofisticados ofrece a los pacientes nuevas alternativas, una posibilidad más grande de comunicación. La libertad de la persona amplía los horizontes.

La técnica puede ser una forma moderna de encanalar la ternura de Dios, como afirman las reglas de las Hermanas de la Caridad, **pero** puede llevar también a una fragmentación del hombre, a distanciarse de su vivencia, a dejar de lado el sentido humano de su enfermedad.

– Si por un lado convertir a los hospitales en empresas permite contener el gasto, **por el otro**, puede inducir a los administradores a tener en consideración simplemente los costes en sí, olvidando que la persona no es una máquina.

– Mientras se realizan esfuerzos considerables y ensañados para prolongar la vida y para producirla artificialmente, **no** se permite nacer a quien ya ha sido concebido y se acelera la muerte de quien ya no es considerado útil.

– Si por un lado se valora justamente la salud, multiplicando las iniciativas para promoverla, **por el otro**, se llega a hacer de ella un valor absoluto de consumo, dando lugar a nuevas marginaciones de minusválidos, de ancianos y de enfermos terminales.

– La invitación urgente dirigida al personal sanitario para unir a la competencia técnica una también aquella de las relaciones, apropiándose de capacidad de escucha, respeto y empatía, a menudo **contrasta** con el clima cultural de nuestro tiempo, en el que dichas actitudes no son tomadas en seria consideración.

– Haciendo propio un pensamiento de Moro, nuestro articulista observa: “No debe maravillar si en estas situaciones aumenta, de una parte, la **explotación** del hombre sobre el hombre, la **caída** del sentido de valor incluso de parte de quien aparece como adecuado al standard predeterminado del hombre productivo, cabal y moderno, la **soledad** y la marginación de quien aparece diverso; **pero** también, bajo otro

aspecto, una renovada atención hacia el hombre que sufre y un empeño, **no episódico**, para tratar de aliviar no sólo las heridas, sino también para remover las causas que provocan tantos abortos humanos diferidos”¹⁰.

Si no se tiene en cuenta esta tendencia ambivalente, fácilmente se cae en actitudes inadecuadas frente al mundo de la salud.

Durante los años de la reforma sanitaria – por ejemplo en el II Congreso nacional organizado por la Consulta – aparece evidente la voluntad de la comunidad eclesial de participar en el esfuerzo hecho por la sociedad para instaurar una asistencia sanitaria socializada, que implica una mayor participación de la población, atenta a las necesidades de todos, especialmente de los menos favorecidos. Aunque no podemos afirmar que dicha voluntad ha desaparecido – y de hecho no es así – sin embargo aparece evidente que ella ha perdido vigor, siendo casi sumergida por las grandes dificultades surgidas en la aplicación de la ley de reforma y por todos aquellos fenómenos de mala administración que ocupan las primeras páginas de la crónica en estos últimos tiempos.

Asimismo, a quien examina atentamente el modo de proponerse de la comunidad eclesial frente al mundo de la salud, no escapa cierto desconcierto frente a su complejidad, fruto de los grandes cambios científico-técnicos, culturales, religiosos y éticos. Dicho desconcierto puede suscitar fácilmente actitudes moralistas, condenas simplicistas de la tecnología médica y de los comportamientos de los agentes sanitarios. En muchos casos, la prevalencia de la emotividad y del moralismo lleva a captar la realidad de manera parcial, sin tener en cuenta el conjunto.

En la *Nota* de la Consulta-CEI se afirma: “Es a este mundo de la sanidad que, en virtud de su misión, la Iglesia, está llamada a abrirse, animada por la esperanza, por el espíritu de colaboración y por la voluntad de ofrecer un aporte esencial

para la salvación del hombre” (n. 12).

Estas palabras indican que la comunidad eclesial está llamada a amar este universo de la salud, “entrecruce de las grandes esperanzas y de los grandes dramas que afectan a la humanidad, dramas de injusticia, de violencia, de falta de amor, de ética desviada, de pecado”, pero también lugar en el que el amor y la generosidad celebran triunfos importantes. Está llamada a amarlo, aliándose con su parte sana, escuchando su corazón que late.

¿No es quizás este el modo más idóneo para luchar por los verdaderos valores de la vida?

III. Pasando ahora a identificar la evolución de la pastoral de la salud durante estos últimos decenios, indicaré algunos pasajes ya en acto pero aún en espera de ser completados.

El primer pasaje lleva del enfermo a la salud y al ambiente que lo rodea.

Dicho pasaje se entrevé ya en el cambio terminológico que ha tenido lugar en el período del postconcilio. No se habla más de pastoral de los enfermos o del hospital, sino de pastoral de la salud, entendiendo, pues, que la acción eclesial está llamada a abrazar toda la problemática referente a la realidad psicofísica y espiritual del hombre y del ambiente en el que vive y actúa, sobre todo aquel familiar.

Dos textos de la Biblia nos ayudan a comprender este necesario pasaje del enfermo a la salud.

El primero lo encontramos en el libro de Isaías: “*¡Eran vuestras dolencias las que él llevaba y nuestros dolores los que soportaba!... con sus cardenales hemos sido curados*” (Is 53, 4.11).

Dichas palabras, aplicadas al Evangelio de Cristo (Mt 8, 17), indican que la Iglesia quizás tiene necesidad de desarrollar mucho más lo que podemos llamar la dimensión *mariana*, es decir la dimensión femenina hecha de “silenciosa cercanía en el dolor”, de grandeza que se vuelve acogida y servicio hacia los pobres, los

débiles, las víctimas de la enfermedad y de la muerte. En efecto, en las iglesias que a veces muestran una fachada caracterizada por el poder y por el éxito, negando con su apariencia de confort y de autoconfianza el cuerpo sangrante de su Señor, hay poco espacio para la acogida de los enfermos y de los sufrientes¹¹.

El segundo texto que podemos aplicar a la comunidad eclesial son las palabras de Jesús presentadas por Juan: “*Yo he venido para que tengan vida y la tengan en abundancia*” (Jn 10, 10).

A la amorosa medicación y bendado de las heridas del cuerpo y del espíritu, debe unirse también el compromiso para promover aquellas condiciones de vida que permitan a la persona realizarse según la escala de valores auténticamente humanos y cristianos.

Los retos que pone esta dilatación de la pastoral de la salud son de considerable alcance. Implican un renovado compromiso para dar vida a quella *nueva evangelización* – nueva en los métodos, en el ardor y en las expresiones – que Juan Pablo II invita a realizar en todos los sectores del vivir y del actuar humano.

En efecto, grandes han sido los cambios en la concepción de la salud y del sufrimiento, el nacer, el vivir y el morir.

Para limitarse a la salud, la Nota de la CEI afirma que ella “no se refiere solamente a factores físicos u orgánicos, sino que implica las dimensiones psíquicas y espirituales de la persona, extendiéndose al ambiente físico, afectivo, social y moral, en el que vive y obra la persona. Una relación profunda es advertida entre salud, calidad de vida y bienestar del hombre” (n. 6).

Extendiendo la pastoral sanitaria de la necesaria *proximidad al enfermo*, a la evangelización de la cultura relacionada con los diferentes aspectos de la vida, en primer lugar se trata de llevar al individuo a la convicción de que, como afirma Gabriel Marcel, la vida no es un problema por resolver sino un misterio por vivir.

En la cultura contemporánea, muchas fases de la vida

han perdido su carácter *misterioso*. Se les ha privado de la experiencia de los sentimientos del *tremendum* y del *fascinatum*, de los que habla Otto. Los interesantes estudios de Peter y Brigitte Berger y de Norbert Elias, han demostrado la tentativa, típica de nuestra cultura, de encerrar los acontecimientos capitales de la existencia (el nacimiento y la muerte) en el horizonte restringido e inauténtico de la banalidad cotidiana.

Un posterior paso por realizar consiste en formar a una visión no reductiva de la vida, de la salud, del sufrimiento y de la muerte y a captar su sentido profundo.

Un periodista – laico – afirma que la sociedad moderna poco a poco se ha convertido en víctima de una elección sin salidas aparentes: o la plena salud o la muerte. En otras palabras, ya no somos lo suficientemente fuertes para soportar los sufrimientos intermedios: o estamos muy bien y gozamos la vida o es mejor la anulación, la eutanasia.

Son significativas al respecto las palabras dirigidas por Juan Pablo II a un Instituto religioso: “Os exhorto a colocar siempre al lado de la insustituible proximidad hacia el enfermo la evangelización de la cultura sanitaria, para testimoniar la visión evangélica del vivir, del sufrir y del morir. Esta es la tarea fundamental que debe ser actuada por los Institutos de formación de vuestras Familias religiosas...”¹².

El mundo de la salud, en efecto, es uno de los lugares en los que con mayor intensidad es posible constatar la dramaticidad de los conflictos éticos y espirituales, vinculados con la vida en todas sus fases. Como afirma Juan Pablo II: “Las nuevas fronteras abiertas por los progresos de la ciencia y de sus posibles aplicaciones técnicas y terapéuticas llegan a los ámbitos más delicados de la vida en sus mismas raíces y en su más profundo significado”¹³.

Para hacer llegar realmente la evangelización al corazón del hombre y, luego, a la matriz cultural de sus decisiones, es necesario: entrar en diálogo

con las actuales culturas de la salud, de la vida y de la muerte, incidiendo sobre los estilos de vida; proponer nuevos modelos culturales inspirados en el Evangelio, sin ausentarse de los púlpitos donde se generan nuevas culturas. Dicho diálogo es hecho de comprensión, de respeto y, al mismo tiempo, de confrontación¹⁴. Esto implica la capacidad de acoger lo positivo presente en la cultura actual y valorizarlo. En el congreso eclesial de Palermo, un invitado *laico* decía: “Mi corazón de laico es inquieto como tu corazón de iglesia”.

No hay duda de que la evangelización del mundo de la salud no debe hacerse sólo en las salas de los hospitales sino también desde la *cátedra*. Sólo desde hace poco tiempo la convicción de la necesidad de incidir en la cultura también a través de la enseñanza y de la animación es tomada en seria consideración por quienes están comprometidos en el sector de la pastoral sanitaria. En efecto, sin una preparación adecuada y continua es imposible instaurar un diálogo no sólo “en los laboratorios donde la cultura de la salud es pensada y se pilotan las elecciones en este campo, sino también en el empeño sanitario cotidiano donde ella poco a poco es construida y hecha comportamiento”¹⁵.

En fin, hay la gran tarea de educar y armonizar las dos grandes lógicas que a menudo se contrastan la superioridad en el ámbito de todos los sectores del vivir: la lógica técnica y la lógica ética. La primera se deja guiar por el principio de la posibilidad, la otra, por los valores.

El choque entre las dos lógicas arriba indicadas es fácilmente comprensible si se tiene en cuenta que el proceso de secularización y el laicismo han favorecido la formación del mundo de la salud fuera de la Iglesia y, a menudo, contra las formas de asistencia caritativa que ella dirigía desde hace siglos. Ciertamente, la medicina y los servicios sociales basados en la biología y en las ciencias del comportamiento humano han ampliado su flujo hasta determinar cuál ha de ser

el adecuado comportamiento humano. ¿No es quizás verdad que los profesionales de dichas disciplinas definen y resuelven los problemas que conciernen a la persona en todos los niveles, incluido aquel ético, especializándose en materia de aborto, de esterilización, de trasplantes de órganos?¹⁶.

¿Qué estilo se debe adoptar para desarrollar la nueva evangelización de la cultura del mundo de la salud?

En el artículo se indican dos: la actitud profética y la colaboración. Ambas son necesarias. Todos conocemos el



coraje profético de Juan pablo II cuando denuncia los atentados contra la vida y la dignidad de la persona. La encíclica *Evangelium vitae* es una prueba elocuente de ella.

Junto con la denuncia, existe, sin embargo, la colaboración que se puede realizar en diferentes niveles: enseñanza de la ética, cooperación interdisciplinaria, participación en los comités éticos, intervenciones en el momento de la elaboración de leyes o programas relacionados con la salud, con la ecología y la asistencia a los enfermos.

¿No es quizás verdad que muy a menudo la Iglesia se limita a intervenir para defenderse de leyes injustas, mientras se muestra más perezosa para participar en la elaboración de leyes sanas?

El segundo pasaje es aquel que lleva del ofrecimiento de los sacramentos a la evangelización y a la humanización.

La reflexión de la Iglesia italiana en el período postconciliar ha tenido un beneficioso efecto en la relación entre las tres funciones de la pastoral: Palabra, sacramento, servicio.

Hay que tener en cuenta la relación entre el programa de la CEI, a inicios de los años 70: *Evangelización y sacramentos*, y el inicio de aquel proceso de superación del llamado *sacramentalismo*, que comenzó en aquel período en la pastoral hospitalaria. No sólo en los hospitales sino también en las parroquias, se ha llegado a la convicción de que si la administración de los sacramentos encontraba en la condición de enfermedad y sobre todo en la proximidad a la muerte una ocasión favorable, sin embargo, a menudo ella estaba despegada de un camino de crecimiento espiritual. Al grande consumo de los sacramentos no correspondía, en efecto, una igual evangelización.

Gracias al Congreso eclesial realizado en Roma en 1976 y dedicado a la promoción humana, la pastoral de la salud ha recibido un fuerte impulso para valorar aún más el servicio. *Humanización*: he aquí un término que se puso de moda a partir de aquel período. Con este neologismo se indica el servicio en su aspecto de lucha contra todo lo que ofende a la humanidad del enfermo, contrastando con los valores presentes en su dignidad de persona.

En la práctica pastoral de estos decenios ciertamente ha tenido lugar una ósmosis entre anuncio, sacramentos y servicio de la caridad. La palabra, los gestos sacramentales, las actitudes y las obras caritativas no están separadas entre sí, sino que permanecen en intercomunicación continua. De hecho, lo que se anuncia es el plan del amor de Dios hacia los hombres; lo que se celebra es el amor de Dios hacia los hombres, cuerpo partido, sangre derramada; el anuncio y la celebración están en función del amor entre los hermanos.

¿Pero es satisfactoria el grado y la calidad de dicha ósmosis?

No podemos ignorar que en

la literatura pastoral hay aún denuncias de un cierto *ensañamiento sacramental*. Algunas circunstancias del actual momento histórico ¿no favorecen la reducción de la asistencia pastoral solamente a la administración de los sacramentos? Pensemos en la disminución numérica de los capellanes, a su resistencia a la formación, a su dificultad para involucrar en el servicio pastoral a diáconos, religiosos y laicos...

En lo que se refiere a la humanización, el parecer del articulista es que ella ha tenido éxito sólo con la promoción del voluntariado y con los programas formativos que tienden a elevar la cualidad humana de la relación con los enfermos. Muchos agentes pastorales tienen dificultad para reconocer el alcance evangelizador de la humanización del servicio al enfermo y de las instituciones sanitarias. Para ellos nuestro articulista hace presente la bella cita de un autor que refleja un pensamiento de Pablo VI en la *Evangelii nuntiandi*: "Cuando los gestos de atención estén informados por la caridad, traducida en entrega generosa, acercamiento caluroso, sensibilidad atenta, presencia humilde y gratuita poseen una fuerte carga interna que los supera: plantean preguntas irresistibles (EN 21), amplían los espacios de comprensión y de entendimiento común, constituyen algo así como una plataforma de la cual partir para nuevos objetivos, abren la mente y el corazón de los hombres a horizontes nuevos, se convierten en proclamación silenciosa, pero muy fuerte y eficaz de la buena nueva, son la primera forma de evangelización"¹⁷.

Después que estas palabras ¿cómo no apreciar en su justo valor el acercamiento humano, el diálogo, la relación de ayuda?

Al respecto, sería oportuno, pues, una mayor profundización de la reflexión sobre la relación entre salvación entendida como comunión definitiva con el padre y las anticipaciones históricas de esta novedad de vida. En efecto, si la salvación, como afirma aún la *Evangelii nuntiandi*, es sobre

todo la liberación del pecado y del maligno, en el gozo de conocer a Dios y de ser conocido por El, de verlo y de abandonarse a El", ella es también "liberación de todo lo que oprime al hombre".

El tercer pasaje lleva del hospital al territorio

A este tema fue dedicado el primer congreso nacional que organizó la Consulta, hace ya más de un decenio. Dicho pasaje fue requerido también por la reforma sanitaria del 1978 en la que se indica la necesidad de moverse de la institución sanitaria a la comunidad.



Se han escrito cosas importantes sobre este tema¹⁸. ¿Podemos decir que ha sido significativo el trabajo realizado en esta área? Si no faltan resultados satisfactorios en algunos sectores, en otros se nota cierta pobreza de iniciativas. Son muchas las parroquias donde son activos grupos que visitan a los enfermos. En numerosas comunidades eclesiales, sobre todo después de la iniciativa del Santo Padre, se da bastante importancia a la jornada del enfermo. Para diferentes parroquias se ha vuelto una tradición la celebración comunitaria del sacramento de los enfermos. También las familias no sólo benefician mejor de la solidaridad de la comunidad, sino que son ayudadas para participar también con mayor eficacia en el proceso terapéutico de sus seres queridos, ayudándoles y acompañándolos amorosamente.

Pero ¿qué podemos decir de la evangelización y de la cate-

quisis sobre temas de la salud, de la enfermedad, del sufrimiento y de la muerte, de la colaboración entre capellanes de hospital y párrocos, de la formación del personal sanitario que puede lograrse sólo en las parroquias, de la participación de los cristianos no sólo en la asistencia voluntaria sino también en la organización y en la gestión de la salud a nivel local?

¿Es difícil responder a estas preguntas porque falta el conocimiento de los datos, porque no hay datos o porque falta la materia prima para elaborarlos? Serían de gran utilidad atentas encuestas como aquellas realizadas por la *Caritas* sobre los servicios prestados en el territorio italiano¹⁹. De ellas resulta, por ejemplo, que muchos de esos servicios obedecen a una filosofía asistencialista más que de prevención y de inserción social.

La conclusión de este párrafo consiste en subrayar la importancia de superar la identificación de la pastoral sanitaria con la pastoral hospitalaria. Recuerdo la reacción de un joven sacerdote que tiempo atrás participó en una reunión diocesana de la pastoral de la salud. Al final del encuentro manifestó su frustración porque el tema, como siempre, había sido centrado sobre los problemas del hospital...

El cuarto pasaje lleva de una actitud de pasividad o de representación a una actitud de implicación activa.

Del Concilio nació una nueva imagen de la Iglesia, entendida como comunidad estructurada orgánicamente. En ella todos los miembros gozan de igual dignidad y están llamados a cooperar en la única misión, siguiendo diversas modalidades en la línea de sus vocaciones específicas. De esto deriva, como afirma claramente la Nota de la CEI, que el sujeto primario de la pastoral sanitaria es la comunidad cristiana en todos sus componentes (n.23).

Realmente no podemos detener un sentimiento de maravilla frente a la riqueza y variedad de fuerzas eclesiales presentes en el mundo de la

salud. Limitándonos a aquellas organizadas, se cuenta casi dos mil capellanes hospitalarios (a los cuales se añaden muchos agentes pastorales religiosos y laicos), diez mil religiosas y algún centenar de Religiosos comprometidos en el mundo de la salud y de la asistencia, novecientas estructuras al servicio de la salud y de la persona humana (420 entre hospitales y clínicas particulares, 150 centros de rehabilitación, 100 instituciones para el cuidado domiciliario, 180 estructuras para minusválidos, larga hospitalización y consultorios; de dichas Instituciones, 225 son afiliadas a ARIS), varias asociaciones de médicos, agentes sanitarios, voluntarios, enfermos... A este número bastante impresionante de fuerzas se añaden todos los fieles que obran fuera de los contextos asociativos organizados.

Al contemplar este rico panorama, nacen dos preguntas. La primera de ellas puede formularse de la siguiente manera: ¿cuáles son las figuras de la comunidad eclesial en el mundo de la salud que tienen mayor necesidad de lograr espacio? Una atenta respuesta a la situación actual nos lleva a identificar entre estas figuras al enfermo y a la mujer.

En la exhortación apostólica *Christifideles Laici*, Juan Pablo II afirma que el hombre que sufre es "sujeto activo y responsable en la obra de la evangelización y de la salvación" (n. 54). Dicha afirmación del Papa indica el reconocimiento del carisma de los que sufren, de su aporte creativo a la Iglesia y al mundo: "también los enfermos están invitados (por el Señor) a trabajar en su viña" (n. 53).

A ninguno escapa la importancia de este pasaje del enfermo de objeto de cuidado a sujeto responsable de la promoción del Reino. Este cambio de perspectiva debe ser considerado a la luz de todo el movimiento social y civil que encuentra una de sus expresiones en las varias Cartas de los derechos de los enfermos. Uno de los aspectos de mayor consideración en dichos documentos es constituido por el derecho del enfermo a ser im-

plicado en la propia terapia, asumiendo así un papel de responsabilidad en el proceso de cuidado relacionado con su persona.

¿Cómo es posible este cambio de acento en la consideración del enfermo?

La Nota de la CEI ofrece una respuesta bien precisa: "Difícilmente el enfermo puede desarrollar su papel de sujeto activo en la comunidad eclesial si antes que nada no será 'término del amor y del servicio de la Iglesia' (ChL 54), encontrando en ella el apoyo humano, espiritual y moral" (n. 26). La valoración



de la presencia de los enfermos, de su testimonio en la Iglesia y del aporte específico que ellos pueden dar a la salvación en el mundo, requiere todo un trabajo de educación amorosa a realizarse no sólo en las instituciones sanitarias a través de un acompañamiento adecuado, sino también y de manera totalmente especial en las comunidades parroquiales, recurriendo a una teología del sufrimiento que, evitando caer en el *dolorismo*, sepa comunicar, como afirma la Nota (n. 26), que también "los acontecimientos negativos de la vida – sin excluir la enfermedad, el handicap y la muerte – son 'realidad redimida' por Cristo y por El asumidas como 'instrumento de redención'" (SD 26). "El cristiano, en efecto, – afirma la Nota de la CEI – mediante la viva participación al misterio pascual de Cristo puede transformar su condición de sufriente en un momento de gracia para sí y para los demás

hasta encontrar en la enfermedad una vocación a amar más, una llamada a participar en el infinito amor de Dios hacia la humanidad" (n. 26).

A las numerosas y apreciables iniciativas que ya existen al respecto – como las diferentes asociaciones de enfermos – hay que añadir otras como, por ej., la inclusión de los enfermos en los organismos eclesiales (consejos pastorales...).

En lo que se refiere al compromiso de la mujer en el mundo de la salud, tienen gran valor las palabras de Juan Pablo II en la *Mulieris dignitatem*. "La fuerza moral de la mujer, – escribe el Papa – su fuerza espiritual deriva de la conciencia que Dios le confía de manera especial el hombre, el ser humano. Naturalmente Dios confía el hombre a todos y a cada uno. Sin embargo, esta entrega se refiere sobre todo a la mujer justamente por su femineidad...". Y más adelante prosigue: "Los adelantos de la ciencia y de la técnica en nuestra época permiten lograr de manera aún desconocida un bienestar material que, favoreciendo a algunos, conduce a otros a la marginación. Este progreso material puede comportar también la gradual desaparición de la sensibilidad del hombre hacia todo lo que es esencialmente humano. En este sentido, sobre todo nuestro tiempo espera la manifestación del *genio* de la mujer que asegure la sensibilidad hacia el hombre en toda circunstancia: ¡por el simple hecho de que es hombre!" (n. 30).

Si lo que afirma el Papa es válido para todo contexto, lo es de manera especial para el mundo de la salud en el que el hombre, experimentando la fragilidad del propio ser, fácilmente puede ser víctima de la indiferencia y de la violencia. Una participación más activa y corresponsable de la mujer en la misión de la Iglesia en el mundo sanitario llevaría a cambios significativos en el modo de ponerse en relación con las personas y con los problemas del mundo de la salud. ¿No sería saludable ver la presencia y la acción de la Iglesia, su lenguaje, su teología, su percepción de la realidad y de

Dios, más enriquecedios por aquellas características que son típicas de la personalidad femenina: la receptividad, la disponibilidad, la acogida, la capacidad de escucha, la habilidad para captar las situaciones, la aptitud para hacerse cargo de los problemas de los demás, la inclinación para ofrecer la propia ayuda? Al igual que en la sociedad civil, también en la Iglesia la mujer espera quizás menos homenajes floreales y más consideración, menos signos de deferencia y mayor responsabilidad dentro de los organismos eclesiales de todo tipo. Como bien afirma la *Christifideles laici*, “la razón fundamental que exige y explica la simultánea presencia y la colaboración de los hombres y de las mujeres no es sólo, como se ha hecho notar, la mayor significatividad y eficacia de la acción pastoral de la Iglesia; ni mucho menos el simple dato sociológico de una convivencia humana, que está naturalmente hecha de hombres y de mujeres. Es, más bien, el designio ordinario del Creador que desde el ‘principio’ ha querido al ser humano como ‘unidad de dos’” (n. 52).

La segunda pregunta se refiere a las condiciones necesarias para que tenga lugar el pasaje de una pastoral sanitaria de delega o participación pasiva a una de implicación activa.

No hay duda de que una de las primeras condiciones consiste en poner en relación fecunda los varios carismas y ministerios de manera que se llegue a una verdadera corresponsabilidad. En efecto, se puede hablar de corresponsabilidad sólo cuando se tiene conciencia de *tener que responder* y cuando existen las condiciones para hacer operativas las propias respuestas. En nuestras iglesias, ¿están presentes dichas conciencias y posibilidades operativas? El camino ha sido iniciado pero aún queda mucho por caminar. No es fácil, por ejemplo, ver a sacerdotes que realizan su ministerio ordenado al servicio del crecimiento diaconal o ministerial de todos, de un crecimiento obtenido a través de una participación que no caiga

en *pura mano de obra, sino que responda a una adecuada corresponsabilidad...* El “hacer iglesia” según modalidades que honren realmente la responsabilidad común de todos los bautizados, exige un cambio profundo de mentalidad, la superación de múltiples obstáculos, como el individualismo y la sed del poder, la reticencia frente a los laicos, sobre todo de la mujer, la todavía excesiva dependencia de parte de los fieles laicos.

Otra condición está constituida por el buen funcionamiento de las estructuras de comunión y de animación. Si



dichas estructuras – es decir las diferentes consultas, las varias asociaciones, la capellanía, el consejo pastoral hospitalario – no funcionan adecuadamente, se permanecerá siempre en una pastoral basada en la espontaneidad, que termina en gestos de buena voluntad y generosidad, pero sin convertirse en un auténtico proyecto pastoral que comprenda todas las fuerzas presentes en la comunidad eclesial.

El *buen funcionamiento* debe ser promovido ante todo a nivel de cada una de las estructuras y, luego, a nivel de coordinación.

Ciertamente, a menudo se vuelve difícil comprender las resistencias opuestas – por los obispos y los sacerdotes – cuando se constituye la *capellanía* – entendida como equipo pastoral formado por sacerdotes “a los que se puede agregar – como se afirma en la Nota de la CEI – también diáco-

nos, religiosos y laicos” (n. 79). ¿Cómo pensar – se pregunta – en la asistencia pastoral del futuro de manera diferente, teniendo en cuenta la disminución numérica y el envejecimiento de los sacerdotes? ¿Nada tiene que decir el ejemplo de muchos países donde la capellanía ya es activa desde hace muchos años? ¿Por qué las Instituciones sanitarias católicas, reunidas en ARIS, no dan un ejemplo en este sector, visto que no hay en ellas las dificultades de tipo jurídico presentes en los hospitales públicos?²⁰

En lo que se refiere al consejo pastoral hospitalario, se hace notar que, aún existiendo en muy pocas instituciones sanitarias, se presenta hoy como un organismo no sólo posible sino también válido.

Pasando a las Asociaciones de los agentes sanitarios, no se puede dejar de admirar el esfuerzo que ellas realizan para combatir aquella crisis que están atravesando muchas agregaciones, por su capacidad organizativa que se expresa en los congresos nacionales y regionales y en algunos programas formativos, mientras permanece más perplejo en la vida interna de dichos organismos y en su incidencia en el ámbito de las profesiones que representan.

La consideración del voluntariado obviamente arranca aplausos y admiración. Pero ¿cómo podemos ignorar los frecuentes casos de falta de adecuación en la formación, en la selección y en la coordinación de los varios grupos que obran en un mismo territorio?

Entre los grupos que sobresalen recordemos la A.I.P.A.S (Asociación italiana de pastoral sanitaria) que reúne a capellanes y a otros agentes pastorales, sacerdotes y laicos. Joven y bien organizada, está conociendo un crecimiento animador.

Si la animación de cada una de las estructuras es esencial, es igualmente importante la coordinación de todos los organismos, grupos y asociaciones que trabajan en el mundo de la salud.

¿Cómo no hemos de notar – entre los varios grupos – so-

breposiciones, competitividad, falta de adhesión y de colaboración en un proyecto común? Es difícil para nuestro articulista comprender la existencia de dos asociaciones (AMCI y ACOS), ambas abiertas a los médicos...

El trabajo de coordinación y de animación debe ser realizado en varios niveles y por diferentes organismos. En las instituciones sanitarias son responsables la capellanía y, donde existe, el Consejo pastoral; en las parroquias, el párroco y su Consejo; en las diócesis, la Consulta o la comisión diocesana; en las regiones, la Consulta regional; a nivel de toda la península, la Consulta nacional.

La actividad de coordinación y de animación debe mirar a la elaboración de proyectos y a crear las condiciones para que se realicen dichos proyectos. Son varias, pues, las funciones por ejercer. Junto a aquella organizativa, no debemos dejar de lado las de discernimiento y de verificación: ¿qué prioridades escoger, qué caminos recorrer, qué cambios actuar?

Para hacer un ejemplo, como punto de partida una reciente encuesta realizada en la diócesis de Milán. Llama la atención uno de los resultados. La mayoría de los entrevistados expresa una "valoración positiva sobre la religión y sobre la Iglesia en su papel civil y social: la ayuda a los pobres, la solidaridad, la tolerancia... Mientras hay además una atención mucho menor a la dimensión trascendente de la Iglesia y a su inspiración evangélica"²¹. Uno de los analistas comenta de este modo: "Hay un poco de *terciario* eclesialístico entre nosotros: muchos servicios, organización, mucho empeño... Pero la primera urgencia es evangelizar. Seguimos hablando, pero no estamos todavía convencidos de que tenemos que comenzar de nuevo el tejido humano" de las comunidades eclesiales.

¿Qué dicen estos datos y esta reflexión a los cristianos que trabajan en el mundo de la salud, a las instituciones sanitarias tan bien organizadas por

A.R.I.S., a los grupos de voluntariado y a quienes están empeñados en la humanización del servicio al enfermo?

¿Quién debe hacer caer estas preguntas en el estanque, a veces demasiado tranquilo de las actividades sanitarias y pastorales, sino los organismos dedicados a la animación y a la coordinación?

IV. Al término de esta panorámica, me permito dirigir a nuestros lectores una invitación para dar la debida consideración a la pastoral de la salud que, como afirma Juan Pablo II, es "parte integrante de la misión de la Iglesia" (*DH*, 1). "El cristianismo tiene un mensaje de vida por anunciar no sólo a quienes sufren, sino también a los que han elegido asistir y acompañar a los enfermos" (n. 18).

Entre los medios para actualizar dicha atención quisiera recordar los siguientes:

– Escribir una carta pastoral sobre el sufrimiento, sobre la salud y sobre el compromiso que corresponde a la iglesia local (diocesana y parroquial) de realizar las palabras de Pablo: "Si un miembro de la comunidad *sufre*, toda la comunidad *sufre*" (*Co*).

– Implicar en el proyecto cultural de la Iglesia italiana a quienes están empeñados en la pastoral sanitaria, para favorecer intervenciones más incisivas en aquellos lugares en los que se forma la cultura.

– Combinar con la visita a los enfermos el encuentro con el personal, sobre todo médico.

– Promover y acompañar los carismas de la caridad misericordiosa hacia los que sufren.

– Favorecer la preparación especializada de los capellanes.

– Facilitar y promover la inserción de religiosas y laicos en las capellanías...

Concluyo con un augurio de buena salud física y espiritual, que sea manantial de salud integral para quienes encontráis a través de vuestro ministerio episcopal.

P. ANGELO BRUSCO
Superior General de los PP. Camilos

Notas

¹ Los documentos de la CEI recordados en este párrafo los podemos encontrar en el *Enchiridion CEI*, editado por EDB, Bologna.

² *La pastorale della salute nella Chiesa Italiana*, EDB, Bologna, 1989. Un amplio comentario de la Nota se encuentra en: BRUSCO A. (a cargo de) *Curate i malati. La pastorale della salute nella chiesa italiana*, Camilliane. Torino, 1990.

³ CEI, *A servizio della vita umana*. A.V.E., Roma, 1990, p. XI.

⁴ El documento de la CEI *Evangelizzazione e cultura della vita umana* ha sido redactado como conclusión del Congreso nacional "A servizio della vita umana", que se celebró en Roma del 13 al 16 de abril 1989.

⁵ Cfr. SALVINO L., *La pastorale sanitaria nel magistero della Chiesa*, 1, Bios, Biblioteca Hospitalaria, Roma 1994.

⁶ BRUSCO A., "Evangelizzazione e testimonianza della carità" e *pastorale della salute*, en "Anime e corpi", 162 (1992), p. 356; Id. *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, en "Medicina e morale", 3 (1990), pp. 475-476.

⁷ Cfr. BRUSCO A., *Curate i malati... o.c.*, pp. 203-212.

⁸ BIFFI G., *I malati nella comunità ecclesiale*, EDB, Bologna, 1987. Debemos recordar los textos elaborados por varias Consultas diocesanas para la pastoral de la salud (ej. Padua, Venecia...).

⁹ MORO C.A., *Nuove possibili frontiere di una carità operosa*, en "Orientamenti pastorali", 2 (1991), p. 43; VENDRAME C., MARCHESI P., *Insieme per meglio servire*, en "Convegno congiunto Fatebenefratelli-Camilliani", Roma 1987, pp. 231-32.

¹⁰ MORO C.A., o.c., p. 43.

¹¹ BRUSCO A., *La nuova evangelizzazione della croce nella Chiesa particolare*, in "Croce e nuova evangelizzazione", Ed. Centro volontari della sofferenza, Roma, 1994, pp. 217-233.

¹² *L'Osservatore romano*, 20 de mayo 1995, p. 5.

¹³ *Dolentium Hominum*, 3.

¹⁴ Cfr. SANDRIN L., *Il mondo della sanità e il ruolo delle persone consacrate*, en "Religiosi in Italia", 298 (1997), p. 12*

¹⁵ SANDRIN L., o.c., p. 12*

¹⁶ Cfr. ALBERTON M., *Solitudine e presenza*, EDB, Bologna, 1974.

¹⁷ ALVAREZ F., *La nuova evangelizzazione nel mondo della salute Prospettive teologico-pastorali*, en AA.VV., *La vita consacrata nel mondo della salute*. Roma, Cuadernos del Camillianum, n. 4, 1993, p. 54.

¹⁸ Cfr. MONTICELLI I., *L'estensione della pastorale dall'ospedale al territorio*, en BRUSCO A., *Curate...*, o.c., pp. 87-97.

¹⁹ Cfr. NONIS P., *Chiesa e carità in Italia, oggi e domani*, en "Orientamenti pastorali", 2(1991), pp. 35-42.

²⁰ En todos los temas referentes al capellán y a la capellanía, cfr. MARINELLI S., *Il cappellano ospedaliero, identità e funzioni*, Camilliane, Torino, 1993; BRUSCO A., SANDRIN L., *Il cappellano ospedaliero, disagi e nuove opportunità*. Camilliane, Torino, 1993.

²¹ BERETTA R., *Basta 'terziario' religioso, torniamo all'essenziale*, en "Avvenire", 9 aprile 1995, p. 21.

actividad del Pontificio Consejo



Crónica de la Actividad del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios - 1997

Sumario: 1. Nombramiento del nuevo Presidente del Dicasterio – 2. Celebración de la Vª Jornada Mundial del Enfermo – 3. Reuniones interdicasteriales – 4. Participación y representación en Congresos y Encuentros – 5. Visitas y viajes pastorales – 6. Encuentro Eclesial sobre la Droga – 7. XIIª Conferencia internacional – 8. Actividad editorial – 9. Conclusión.

1. Nombramiento del nuevo Presidente del Dicasterio

El día 20 de agosto de 1996, el Santo Padre Juan Pablo II nombró Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, a S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, Obispo de Zacatecas – México,

elevándolo a la dignidad arzobispal. La toma de posesión del Dicasterio ha tenido lugar el 9 de enero de 1997; estuvo presente también el Señor Cardenal Fiorenzo Angelini, primer Presidente del Dicasterio.

2. Celebración de la Vª Jornada Mundial del Enfermo

La solemne celebración de la Vª Jornada Mundial del Enfermo ha tenido lugar este año en el Santuario de Nuestra Señora de Fátima. La Delegación pontificia estuvo guiada por el Card. Fiorenzo Angelini, *Enviado Especial* del Santo Padre, y de ella han formado parte los Padres José L. Redrado, O.H., Felice Ruffini, M.I., Secretario y Vice-Secretario del

Dicasterio, respectivamente; Mons. Giacomo Giampietruzzi, Secretario de la Nunciatura Apostólica en Portugal; el Prof. Walter Osswald, Presidente de la Federación Internacional de Asociaciones de Médicos Católicos; el Prof. Daniel Serrao, Miembro de la Pontificia Academia para la Vida. En calidad de huéspedes de honor, han acompañado al Card. Angelini Su Eminencia el Card. A. Deskur, Presidente emérito del Pontificio Consejo para las Comunicaciones Sociales y S. E. Mons. Javier Lozano Barragán, nuevo Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, así como un grupo de aproximadamente 120 personas, entre las cuales Oficiales y Consultores del Dicasterio, exponen-

tes y representantes de las Asociaciones y Federaciones Católicas del mundo de la Salud, Capellanes de hospitales, Religiosos/as, enfermeros/as. El grupo estaba formado por peregrinos provenientes de Italia, España, México, Francia, Bélgica, Polonia, India y Rumanía. Una información más detallada sobre esta celebración el lector la puede encontrar en nuestra revista *Dolentium Hominum* n. 35/1997.

3. Reuniones interdicasteriales

– En la Secretaría de Estado. El Presidente del Dicasterio, S.E. Mons. Javier Lozano, ha participado el 28 de febrero y el 1º de marzo en la reunión interdicasterial dedicada al desarrollo, a los resultados logrados, a los empeños asumidos y a las eventuales consecuencias para la Santa Sede a la luz de las últimas importantes Conferencias de las Naciones Unidas: sobre la Infancia en New York, 1990; sobre el Ambiente en Río de Janeiro, 1992; sobre los Derechos Humanos en Viena, 1993; sobre la Población en El Cairo, 1994; sobre el Desarrollo social en Copenhague, 1995; sobre la Mujer en Pekín, 1995 y la IIª Conferencia sobre los Asentamientos Humanos – Habitat II, 1996.

– En el Pontificio Consejo de la Cultura. Durante los días 13-15 de marzo y en calidad de Miembro, S.E. Mons. Javier Lozano ha participado en la Asamblea Plenaria sobre el tema: “*Para una Pastoral de la Cultura*”

– En el Pontificio Consejo “Justicia y Paz”. El Secretario del Dicasterio P. José L. Redrado, O.H., ha participado en la reunión interdicasterial que tuvo lugar el día 4 de abril en preparación de la *Jornada Mundial de la Paz* (1998).

– En el Pontificio Consejo “Cor Unum”. El Secretario del Dicasterio P. José L. Redrado, O.H., ha participado como Consultor en la XXIIª Asamblea Plenaria del mismo Dicasterio, realizada durante los días 16-19 de abril.

– En el Pontificio Consejo para la Cultura. El 16 de junio, el Rev. Krzysztof Nykiel, Oficial del Dicasterio, ha partici-

pado en el encuentro interdicasterial sobre el tema: “*Las sectas. Contexto y desafíos culturales*”.

4. Participación y representación en Congresos y Encuentros

ENERO

– Del 13 al 22, el Oficial del Dicasterio el Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu ha participado en Ginebra en la 99ª sesión del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, dedicada especialmente a las reformas en acto en la misma Organización.

– El día 17, el Vice-Secretario del Dicasterio, P. Felice Ruffini, M.I., ha participado en calidad de Miembro en el encuentro del Comité Técnico del Gran Jubileo del Año 2000, realizado en la sede del mismo Comité. En las fechas establecidas, a lo largo del 1997 se han efectuado otros encuentros en los que también ha tomado parte el Vice-Secretario.

FEBRERO

– El día 14, el Presidente del Dicasterio S.E. Mons. Javier Lozano, ha inaugurado los Trabajos de la Tercera Asamblea General de la Pontificia Academia para la Vida; con la ocasión, ha dirigido un saludo a los participantes sobre el tema: “*Identidad y Estatuto del Embrión Humano*”.

MARZO

– Del 12 al 14, el Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu, Oficial del Dicasterio ha participado junto con la Delegación de la S. Sede en la Conferencia Internacional que ha tenido lugar en Ginebra sobre el tema: “*Ética, Equidad y renovación de la estrategia de la OMS, Salud para todos*”, promovida por el “Council for International Organizations of Medical Sciences” (CIOMS) y por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

ABRIL

– El día 16, el Presidente S.E. Mons. Javier Lozano, ha inaugurado la nueva sede del Instituto de Clínica para Enfermedades Infecciosas en la Universidad Católica del Sagrado Corazón en Roma, en la que

estuvieron presentes autoridades políticas y académicas: el Hon. Rosy Bindi, Ministro de Salud de Italia, el Prof. Adriano Bausola, Rector de la Universidad del Sagrado Corazón, el Dr. Antonio Cicchetti, Director administrativo del Policlínico, el Prof. Luigi Ortona, Director del Instituto.

– El día 18, en Gand (Bélgica), S.E. Mons. J. Lozano ha participado en el Congreso Internacional sobre *Calidad de la Vida*, organizado por la Congregación de los Hermanos de la Caridad, presentando una ponencia sobre el tema: “*El carisma apostólico de la sanación*”.

– Con un saludo dirigido a los participantes, el Presidente del Dicasterio ha inaugurado el día 28 la VIIª reunión ordinaria del Consejo Directivo de la Pontificia Academia para la Vida.

MAYO

– Del 5 al 8, en Ginebra, S.E. Mons. Javier Lozano ha participado en calidad de Jefe de la Delegación de la Santa Sede, en la 50ª Asamblea Mundial de la Salud, con una ponencia sobre el tema: “*Exigencias de la Salud y Moralidad. Modelo de la Salud en la OMS*”. De dicha delegación formaba parte también el Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu, Oficial del Dicasterio.

– El día 13, el Presidente del Dicasterio ha dirigido un saludo a los participantes en el Congreso que ha tenido lugar en Roma sobre el tema: “*Medicina y Espiritualidad. Una relación antigua y moderna para el cuidado de la persona*”. Dicho congreso ha sido organizado por el Instituto Internacional de Teología Pastoral Sanitaria (Camillianum) con la colaboración del Instituto de Bioética de la Universidad Católica del S. Corazón.

– Del 19 al 27, en Monterrey (México), S.E. Mons. Javier Lozano ha participado en el Congreso sobre el tema: “*Sentido cristiano de la sexualidad*”, promovido por el Pontificio Consejo para la Familia. El tema de la intervención del Presidente ha sido: “*Exigencias de la Salud y Moralidad. Pradigma de la Salud en la OMS*”.

JUNIO

– El día 1º, en la Pontificia Universidad Urbaniana de Roma, el Presidente S.E. Mons. Javier Lozano ha dirigido un saludo a los participantes en el X Congreso Europeo de Medicina Física y Rehabilitación.

– Del 12 al 14, en el Aula Vieja del Sínodo en el Vaticano, S.E. Mons. Javier Lozano ha participado en el Symposium organizado por el Pontificio Consejo para la Familia en colaboración con el “Centro Educación Familiar Especial” de Madrid, presentando una ponencia sobre el tema: “*La Familia frente a las alteraciones cerebrales de sus hijos*”.

SETIEMBRE

– Del 15 al 19, el Oficial del Dicasterio Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu ha representado a la Santa Sede en los Trabajos de las 47ª Sesión del Comité Regional Europeo de la OMS, realizada en Estambul.

– Del 29 al 30, en Madrid, S.E. Mons. Javier Lozano y el P. José L. Redrado han participado en los trabajos de la XXIIª Jornada Nacional de la Pastoral de la Salud. El Presidente del Dicasterio ha intervenido con un ponencia sobre el tema: “*El Voluntariado en la Iglesia según la Doctrina de Juan Pablo II*”.

OCTUBRE

– Del 12 al 25, en Salice Terme (Pavía), el Secretario del Dicasterio P. José L. Redrado, O.H., ha participado en el Capítulo General extraordinario de los Hermanos de San Juan de Dios.

– El día 14, en Collevalenza, el Presidente del Dicasterio ha dirigido un saludo a los participantes en el Encuentro Nacional de la Asociación Italiana de Pastoral Sanitaria (AIPAS) sobre el tema: “*La colaboración entre estructuras sanitarias y parroquias*”.

– El día 17, el Oficial del Dicasterio, Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu, ha participado en el Encuentro de trabajo de la segunda sesión de la Secretaría de Estado sobre temas de la agenda de las Organizaciones y Agencias internacionales.

NOVIEMBRE

– Del 3 al 7, el Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu, Oficial del Dicasterio, ha tomado parte con la Delegación de la Santa Sede en la XXIXª Conferencia General de la UNESCO que ha tenido lugar en París.

– El día 14, en Roma, S.E. Mons. J. Lozano se reunió con los Embajadores de los países Latinoamericanos, Filipinas y Portugal ante la Santa Sede, impartiendo un breve discurso sobre el papel de los Embajadores ante la Santa Sede.

– Del 16 de noviembre al 12 de diciembre, el Presidente del Dicasterio ha participado, en calidad de Miembro por derecho, en los Trabajos de la Asamblea Especial para América Latina del Sínodo de Obispos.

– El día 21, en el Palacio Apostólico de Loreto, el Secretario del Dicasterio, P. José L. Redrado, participó en la Conferencia de Prensa de presentación de programa de la VI Jornada Mundial del Enfermo que se celebrará el 11 de febrero de 1998.

– Del 26 al 28, en Santiago de Chile, el Presidente S.E. Mons. J. Lozano ha representado a la Santa Sede en el Seminario sobre *Políticas y aplicaciones tecnológicas para el control de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas*, organizado por el Gobierno de Chile, presentando una ponencia sobre el tema: “*Posición ética y moral del Vaticano con relación a la Droga*”.

DICIEMBRE

– Del 2 al 5, el Secretario del Dicasterio P. José L. Redrado ha participado en Fátima en los Trabajos del XIº Encuentro Nacional para la Pastoral de la Salud.

5. Visitas y viajes pastorales

MARZO

– Como preparación a las Fiestas de Pascua, el día 5 S.E. Mons. J. Lozano celebró la Eucaristía en el Hospital militar mayor del Celio (Roma) y confirió el sacramento de la Confirmación a numerosos militares.

JULIO

– El día 6, con ocasión de la

Fiesta patronal de San Camilo de Lelis, acompañado por el Vice-Secretario del Dicasterio P. Felice Ruffini, M.I., S.E. Mons. Javier Lozano ha presidido una concelebración eucarística en la Clínica particular “*Villa Sacra Famiglia*”.

– El día 21, con ocasión de la festividad de San Daniel, acompañado por el Secretario del Dicasterio P. José L. Redrado, O.H., el Presidente S.E. Mons. Lozano ha presidido una concelebración eucarística en el Hospital *Villa San Pietro* de los Hermanos de San Juan de Dios, inaugurando luego los nuevos locales del centro de acogida.

SETIEMBRE

– Por invitación de S.E. Mons. Jean Sahuquet, obispo de Tarbes y Lourdes, el día 20 S.E. Mons. J. Lozano estuvo en Lourdes para la bendición solemne del nuevo “*Acquiel Notre-Dame*”, presidiendo la solemne celebración eucarística en la Basílica San Pfo X.

NOVIEMBRE

– El día 3, acompañado por el Secretario del Dicasterio P. José L. Redrado, el Presidente S.E. Mons. Lozano ha presidido en el Hospital “*San Giovanni Calibita – Fatebenefratelli*” – Isola Tiberina – Roma, una celebración eucarística con ocasión del Centenario del nacimiento de San Ricardo Pamperi.

6. Encuentro Eclesial sobre la Droga

Del 9 al 11 de octubre, se ha desarrollado en el Vaticano (Aula Vieja del Sínodo) el Encuentro Eclesial referente al problema de la droga sobre el tema: “*Solidarios por la Vida*”, promovido y organizado por este Pontificio Consejo.

La finalidad del Encuentro era focalizar el compromiso asumido por todas las fuerzas vivas de la Iglesia – Diócesis, Institutos Religiosos, Asociaciones y Grupos de recuperación y de voluntariado – en todo el mundo, para detener el fenómeno a través una prevención y una recuperación del drogadicto en el pleno respeto de los valores de la vida y de la dignidad de cada ser humano y

para preparar cuanto antes un manual pastoral para la asistencia a los drogadictos. Estuvieron presentes 90 participantes, en representación de 45 países, exponentes reconocidos que se distinguen de manera particular por su empeño a favor de la prevención y recuperación de los drogadictos; sobre este tema, han expuesto las diferentes técnicas y experiencias más importantes que se desarrollan actualmente en el mundo. El Encuentro se ha abierto con una prolucción hecha por el Card. Angelo Sodano, Secretario de Estado, quien ha expuesto a los presentes las grandes líneas del Magisterio pontificio al respecto, resumidas en siete puntos principales, esto es: el flagelo de la droga, sus efectos devastantes, la responsabilidad pública, las raíces ético-culturales del fenómeno, una adecuada estrategia, un desafío para la Iglesia, el horizonte de la esperanza. Durante el Encuentro se han afrontado las diferentes temáticas relacionadas con las reflexiones antropológicas y teológicas sobre: armonía de la persona y la droga, la droga y el valor del cuerpo, la educación a la promoción de la vida y la persona como valor. Luego de las reflexiones se ha efectuado un intercambio de las diferentes experiencias sobre la prevención y la recuperación del drogadicto y el papel de la familia y de la sociedad. Asimismo, se han afrontado otros temas como las raíces biológicas de la toxicomanía, de la drogadicción y la criminalidad, la lucha contra la droga y la normativa internacional. Tampoco han faltado Mensajes importantes: uno de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena, uno de la Oficina para la droga de la OMS y, finalmente, el mensaje del Observatorio europeo sobre drogas y la drogadicción en Lisboa. Al término de los Trabajos ha intervenido el Santo Padre con un importante discurso en el que ha subrayado que la lucha contra el flagelo de la drogadicción es un deber de cada uno, según las propias responsabilidades.

7. XIIª Conferencia Internacional

Momento de particular sig-

nificado e importancia para la labor de este Pontificio Consejo ha sido la XIIª Conferencia Internacional, que se ha realizado en El Vaticano (Aula Nueva del Sínodo) del 6 al 8 de noviembre sobre el tema: “*Iglesia y Salud en el mundo, expectativas y esperanzas en los umbrales del 2000, ‘Gratia eius salvati estis’*” (Ef 2, 8). Dicha Conferencia se coloca en el marco de las celebraciones del Grande Jubileo y de los temas que el Papa ha fijado para este año en la “*Tertio Millennio Adveniente*”: Jesucristo, Verbo de Dios encarnado, fuente de salud para todos.

La Conferencia ha reunido a aproximadamente 450 participantes provenientes de 80 países; estaban presentes 22 Embajadores, 200 médicos, representantes de las Asociaciones y Federaciones católicas del mundo de la salud. Entre los 50 ilustres relatores, 3 Cardenales, el Ministro de la Salud de Portugal, 5 Obispos, 2 Embajadores, así como numerosos y reconocidos investigadores, hombres de ciencia y estudiosos de bioética, historia de la medicina, biomedicina, filosofía, ética, sociología, derecho, teología moral y pastoral. Entre los ilustres relatores, debemos poner de relieve a Su Eminencia el Card. Pío Laghi, Prefecto de la Congregación para la Educación Católica, que ha abierto la Conferencia con una intervención sobre el tema: “*Jesús, Verbo Encarnado, salud y salvación del hombre*”, y al Ministro de Salud de Portugal, Dra. Maria de Belem Roseira, que ha presentado una ponencia sobre los *Aspectos socio-políticos y económicos de la salud*; asimismo, al Dr. Hiroshi Nakajima, Director General de la Organización Mundial de la Salud que, interviniendo en la mesa redonda, ha subrayado la importancia de la cooperación internacional para la Solidaridad.

Al concluirse los Trabajos, el Santo Padre, durante el encuentro con los participantes a la XIIª Conferencia Internacional, ha hecho un apremiante llamado al mundo sanitario para que se libere de las dinámicas del provecho y se deje penetrar por la lógica de la solidaridad y de la caridad; asimis-

mo, ha recordado la figura de la Madre Teresa de Calcuta, que nos ha ofrecido un gran testimonio de amor hacia los que sufren.

8. Actividad editorial

La revista cuatrimestral “*Dolentium Hominum. Iglesia y salud en el mundo*”, órgano oficial del Dicasterio ha sido publicada regularmente y cada vez es más apreciada por los agentes sanitarios de todo el mundo; es disponible en las cuatro versiones lingüísticas (italiano, español, francés e inglés). 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, publicada en 1994, por iniciativa del Dicasterio, actualmente es disponible en las lenguas: italiana, inglesa, francesa, española, alemana, holandesa, polaca, portuguesa, rusa, checa, rumana, y, con el nulla osta del Dicasterio, está por publicarse la Carta en lengua: húngara y lituana, mientras está en fase de traducción en la lengua: malgache, árabe, albanesa y “thai”.

9. Conclusión

Al cerrar este sintético informe sobre la actividad del Dicasterio, debemos añadir que durante todo el año 1997, se ha desarrollado una intensa y laboriosa actividad en la sede. Bajo la nueva guía del Dicasterio S.E. Mons. Javier Lozano, el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios ha proseguido el trabajo ordinario tanto de correspondencia epistolar con los obispos sobre temas específicos referentes a los problemas de pastoral sanitaria, de bioética, de actividad editorial, de diferentes solicitudes; como de contacto personal con los Representantes pontificios, especialmente con aquellos recientemente nombrados, con Arzobispos y Obispos presentes en Roma con ocasión de la visita *ad limina* o para otras circunstancias, con sacerdotes, religiosos y religiosas comprometidas en el amplio campo de la salud.