



DOLENTIUM HOMINUM

N. 41 – año XIV – N. 2, 1999

REVISTA DEL PONTIFICIO CONSEJO
PARA LA PASTORAL DE LA SALUD

DIRECCION

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

COMITE DE REDACCION

BENEDETTINI P. CIRO
BOLIS DRA. LILIANA
CUADRON SOR AURELIA
D'ERCOLE P. GIOVANNI
EL-HACHEM DRA. MAYA
FALLANI DR. GIOVANNI
GRIECO P. GIANFRANCO
HONINGS P. BONIFACIO
IRIGOYEN MONS. JESÚS
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
FFORDE PROF. MATTHEW
GRASSER P. BERNARD, M.I.
QWISTGAARD SR. GUILLERMO

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

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

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

En la cubierta: vidriera del P. Costantino Ruggeri

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

Sumario

EDITORIAL

- 6 **La Pastoral de la Salud en la Exhortación Apostólica “*Ecclesia in America*”**
S.E. Mons. Javier Lozano
- 9 **La Pastoral de la Salud en la Encíclica “*Fides et Ratio*” de Su Santidad Juan Pablo II**
S.E. Mons. Javier Lozano

MAGISTERIO

- 18 **De los discursos del Santo Padre**

ARGUMENTOS

- 26 **La salud de la mujer**
Mons. Jean-Marie Mpendawatu
- 29 **El cerebro y el alma**
Prof. Dr. Charles Probst

TESTIMONIOS

- 36 **Un nuevo modo de acompañar a los moribundos: el “*Franziskus-Hospitz*” en Hochdahl**
Gregor Spieß
- 39 **Sacerdote a título de hospitalidad**
Hno. Pascual Piles
- 42 **La Santa Sede y el Comité Internacional de Medicina Militar**
Abad L. De Maere

ACTIVIDAD DEL PONTIFICIO CONSEJO

VII JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO

- 46 **Crónica**
Don Krzysztof Nykiel
- 49 **Cartas de nombramiento del Santo Padre a los enviados especiales para las celebraciones**
- 50 **En camino hacia el Padre**
- 51 **Homilía del Cardenal Fiorenzo Angelini**

- 53 **Saludo del Cardenal Fiorenzo Angelini**

CEREMONIA DE INAUGURACION DE LA CELEBRACION DE LA VII JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO BEIRUT, 8 DE FEBRERO 1999

- 54 **Discursos de las Autoridades**

JORNADA DE REFLEXION SOBRE LOS HOSPITALES CATOLICOS BEIRUT, 9 DE FEBRERO 1999

- 60 **Aportes para la identidad de un hospital católico**
S.E. Mons. Javier Lozano

- 66 **Ética y administración de un hospital católico**
Hno. Pierluigi Marchesi

ENCUENTRO DE LOS OBISPOS RESPONSABLES DE LA PASTORAL DE LA SALUD DE ASIA BEIRUT, 10 DE FEBRERO 1999

- 73 **Organismos Episcopales Nacionales, diocesanos y Parroquiales para la Pastoral de la Salud**
S.E. Mons. Javier Lozano

Las ilustraciones de este número proceden del catálogo de la muestra “San Giovanni di Dio patrono dei librai” organizada con ocasión del V Centenario de su nacimiento, 1495-1995, Benevento 1996



**«*Unxit me evangelizare pauperibus*»,
proclama Jesús (Lc 4, 18).**

**Los evangelizadores deben dedicar
una atención preferencial a los pobres.**

**Pobres son también de algún modo
quienes carecen del bien fundamental
de la salud: una pastoral sanitaria
bien organizada forma parte igualmente
de la tarea evangelizadora.**

Juan Pablo II

*Discurso a los participantes en la IV reunión plenaria
de la Pontificia Comisión para América Latina*

23 junio 1995



*La Pastoral de la Salud en
dos documentos pontificios:
“Ecclesia in America”
y “Fides et Ratio”*

La Pastoral de la Salud en la Exhortación Apostólica “*Ecclesia in America*”

El 22 de enero de este año de 1999 el Santo Padre ha firmado y entregado a los Obispos y a todo el pueblo de Dios que peregrina en el Continente americano, la Exhortación apostólica “*Ecclesia in America*” donde nos describe en concreto cómo deba ser allí el encuentro con Jesucristo vivo, camino para la conversión, la comunión y la solidaridad.

Es un documento que consta de 6 capítulos con 136 números en total, en los que después de la Introducción se habla del encuentro con Jesucristo vivo, en el hoy de América, como camino de conversión, para la comunión y para la solidaridad, y de la misión de la Iglesia hoy en América, esto es, de la nueva Evangelización.

Dentro del conjunto de los importantes temas que trata, seleccionamos aquí los que se refieren en especial a la Pastoral de la Salud, de los que ofrecemos un pequeño comentario. Son cuatro puntos, a saber: el encuentro con Jesucristo en el enfermo, la conversión a la santidad en la Pastoral de la Salud, la solidaridad en la Pastoral de la Salud y el problema de la toxicoddependencia.

1. Encuentro con Jesucristo en el enfermo

En el número 18, donde se habla en concreto de cómo nos encontramos con Jesucristo vivo en América se puntualiza que este encuentro se hace también al encontrarse con el enfermo. Se encuentra a Jesucristo vivo en la atención a los ancianos, a los enfermos, en los asilos, en los hospitales, en los dispensarios, allí se expresa la conciencia de una solidaridad concreta entre las comunidades del Continente y del mundo, manifestando la fraternidad de los cristianos.

El tema del encuentro con Jesucristo en el enfermo, es muy conocido a la luz de *Mt* 25,36.39.43-45 en la narración del Juicio final, en la que Jesucristo nos dice que estuvo enfermo y que lo visitamos o no al hacerlo o descuidarlo con el menor de nuestros hermanos.

Tenemos en América 4,359 centros de salud católicos recensionados como tales; son muchas las oportunidades que se presentan para este encuentro con Jesucristo vivo, no

sólo en los centros hospitalarios católicos, sino también en los demás y con todos los enfermos que se encuentran en sus domicilios. Este encuentro se dará en general con todo el mundo de la salud que es tan extenso en este Continente.

Bajo diversas perspectivas, tanto en América del Norte, como en la del Sur, como en la del Centro y en las Antillas, uno de los principales puntos que interesan a la sociedad en el presente es el problema de la salud. La salud ha pasado en muchos países a ser una de las preocupaciones más importantes del sector público. Es algo que se exige por la misma justicia social y es en el cuidado de la salud donde encontramos uno de los lugares privilegiados para encontrarnos con Jesucristo vivo.

Los 4,359 centros de salud católicos son la prueba de que América entera hoy se está preocupando de encontrar a Jesucristo vivo en el mundo de la salud, este encuentro se hace hoy cada vez más intenso y en la Exhortación se menciona para no dejar de subrayar algo que está en el mismo corazón de la Iglesia y que es patrimonio de la Iglesia en América desde hace tantos siglos, desde los inicios de la Evangelización del Continente.

2. La conversión a la santidad en la Pastoral de la Salud

La santidad consiste en el encuentro con Jesucristo vivo, por eso al tratar el tema de la Conversión, en el n. 30, el documento “*Ecclesia in America*” entre las diversas formas con las que nos describe cómo sea la santidad se dice que ser santo no es otra cosa que prolongar el amor de Cristo en la historia, especialmente en la atención a los enfermos.

La santidad consiste en la unión que el Espíritu Santo hace del hombre con el Padre a través de Cristo; si Cristo se encuentra en el enfermo, entonces, al unirse el cristiano con los enfermos al prodigarse a ellos, el Espíritu Santo lo une a Cristo y lo hace progresar en santidad. Por eso muchos santos han elegido el camino de la Pastoral de la Salud y lo han hecho el carisma especial de Ordenes religiosas que han fundado, como San Juan de Dios y San Camilo de Lellis, entre otros.

3. Solidaridad eclesial en la Pastoral de la Salud

Para favorecer la comunión con Cristo y con todas las personas del Continente habla el Papa en el n. 48 de acompañar al niño en su encuentro con Cristo. Dice que agradece la labor, entre otras, de los profesionales de la salud que sirven a la familia y a los niños con la misma actitud de Jesucristo que dijo “Dejad que los niños vengan a mí...” (Mt 19,14). Se refiere también a la condición dolorosa de muchos niños en América, la que incluye la falta de un conveniente cuidado de su salud.

Es dentro de la solidaridad que hay que alcanzar la santidad en el cuidado a los enfermos, y desde ella combatir la cultura de la muerte en una sociedad dominada por los poderosos. Así dice el documento en su número 63: afirma el Papa que piensa en los ancianos y enfermos incurables, objeto a veces de la eutanasia, tantas veces condenada por el Magisterio; dice que aprecia todo lo que se hace por defender al enfermo incurable. Hace un llamado a los católicos que trabajan en el campo médico-sanitario para que defiendan las vidas que corren más peligro, actuando con una conciencia bien formada según la doctrina católica.

Dentro de una sociedad eficientista en la que todo se mide según el binomio costo-eficacia, el anciano, el enfermo incurable, ya no son productivos y se tiende a eliminarlos. Esta es la lógica de la cultura de la muerte. El Papa denuncia este modo de pensar y nos invita a luchar contra el mismo. La persona tiene un valor inviolable que radica en su propia dignidad como persona humana, independientemente de su capacidad productiva. La globalización de la economía en el campo de la salud puede tener buenos resultados, pero si todo se finaliza en el lucro, llegamos a estos extremos de la eutanasia y del suicidio, hoy eufemísticamente considerado como “*muerte asistida*”.

Posteriormente, la Exhortación toca el tema de los indígenas y de los americanos de origen africano. Como habíamos ya mencionado, la Iglesia se ha distinguido por la atención que en la historia de la Evangelización en América ha brindado a los enfermos, especialmente a los indígenas. Son famosos los hospitales para indígenas que en todas partes fundó. Ahora la Exhortación en su número 64 recomienda atender las necesidades sanitarias de los pueblos indígenas y de los americanos de origen africano. En algunos países de América la asistencia social estatal no ha llegado todavía a estos sectores y es urgente que la Iglesia no los abandone, y en su papel

subsidiario continúe su práctica multisecular; lo que no quita su intervención directa incluso cuando ya la seguridad social se haya extendido también a estos sectores más necesitados; su experiencia le dictará nuevos caminos que basándose en los pasados puedan ser lo suficientemente creativos para responder a las nuevas necesidades.

4. La toxicodependencia

Otro punto ligado a la Pastoral de la Salud es el problema de la toxicodependencia. La Exhortación no olvida este punto y hace algunas menciones al respecto:

En el n. 24, al hablar del Encuentro con Jesucristo considera los obstáculos para el mismo, y entre ellos cataloga el comercio y el consumo de la droga; dice que es el desafío más apremiante, que pone en juego el prestigio internacional de los países.

Al hablar de la solidaridad en el n. 56, pone el abuso de las sustancias estupefacientes como uno de los pecados que claman al cielo. Dice, que entre estos pecados se debe recordar el comercio de drogas, el lavado de las ganancias ilícitas...; afirma que se debe este pecado a profundas crisis, a la pérdida del sentido de Dios, a la ausencia de principios morales..., dice que sin una referencia moral se cae en un afán ilimitado de riqueza y de poder que ofusca toda visión evangélica de la realidad social... y adversa la promoción de la solidaridad y de la paz.

Más adelante, refiriéndose también a la solidaridad en el n. 61 toca nuevamente el problema de las drogas y habla de colaborar en su supresión. No deja de contemplar el problema que se encuentra en su producción de parte de campesinos pobres que la han visto como un medio para salir de su pobreza y anima a ayudarlos para que puedan sembrar otros cultivos lícitos que les faciliten modos honestos de vivir. Nuevamente insiste que para combatir el problema de la droga es necesario dar un auténtico sentido a la vida.

No cabe duda que el problema de la droga es de mucha significación en América y no podía quedar fuera del tratamiento que la Exhortación da a la serie de dificultades que se encuentran en el Continente y que adversan a la Nueva Evangelización y rompen la solidaridad. La doctrina pontificia al respecto ya ha insistido en otras ocasiones¹ en los tres pasos fundamentales frente al abuso de las sustancias psicotrópicas y todas sus consecuencias, a saber: prevención, represión y acompañamiento.

En la *prevención* viene toda la formación

necesaria que debe impartirse a la sociedad al respecto, en especial a las nuevas generaciones, donde se debe insistir en que cada quien tenga hondamente asentado los principios cristianos básicos que le otorgan el sentido de la vida: los valores, sin los cuales es imposible combatir el abuso de la droga.

Si no hay demanda de droga, la oferta termina; pero en cuanto siga habiendo demanda, seguirá habiendo oferta con todos los problemas de la producción y el tráfico ilícito de la misma. Hay acentos en la oferta y en la demanda, pero ya no se puede dividir América entre países productores y países consumidores de droga. Todos a la vez son productores y consumidores, especialmente ante la aparición de la droga sintética. Para todos urge que se avizore el problema en sus propias raíces que es la demanda de la misma, demanda que no se llevará a cabo si hay una formación adecuada y en especial si existen los valores cristianos adecuados que dan el auténtico sentido de la vida y evitan las huidas características que significa la toxicodependencia.

Respecto a la *represión*, ya en otras partes el Papa ha condenado duramente el nefasto tráfico de la droga, ha llamado a quienes lo hacen “traficantes de muerte”, y ha pedido a los diversos Gobiernos que actúen con firmeza para hacer desaparecer esta plaga. Sin embargo, debemos admitir que mientras siga la demanda, será muy difícil, cuando no imposible, poder frenar este tráfico maldito.

En el *acompañamiento* a los drogadictos el Papa en otras ocasiones nos ha hablado del amor que da el sentido responsable de la vida como una vocación y con el que hay que

acompañar al drogadicto para que pueda salir del estado en que se encuentra. En este Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, nos hemos empeñado en ayudar a los diversos agentes de pastoral especialmente en la prevención y en el acompañamiento, y dentro de poco tendremos redactado un manual que pueda servir tanto para la prevención como para el acompañamiento de quienes se encuentran bajo este flagelo.

Concluimos pues diciendo que nos congratulamos de que en esta Exhortación se subraye la Pastoral de la Salud como encuentro con Jesucristo vivo, camino para la conversión, la comunión y la solidaridad en América: esto es, la atención al enfermo como encuentro con Jesucristo, como conversión y solidaridad, como camino de santidad, y la droga como obstáculo que impide llegar a esta solidaridad. Ojalá que esta ubicación de la Pastoral de la Salud en América nos sirva para darle un mayor ímpetu y ayude a los profesionales de la Salud a ensanchar sus campos de trabajo desde una perspectiva auténticamente cristiana.

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

Nota

¹ Cf. JAVIER LOZANO BARRAGÁN, *Posición ética y moral de la S. Sede con relación a la Droga*; L' Osservatore Romano, edición española, (n.7), 13 de febrero de 1988. En especial, para el remedio del problema de la droga, cf. Id., *Lucha contra el tráfico ilícito de la droga*, L' Osservatore Romano (edición española) (28), 10 de julio de 1998, p.24.



La Pastoral de la Salud en la Encíclica “*Fides et Ratio*” de Su Santidad Juan Pablo II

Aunque a primera vista pareciera que los temas que trata esta Encíclica estuviesen lejos de los propios de nuestro Dicasterio de la Pastoral de la Salud, sin embargo, examinando atentamente el documento pontificio nos damos cuenta de que en el corazón mismo de la Encíclica se tratan como base los asuntos que nos ocupan. En efecto, son recurrentes en la Encíclica los temas del dolor, del sufrimiento, de la muerte, del sentido total de la vida, etc.

En este pequeño comentario trataremos de recorrer la Encíclica subrayando los puntos que más se encuentran en conexión con nuestro cometido.

Introducción

En los seis números con los que empieza la Encíclica se resalta la idea de que la situación actual es presa del relativismo. El hombre se ha centrado sobre sí mismo, ha renunciado a abrirse hacia la trascendencia y a preguntarse sobre el sentido total de su existencia. En efecto, sin la Pascua, sin la trascendencia concreta, dentro del relativismo, es imposible hablar a fondo de la salud y de la enfermedad, del sufrimiento. Al destacar sólo los condicionamientos que limitan el conocimiento y caer en el relativismo, el sentido de todas estas realidades aparece sin sentido, pues el hombre rehusa preguntarse sobre su propio fin. Solamente si se deja que la Revelación guíe a la razón, se podrá llegar a las profundidades de la existencia humana.

1. Capítulo primero

En el capítulo primero, “*La Revelación sobre la sabiduría de Dios*”, se insiste en la gratuitidad de la Revelación (n. 7), en la relación entre las palabras y las obras en la Revelación (n.10), en la relación entre tiempo y eternidad (n.11), en el sentido de la Encarnación (n.12), en el misterio, la libertad y la verdad (n.13), y la parcialidad de la comprensión del misterio, la función del amor en la comprensión y el avance en la misma (nn. 14-15).

A la luz de lo anterior aparecen las curaciones, obras que Cristo hace, como las que ma-

nifiestan y confirman las palabras de Cristo, son el resplandor de su verdad profunda, son la manifestación de las palabras de amigo que Cristo proclama en su Mensaje del Reino. La verdad de la resurrección del Señor se hace tiempo e historia ya desde las curaciones que, especialmente en la resurrección de los muertos, se convierten en preludio de la Resurrección de Cristo mismo y de todos nosotros. Son el preludio de la Revelación plena a la que nos conduce el Espíritu.

Para responder al gravísimo problema de la muerte y encontrarle su sentido, la síntesis de respuesta es la Encarnación. La muerte es inevitable al asociarse con la realidad del tiempo. Ahora la eternidad ha tocado al tiempo y su parcialidad, su dolor y su fugacidad se han subsanado con la irrupción de la totalidad en la parcialidad, por la misma divinidad.

Es cierto que la totalidad, el sentido total de la existencia, queda aún en el misterio y no se podrá comprender en su extensión propia. Esto acontece en especial bajo los aspectos del dolor y de la muerte, su conocimiento será limitado y fragmentado, sin embargo mucho podemos avanzar gracias al amor gratuito de Dios que nos revela la muerte y resurrección de Cristo como anticipo de la visión de Dios en la felicidad participada de nuestra propia resurrección.

Esta revelación sobre el sentido total de la existencia es la auténtica verdad que nos hace libres. La libertad nos lleva a la verdad y la verdad nos conduce a la libertad y por un acto de la libertad, por un acto fundamental de la misma, situado en lo más profundo de nuestra existencia, captamos la verdad del sentido de nuestra vida en la revelación amorosa de la muerte y resurrección de Cristo. Esta es la plena salud, o si se quiere, viéndolo desde otro aspecto, esta es la solución al problema humanamente insoluble del sufrimiento y de la muerte.

Dado que la libertad es lo más importante en la construcción del hombre, y que la construcción propia es nuestra tarea esencial en la vida, existe una aparente paradoja, pero que es la realidad misma de una “obligatoriedad libre” de aceptar esta Revelación para poderse afirmar como humanos abiertos a la plena existencia.

2. Capítulo segundo

En el capítulo segundo, “*Credo ut intelligam*” señalo en especial el n.18 donde se trata de las tres reglas del pueblo de Israel para obtener el conocimiento, el n. 20 donde se habla del pleno sentido de la propia existencia, el n. 22, donde se toca la necesidad de la metafísica para este conocimiento y el n. 23 que trata de la sabiduría como rompimiento de los esquemas habituales del conocimiento en Cristo muerto.

Es muy revelador que si queremos obtener un conocimiento de los problemas del dolor y del sufrimiento, tenemos que seguir este camino. Un conocimiento manipulador, que quiera dominar, no es apto para entender las profundidades de la enfermedad y del dolor y mucho menos de la muerte. El conocimiento que podemos obtener de estos temas es necesariamente continuo y progresivo y lo que es muy importante, es un conocimiento gratuito que debe ser recibido con toda reverencia de Dios providente. Es un conocimiento “*orante*”, reverente ante el misterio. Sólo así se pueden trascender los datos sensibles y llegar al conocimiento metafísico del mal, del dolor y de la muerte, donde atisbamos la verdad sobre los mismos.

Es exactamente en nuestros temas en los que encontramos lo absurdo de la autonomía absoluta del hombre, pues se encierra en su propia muerte sin tener ninguna salida de escape. Aquí es donde encontramos la frontera entre la razón y la fe, y como dice la Encíclica (n. 23), este es el escollo en el que puede naufragar la razón, pero que si lo sabe superar con este conocimiento respetuoso y lleno del temor de Dios, podrá llegar a obtener toda verdad. En efecto, la solución al problema del mal sólo se obtiene por la sabiduría que pone a la muerte como fuente de vida y de amor. De manera que en el centro de todo conocimiento pone lo que es nada, lo despreciable, lo plebeyo, lo necio, lo débil, la locura, el escándalo, como la solución más profunda, pero no en una mera abstracción de sistema, sino en la irrepitibilidad histórica de la persona divino humana del Cristo pascual. La filosofía en su conocimiento sobre el dolor y la muerte es capaz de reconocer el incesante trascenderse del hombre y ayudada por la fe, abrirse a acoger la predicación de Cristo crucificado, muerto y resucitado.

Como decíamos, es en nuestros temas donde la razón y la fe sitúan a la vez que su frontera, el espacio donde encontrarse. Es el espacio en el que con toda reverencia se coloca la muerte como fuente de verdad y de amor y se llega a la plenitud de la Verdad máxima para el hombre.

3. Capítulo tercero

En el capítulo III “*Intelligo ut Credam*”, son dos las ideas que sobresalen, una primera es el ansia de todo hombre de llegar a una verdad absoluta y universal que dé respuesta al sentido último de la propia existencia y de la muerte, la apertura hacia el Trascendente, la apertura hacia Dios, como coronamiento de la verdad de los valores que conforman la propia vida, nn. 24-27; esta idea es turbada por actitudes incorrectas causadas por la mala voluntad y por la propia limitación de la razón, n. 28, lo que no quita que el ser humano tenga la capacidad de encontrar la verdad, n. 29.

La segunda idea es que las diversas formas de verdad, evidentes, experimentales, especulativas, religiosas, reveladas, son asequibles directamente, es verdad, pero las más de las veces, por el testimonio de otra persona distinta del que conoce, nn. 30-31; es el caso universal de la Tradición. Afirmamos la verdad por la confianza que nos inspira el testigo que nos la comunica, donde con la verdad recibimos a la vez el regalo mismo de la persona que nos testifica, n. 32, y no nos contentamos con verdades parciales, factuales o científicas, sino con la verdad absoluta que en último término es la verdad trinitaria hecha testimonio para nosotros en Cristo, n. 33, y que llega a nuestra razón y a nuestra Fe siendo la misma verdad que no se contradice, n. 34, relacionándose así la razón con la Fe de una manera profunda, n. 35.

El sentido último de la existencia, de la enfermedad, del dolor, del sufrimiento y de la muerte, no se nos da en un enunciado meramente doctrinal, sino que tiene todo el calor infinito de las personas de la Santísima Trinidad mediante el testimonio-regalo de Cristo mismo. El sentido último de la existencia se realiza no por una afirmación simple que haga Cristo y que se distinga de su misma personalidad, sino que es la misma personalidad de Cristo que es la Palabra del Padre que comprendemos por el Amor del Espíritu Santo. La Pascua de Cristo es el regalo de la verdad personal del mismo Cristo, que en su amor oblativo hasta la muerte y la muerte de cruz y de su resurrección gloriosa, es el don de sí mismo que nos da el sentido de todo lo que significa nuestra existencia. Es la persona de Cristo la verdad central de cada uno de los humanos, es el centro de toda la vida. La forma para llegar a esta verdad absoluta universal revelada es la confianza en la persona que testifica y es a la vez la misma Verdad. Testimonio, Testificante y Verdad se identifican en la misma persona, Cristo. Confianza, Amor hacia esta persona y acto de aceptación

de dicha Verdad son el don del Espíritu que se nos ha dado para poder llamar Padre al Padre de los cielos. Es un acto mediante el cual nos incorporamos a la Vida Trinitaria por una participación real en esta vida divina mediante el acto por el cual llegamos a la Verdad y nos hacemos o más bien dicho, somos hechos hijos de Dios en el Hijo de Dios. Somos hechos verdad en la Verdad del Hijo de Dios. La solución al problema del sufrimiento y de la muerte, del dolor y del mal, no se pone como algo exterior al que lo busca, sino que se encuentra dentro de nuestra propia constitución de personas, como hijos adoptivos de Dios.

4. Capítulo cuarto

En el capítulo cuarto, *“Las relaciones entre la fe y la razón”*, se parte de la expresión racional de la fe de acuerdo a las diversas épocas de la historia del pensamiento, n. 36, teniendo siempre una actitud crítica, n. 37-38, asumiendo el pensamiento filosófico y purificándolo, n. 39-41, viendo que la Fe es razonable y a la vez incomprensible, n. 42, pero que la fe no anula la razón sino que la enaltece ya que todo lo que conduzca a la verdad viene del Espíritu Santo, nn. 43-44; al disociarse la razón de la Fe, n. 45, se llega a la radicalización de la autonomía absoluta de la razón y ésta no llega más a la verdad, n. 46; se ha privilegiado a la razón “instrumental” en el conocimiento de la utilidad y del placer, n. 47, debilitándose tanto la fe como la razón: la fe, subrayando la experiencia y el sentimiento, cerrándose en el mito; la razón, sin fuerza para llegar a la novedad y la radicalidad del ser, n. 48.

No cabe duda que en el correr de los tiempos se ha asumido el pensamiento filosófico para poder comprender el problema del dolor y del sufrimiento, a la vez que el de la muerte y del mal en general. El concepto de la privación y por tanto del no ser fue aducido como algo fundamental para resolver la cuestión de su origen. Al ser privación el mal, no debíamos recurrir a buscar una causa positiva del mismo, sino en la carencia que explicaba su razón de ser. Sto. Tomás así resolvía el problema propuesto por el pensamiento maniqueo respecto a los dos principios originales, el del bien y el del mal, concluyendo lo absurdo de la asignación de un principio del que procediese el mal. Esto no obstante, no cabe duda que siguiendo el pensamiento de San Anselmo, nos encontramos dentro del misterio incomprensible del mal, al que llegamos racionalmente pero nos detenemos frente a los límites que se imponen, ya , co-

mo se ha dicho antes, por lo fragmentario de nuestro conocimiento, ya por su propia limitación, puesto que al tratar del mal, del sufrimiento, del dolor y de la muerte nos encontramos con el mismo misterio del hombre y a la vez con el misterio de Dios hecho hombre, como hemos dicho con anterioridad.

Cuando se llega al subjetivismo y a negar la metafísica y la objetividad del ser, es lógico que se oscurezcan todos los aportes sobre la comprensión posible del misterio del mal, de la enfermedad, del sufrimiento, del dolor y de la muerte. Cuando se adopta la razón instrumental y todo se mide por la eficiencia económica y técnica, como se hace en el pensamiento actual, entonces aparecen como inútiles todos los pensamientos que trasciendan el mundo reducido al cual se ha concretado esta razón y se les declare fuera de sentido y ni siquiera se permite que se propongan en cualquier problemática que pretenda tener alguna validez. Y también se ve la consecuencia: ante la realidad que no se puede borrar simplemente por un acto de la voluntad, y al experimentar cotidianamente el misterio del mal, entonces, al no poder negarlo simplemente se trata de ocultarlo, escondiendo la enfermedad y la muerte o paliándolas con eufemismos o trivializaciones a los que la sociedad actual recurre con mucha frecuencia.

El problema de la muerte se ha tocado solamente como experiencia bajo el sentido del sentimiento, después que se recurrió al absurdo para definirla. En todo caso la respuesta que el mundo actual le ha dado es la solución del avestruz, en un pensamiento débil y temeroso de encontrarse con las realidades que lo desaffan a cada momento. La fe debe recobrar toda su fuerza para presentar una solución válida y universal al problema del sentido último de la existencia con toda su fuerza y parresía; por otra parte, la razón debe recobrar toda su audacia para dirigir su mirada hacia la radicalidad y novedad de la vida desde la misma muerte.

5. Capítulo quinto

En el capítulo quinto se habla de las *“Intervenciones del Magisterio en cuestiones filosóficas”*. Después de afirmar la sana autonomía de la filosofía se indica que cuando la filosofía no respeta la verdad revelada, entonces, el Magisterio, como guardián de la Revelación, interviene (n. 49); presupuestos, conclusiones, fundamentos de sistemas filosóficos, elementos de los mismos, son juzgados de acuerdo a su compatibilidad con la fe; aun admitiendo un sano pluralismo, lo que se piensa sobre Dios, el hombre, su libertad, los

contenidos éticos, afectan a la verdad revelada (n. 50). No se elimina la mediación filosófica, sino que se reconocen sus justos límites frente al misterio de Cristo que es toda la Verdad (n. 51) Así lo ha hecho la Iglesia el siglo pasado y en nuestros días (nn. 52-54) Hoy se pone en duda la posibilidad de verdades absolutas y universales, se habla del final de la metafísica, se cae en el racionalismo o en el fideísmo, en el biblicismo, se olvida que es toda la Iglesia la que interpreta la S. Escritura, se olvida la teología especulativa, la tradición filosófica, las terminologías tradicionales (nn. 55-56). Las rectas relaciones entre filosofía y fe las ha desarrollado magistralmente Sto. Tomás de Aquino en su teología, lo que ahora se vuelve a recomendar, sin que por ello se desconozcan las contribuciones geniales de los modernos teólogos católicos (nn. 57-59) y los aportes que hoy hace el Vaticano II (n. 60). Algunos teólogos y profesores de teología han hoy descuidado la filosofía minusvalorando el conocimiento racional y metafísico y supervalorando el de las ciencias, descuidando los principios más profundos de la sabiduría, incapacitándose para realizar un verdadero diálogo con la cultura moderna (nn. 61-62).

La Revelación nos da el sentido último de la existencia especialmente cuando trata de los temas decisivos que venimos considerando del dolor y de la muerte. Cuando en estos temas se encuentran asertos o prácticas que adversan este sentido revelado, es obvio que el Magisterio deba intervenir, vgr., cuando se trata de problemas sobre el respeto a la vida, tanto en sus inicios como en sus etapas terminales. No es de extrañar por tanto que el Magisterio con frecuencia ponga a consideración puntos sobre la atención a los enfermos terminales, sobre la eutanasia, sobre la muerte, sobre el transplante de órganos, etc.

La marginación sobre las preguntas últimas acerca del hombre en algunos centros docentes y en algunas publicaciones, a su vez marginado, ha la pastoral de la salud en la mente de algunos pastores, o bien le ha dado un sesgo no muy adecuado, fijándose sólo en ciertos aspectos sentimentales o bien sociales o psicológicos, sin recalcar con la debida centralidad lo básico de la respuesta única en la muerte y resurrección de Cristo. Las aseveraciones de la Encíclica nos hacen reflexionar cómo la negación de verdades absolutas y metafísicas nos lleve a una pastoral equivocada en cuestiones tan prácticas como son la conducta que debe de realizar el agente de pastoral de la salud frente a los problemas actuales de un hospital católico, la actitud del capellán frente a los enfermos que atiende, la predicación sobre las postrimerías, etc.

6. Capítulo sexto

En el capítulo sexto la Encíclica trata de la “*Interacción entre Teología y Filosofía*”. En este capítulo emergen tres grandes temas: primero, cómo se integra la teología con la filosofía en las dos funciones principales de la Teología, el “*auditus fidei*” y el “*intellectus fidei*” (nn. 64-69); segundo, cómo se integran ambas al tratar el problema del encuentro entre la fe y las culturas, la filosofía de los valores (nn. 69-72). El tercer tema es el de la filosofía con relación a la Teología, la única verdad, la circularidad de la filosofía y la teología, la filosofía como totalmente separada de la teología, la filosofía cristiana, la filosofía tomada por la teología (nn. 73-79).

Respecto a la Pastoral de la Salud en el “*auditus fidei*”, debemos señalar lo cuidadoso que debe ser este escuchar lo que la Palabra de Dios dice sobre estos temas básicos del sentido general de la existencia, de los que hemos hablado anteriormente. Debemos llegar a su conocimiento “*argumentativo*”, del que habla el Papa, este conocimiento crítico y universal, apto para dar respuesta a los interrogantes más profundos del hombre. Aquí entra también el “*intellectus fidei*” para reportarnos esta visión sistemática y profunda que la teología dogmática nos puede ofrecer sobre los temas concernientes. Es en especial de notar la necesidad de la bioética que entra en los aspectos de la teología moral, y cómo se necesita más extensamente en este campo la razón, ya que como se anota, en esta materia los enunciados de la Revelación son más genéricos y es la razón la que debe entrar con mayor fuerza.

Al hablar de las culturas y sus valores, se destaca que la máxima Verdad y el máximo valor es Cristo (n. 71) y que una cultura vive por la posibilidad de comunicación de sus propios valores con otros valores. Por tanto, la posibilidad de vida máxima de una cultura es su apertura al valor máximo que es Cristo en la verdad de su muerte y resurrección. En esta forma los demás valores de una cultura serán otras tantas explicitaciones que nos podrán ayudar según su propia riqueza, a expresar con mayor amplitud e inteligencia el misterio pascual aplicado a las necesidades reales que suscitan las preguntas fundamentales sobre la existencia humana.

También es oportuno notar cuando se habla de la filosofía cristiana su aspecto subjetivo (n. 76) que hace que el filósofo se libere de la presunción y con humildad adquiera el valor necesario para tratar cuestiones que difícilmente podría resolver sin la ayuda de la Revelación, vgr. el problema del mal y del sufrimiento... Una vez más ocurre la necesidad de la razón guiada por la Revelación para tratar los asuntos centrales de la existencia.

7. Capítulo séptimo

“*Exigencias y cometidos actuales*”. Podríamos encontrar en este capítulo tres grandes sectores de pensamiento, el primero será el del problema de la fragmentariedad del saber actual, el segundo de los errores que hoy afligen a la humanidad, y el tercero, lo que ve propiamente a la teología.

7.1 *La fragmentariedad del saber actual*

El primer sector que abarca de los nn. 80 al 85, después de enunciar las verdades filosóficas contenidas en la Revelación subraya el problema que pudiéramos llamar de la “*razón instrumental*”, esto es, la razón instrumental ha suplantado a la razón sapiencial en el conocimiento de la verdad. Se da una multiplicidad de respuestas a los problemas actuales desde una fragmentariedad de saber, se privilegia la razón instrumental que va hacia el cómo hacer las cosas y no el qué sean, es el conocimiento fenoménico frente al conocimiento de la verdad objetiva, a la verdad como adecuación entre el conocimiento y las cosas en sí. Se niega el conocimiento metafísico y se permanece en la superficialidad del conocimiento experimental. Cuando se encuentra en el terreno del análisis lingüístico, se queda en la estructura de la lengua y en el sentido de significados mediatos sin llegar al significado último de la verdad expresada o significada en último término por el mismo lenguaje.

Desde esta perspectiva es obvio que al hablar de los problemas de la pastoral de la salud no se podrá ir más adelante de una presentación fenoménica del dolor y del sufrimiento y no se llegará al sentido último de los mismos. Así se estudian los problemas en la medicina sin llegar a comprender al hombre en su unidad misma, fuera de una visión antropológica que lo unifique. La pastoral de la salud queda modificada necesariamente y se estilará una serie de comportamientos ocasionales dentro de una perspectiva inmediateista, sin fijarse en qué sea propiamente esta pastoral sino en cómo llevarla a cabo. Así se ensayarán muchos caminos, especialmente en el campo de la psicología.

Es también concluyente la dificultad que se experimenta para integrar dentro de esta visión la pastoral sanitaria sacramental, puesto que no se ve en lo profundo la conexión que pueda existir entre el sacramento y la enfermedad y en especial su unión con la muerte y se vea todo como algo más cercano al ritualismo que a la visión profunda y unificadora del sentido total de la existencia del hombre.

La razón instrumental entra como respuesta pastoral: cómo deban hacerse las cosas y no qué sea la pastoral de la salud, cómo deba de

procederse en una casuística que ahora surge de acuerdo a la situación moderna de la salud y que tiene como principal soporte el diálogo entre las ciencias fisiológicas de la medicina y las ciencias psicológicas. Cuando entre por ejemplo el campo del llamado “*counselling*”, se preguntará qué deberá hacer además la pastoral misma que no haya estado ya incluido en el mismo; incluso se llega a preguntarse cuando se tienen equipos laicos que hacen las veces del capellán, ¿para qué llamar al capellán sacerdote ministerial para que administre el sacramento de la penitencia, si ya el paciente se ha confiado plenamente al laico, religioso o no, le ha abierto su corazón y ahora todo parece quedar solamente entre Dios y este enfermo? ¿No será ya supérfluo añadir una confesión que no aparece sino como una mera formalidad fuera del nuevo contexto científico en el que se lleva a cabo la pastoral actual?

Aquí la Encíclica insiste en llegar a la verdad misma del sentido total de la existencia, y por tanto a la solución de los problemas que nos ocupan, y al sentido en nuestro campo sanitario, de las verdades absolutas y universales de Dios, del hombre como imagen de Dios, de su dignidad y libertad y su redención sólo en Cristo y en su Iglesia convocada y reunida por el Espíritu Santo, cuya expresión se realiza en el mensaje de Cristo muerto y resucitado, que en nuestro caso concreto se hace eficacia práctica en los sacramentos que se administran, y a los cuales se puede prestar una ayuda validísima desde el diálogo entre las ciencias médicas fisiológicas y psicológicas, pero que nunca podrán ser suplidos o suplantados por ellas o por las prácticas mencionadas.

7.2 *Los errores*

En el segundo sector, de los nn. 86 al 91, la Encíclica nos habla de seis errores que han afectado especialmente al pensamiento actual, a saber: el eclecticismo, el historicismo, el cientificismo, el pragmatismo, el nihilismo y la postmodernidad.

En el eclecticismo se aceptan afirmaciones fuera de su sistema, contexto y juicio; en el historicismo la verdad es cambiante de acuerdo a su adecuación a una época determinada de la historia que de por sí va pasando; en el pragmatismo se dan opciones sin recurrir a valores, guiándose muchas veces sólo por la opinión de las mayorías; en el nihilismo se renuncia a llegar a verdades objetivas; y en la postmodernidad se asumen posiciones nihilistas.

Se trata de una explicitación del relativismo que se ha examinado anteriormente y que explicita ciertas tendencias que se pueden observar y que hay que evitar en lo que respecta a la Pastoral de la Salud.

En efecto, con relación al eclecticismo, en el campo de la Pastoral de la salud, hay que evitar asumir cualquier afirmación de las ciencias psicológicas y aplicarla sin más, sin ver de qué sistema ha sido tomada, cuál es su contexto y qué juicio nos merece. Hay afirmaciones que pueden aparecer muy brillantes, especialmente dentro del mundo del psicoanálisis, pero obedecen a principios sistemáticos de tipo positivista, que vician o al menos limitan la verdad de sus enunciados. Los ejemplos pueden abundar en otros campos, vgr, en el sociológico al hablar del derecho a la salud, etc.

En el historicismo nos encontramos frente al problema de la Tradición; muchas prácticas pasadas de la Pastoral de la salud, especialmente por lo que se refiere al campo de la Pastoral sacramentaria, amenazan dejarse de lado, o bien ya se han dejado, pues se dice que pertenecen a épocas pasadas, que si bien en un momento dado fueron buenas, en la actualidad han perdido su valor. En este campo hemos de distinguir entre los valores en sí y sus acomodos a las épocas que van pasando, y distinguir especialmente los valores de los errores que históricamente se pudieron presentar en su aplicación práctica. Los valores siguen adelante en cualquier época y sería algo que adversaría al principio de contradicción el pensarlos ahora nugatorios. Si una acción de pastoral de la salud era buena antes, no tiene por qué no serlo ahora; si bien es verdad, la forma cómo llevarla a cabo sí tiene que cambiar, lo esencial a la misma debe permanecer. Así es evidente que no puede pasar de moda, y ser falso lo que antes era verdadero. Volvemos a referirnos a la



pastoral sacramentaria donde los ejemplos no faltan. Pensemos en la Unción de los enfermos y su solemnidad en su administración. El sentido pastoral nos puede decir cómo hay que administrarla hoy, pero en nada se debe de ahí sacar alguna conclusión para debilitar la conciencia de su necesidad y la obligación de su administración.

En el cientificismo, decíamos, la única verdad aceptable es la experimentable en el campo científico. Se dice así que hablar del sentido de la vida, de la muerte y del dolor es algo que se sitúa en el campo de la emoción, tiene así un valor emotivo, pero sin consistencia, ya que se entra al campo de lo irracional e imaginario. Actualmente ya se ha aceptado como integrante de la descripción de la salud el elemento espiritual, y se ha aceptado, no precisamente como algo irracional e imaginario, sino como algo que da unificación y armonía a los aspectos físicos, psíquicos, mentales y sociales del hombre. En este punto se ha avanzado contra el cientificismo y se ha logrado colocar el punto de la salud más allá de su reducción positivista. Al menos así se pueden interpretar ciertas afirmaciones que desde 1997 se han aceptado en el seno de la Organización Mundial de la Salud.

La aceptación de la espiritualidad en el campo de la salud en el pensamiento actual abre un campo muy vasto a la Pastoral, pues da lugar al horizonte del sentido total de la existencia, y así del sufrimiento, de la muerte y del dolor. Es tarea de esta Pastoral el luchar contra el pensamiento cientificista y colocar la verdadera espiritualidad cristiana de la muerte y resurrección de Cristo como el sentido unificante de los aspectos físicos, psíquicos, mentales y sociales del hombre, para construir realmente su salud.

En el pragmatismo corre la medicina y sus profesionales el riesgo de tomar opciones muy importantes, como son todas las de la salud de una persona determinada, pero en especial respecto a la vida y la muerte, sin tener en cuenta ninguna clase de valores, sino más bien la eficacia económica y productiva. En las sociedades modernas, en especial frente a la globalización de la medicina dentro del campo económico, fácilmente se pone como criterio de curación y de suministro de medicamentos, el binomio costo-eficacia. Se administra o no tal o cual medicamento al enfermo, no dependiendo de si lo necesite o no, sino de cuál sea su costo y cual la esperanza de rendimiento posterior (económico, técnico, científico, laboral), del paciente una vez curado. Este pragmatismo en el campo médico lleva fácilmente a la eutanasia, como bien se prevé. Una vez más, a la luz de la Encíclica podemos concluir cómo sea necesario comportarse en estos campos a

la luz de los criterios objetivos y metafísicos de la dignidad misma de la persona humana, imagen de Dios, que impele a conservar la vida como un don divino, por supuesto que sin el encarnizamiento terapéutico, pero sí usando todos los medios adecuadamente proporcionados para mantener al enfermo en la vida.

Respecto al nihilismo que se apodera de muchos sectores de la vida moderna, al rechazar simplemente cualquier verdad objetiva, se cae en el pleno relativismo, y las consecuencias para la Pastoral de la Salud son las que hemos visto en los puntos anteriores y que no hay necesidad de repetir. Cuando en la llamada postmodernidad se presenta el nihilismo como criterio de vida, o más bien, como ausencia de criterio de vida, cualquiera de las posiciones antes mencionadas, llevan a la Pastoral de la Salud a callejones sin salida dentro de los cuales nada hay que hacer.

7.3 La teología

En el tercer sector del capítulo, que va de los nn. 92 al 108, final de la Encíclica, se habla sobre la teología y su renovación, en especial de la teología positiva y sus problemas frente a un análisis lingüístico que no llegue a la verdad sino sólo a cómo sea el lenguaje, sin tocar la verdad absoluta de Dios Uno y Trino, de Cristo muerto y resucitado, y del Espíritu que congrega a la Iglesia, de la teología dogmática con sus conceptos objetivos, universales aunque perfectibles, de la apertura cultural en este campo venciendo los problemas del historicismo y del pragmatismo; de la teología moral, que superando los errores del relativismo aplica el Bien universal y objetivo a los casos particulares; del kerygma y de la catequesis donde la fe se vale de la filosofía para adecuar el mensaje a la vida; de la fe que estimula y critica a la razón; de la razón que le da originalidad y apertura a la presentación del mensaje de fe, de la filosofía como espejo de la cultura, y de la filosofía cristiana como lugar de diálogo con los no creyentes. Termina la Encíclica llamando a los teólogos y filósofos, a los profesores de teología y filosofía a ahondar en la verdad objetiva y universal, trascendente y diciendo cómo sistemas filosóficos inmanentes han engañado al hombre prometiéndole una autonomía absoluta que no es posible alcanzar sin destruirse. Corona la Encíclica una hermosa referencia a la Santísima Virgen, quien se compara aquí con la filosofía en sus relaciones con la fe: así como la humanidad en María no fue destruida sino sublimada al máximo en la Encarnación del Verbo, así la filosofía al ser asumida por la fe, no será destruida sino sublimada a su máxima potencialidad.

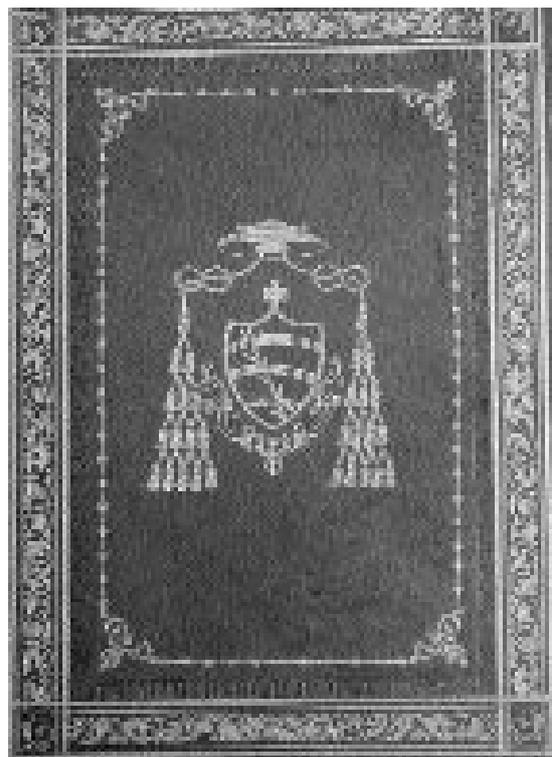
En la teología podemos constatar cómo los misterios se entrelazan y nos dan una com-

prensión cada vez mayor al compararse mutuamente y en especial con el último fin del hombre. El misterio de la vida, el misterio de la muerte, del sufrimiento y del dolor, tendrá su mayor comprensión cuando se compare con los misterios básicos de la fe cristiana que aquí se enuncian: con Dios Uno y Trino, con el misterio pascual, con el Espíritu y la Iglesia. Así llegaremos de los simples enunciados a la verdad absoluta y universal que la Revelación nos ofrece, y así paso a paso podremos ir avanzando en la presentación de una Pastoral de la Salud que responda cada vez más a los interrogantes profundos e inquietantes del hombre actual.

En el campo sanitario se abren ahora muchos espacios que antes no se conocían en el ramo de la biogenética, en el de la tanatología, en el de los derechos humanos, en el campo de la economía, en el campo de la sociología, etc. En todos ellos necesitamos de la teología moral para que sea ella la que nos ayude a responder a los retos que actualmente se nos presentan.

De esta manera, en nuestro cometido deberá estar presente siempre la filosofía para poder adecuar el mensaje de la fe a la vida cotidiana y exponerlo como kerygma y catequesis de la vida y su sentido último.

En todos estos puntos de la teología, la fe estimulará a la razón a investigar nuevos horizontes y a darnos nuevas respuestas, las mismas que brotando de la razón podrán ser criticadas de acuerdo a la propia virtualidad de la razón de manera que no nos lleven a conclusiones que contradigan los mismos postulados



desde los que ha avanzado la razón, o bien, que la estimule a corregir principios aparentemente verdaderos pero que en realidad no son así. De esta manera, nuestras respuestas en los campos actuales no serán solamente la repetición cansada de fórmulas antiguas, sino que tendrán la originalidad y la apertura de una verdad que se descubre siempre más ampliamente.

Una auténtica filosofía de la salud será el espejo del deseo universal de salud de nuestra sociedad actual. Nuestra cultura es una cultura de salud. Se reflejará en sus fundamentos que se formulan en este género de filosofía. Al ser conducida por la fe, esta filosofía de inspiración cristiana se presta para realizar el diálogo en el campo de la salud y del sufrimiento aun con los no creyentes y abre el paso a horizontes más amplios en el dominio de la fe.

Una percepción de la salud y de la enfermedad que se encierra en sí misma en una concepción mecanicista no es otra cosa que el ab-

surdo de una muerte encerrada dentro de sí: la destrucción por la destrucción. Es un engaño toda filosofía, todo modo de pensar sobre la salud y la enfermedad que no se abra al Trascendente, cuya verdad suma no sea otra que la de Cristo muerto y resucitado.

Terminamos este pequeño comentario con las hermosas palabras con las que concluye la Encíclica: "*Philosophari in Maria*". En el campo de la salud invocamos a la Santísima Virgen como la "*Salus Infirmorum*". Ella es la salud de los enfermos porque nos da la salud plena al entregarnos a su Hijo. Ella, en su virginidad fecunda nos abre la mente para comprender cómo de la nada vital, el Espíritu hace surgir la Vida en la carne del Verbo de Dios. Sea Ella nuestra guía para comprender más hondamente la Pastoral de la vida, la Pastoral de la salud.

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



magisterio



*De los discursos
del Santo Padre*

El valor del sufrimiento

MENSAJE DEL SANTO PADRE A LOS ENFERMOS
DURANTE SU VISITA AL HOSPITAL «ADOLFO LÓPEZ MATEOS»
CIUDAD DE MEXICO - 24 DE ENERO DE 1999

Queridos hermanos y hermanas:

1. Como en otros viajes pastorales a lo largo y ancho del mundo, también en esta mi cuarta visita a México he deseado compartir con ustedes, queridos enfermos hospitalizados en este centro que lleva el nombre de «Licenciado Adolfo López Mateos» – y por medio suyo con todos los demás enfermos del país – unos momentos en la oración y la esperanza. Les quiero asegurar mi afecto y, a la vez, me asocio a su oración y a la de sus seres queridos, pidiendo a Dios, por intercesión de la santísima Virgen de Guadalupe, la conveniente salud del cuerpo y del alma, la plena identificación de sus sufrimientos con los de Cristo y la búsqueda de los motivos que, basados en la fe, nos ayudan a comprender el sentido del dolor humano.

Me siento muy cercano a cada uno de los que sufren, así como a los médicos y demás profesionales sanitarios que prestan su abnegado servicio a los enfermos. Quisiera que mi voz traspasara estos muros para llevar a todos los enfermos y agentes sanitarios la voz de Cristo, y ofrecer así una palabra de consuelo en la enfermedad y de estímulo en la misión de la asistencia, recordando muy especialmente *el valor que tiene el dolor en el marco de la obra redentora del Salvador*.

Estar con ustedes, servirles con amor y competencia no es sólo una obra humanitaria y social, sino sobre todo una *actividad eminentemente evangélica* pues Cristo mismo nos invita a imitar al buen samaritano que, cuando encontró en su camino al hombre que sufría, «no pasó de largo», sino «que tuvo compasión y, acercándose, vendó sus heridas (...) y cuidó del él» (Lc 10, 32-34). Son muchas las páginas del Evangelio que nos describen el encuentro de Jesús con personas aquejadas de diversas enfermedades. Así, san Mateo nos dice que «Jesús recorría toda Galilea, enseñando en sus sinagogas, proclamando la buena nueva del reino y curando toda enfermedad y dolencia en el pueblo. Su fama llegó a toda Siria; y le trajeron a todos los que se encontraban mal, con enfermedades y sufrimientos diversos,

endemoniados, lunáticos y paralíticos, y los curó» (Mt 4, 23-24). San Pedro, siguiendo los pasos de Cristo, junto a la Puerta Hermosa del templo ayudó a caminar a un tullido (cf. Hch 3, 2-5) y en cuanto se corrió la voz de lo acaecido, «le sacaban enfermos a las plazas y los colocaban en lechos y camillas, para que, al pasar Pedro, siquiera su sombra cubriese a alguno de ellos» (Hch 5, 15-16). Desde sus orígenes, la Iglesia, movida por el Espíritu Santo, quiere seguir los ejemplos de Jesús en este sentido, y por eso considera que es un deber y un privilegio estar al lado del que sufre y cultivar un amor preferencial hacia los enfermos. Por eso, escribí en la carta apostólica *Salvifici doloris*: «La Iglesia que nace del misterio de la redención en la cruz de Cristo, está obligada a buscar el encuentro con el hombre, de modo particular, en el camino de su sufrimiento. En un encuentro de tal índole el hombre “constituye el camino de la Iglesia”, y es éste uno de los más importantes» (n. 3).

2. El hombre está llamado a la alegría y a la vida feliz, pero experimenta diariamente muchas formas de dolor, y la enfermedad es la expresión más frecuente y más común del sufrir humano. Ante ello es espontáneo preguntarse: ¿Por qué sufrimos? ¿Para qué sufrimos? ¿Tiene un significado que las personas sufran? ¿Puede ser positiva la experiencia del dolor físico o moral? Sin duda, cada uno de nosotros se habrá planteado más de una vez estas cuestiones, sea desde el lecho del dolor, en los momentos de convalecencia, antes de someterse a una intervención quirúrgica o cuando se ha visto sufrir a un ser querido.

Para los cristianos, estos no son interrogantes sin respuesta. *El dolor es un misterio*; muchas veces inescrutable para la razón. *Forma parte del misterio de la persona humana*, que sólo se esclarece en Jesucristo, que es quien revela al hombre su propia identidad. Sólo desde El podremos encontrar el sentido a todo lo humano. El sufrimiento – como he escrito en la carta apostólica *Salvifici doloris* – «no puede ser transformado y cambiado con una gracia exterior sino interior (...). Pero este proceso

interior no se desarrolla siempre de igual manera (...). Cristo no responde directamente ni en abstracto a esta pregunta humana sobre el sentido del sufrimiento. El hombre percibe su respuesta salvífica a medida que él mismo se convierte en partícipe de los sufrimientos de Cristo. La respuesta que llega mediante esta participación es... una llamada: “Sígueme”, “Ven”, *toma parte con tu sufrimiento en esta obra de salvación del mundo*, que se realiza a través de mi sufrimiento. Por medio de mi cruz» (n. 26). Por eso, ante el enigma del dolor, los cristianos podemos decir un decidido «hágase, Señor, tu voluntad» y repetir con Jesús: «Padre mío, si es posible, que pase de mí este cáliz; sin embargo, no se haga como yo quiero, sino como quieres tú» (*Mt 26, 39*).

3. La grandeza y dignidad del hombre están en ser hijo de Dios y estar llamado a vivir en íntima unión con Cristo. Esa participación en su vida lleva consigo el compartir su dolor. El más inocente de los hombres – el Dios hecho hombre – fue el gran sufriente que cargó sobre sí con el peso de nuestras faltas y de nuestros pecados. Cuando El anuncia a sus discípulos que el Hijo del Hombre debía sufrir mucho, ser crucificado y resucitar al tercer día, advierte a la vez que, si alguno quiere ir en pos de El, ha de negarse a sí mismo, tomar su cruz de cada día, y seguirle (cf. *Lc 9, 22 ss*). Existe, pues, una íntima relación entre la cruz de Jesús – símbolo del dolor supremo y precio de nuestra verdadera libertad – y nuestros dolores, sufrimientos, aflicciones, penas y tormentos, que pueden pesar sobre nuestras almas o echar raíces en nuestros cuerpos. El sufrimiento se transforma y sublima cuando somos conscientes de la cercanía y solidaridad de Dios en esos momentos. Es ésa la certeza que da la paz interior y la alegría espiritual propias del hombre que sufre generosamente y ofrece su dolor «como hostia viva, consagrada y agradable a Dios» (*Rm 12, 1*). El que sufre con esos sentimientos no es una carga para los demás, sino que contribuye a la salvación de todos con su sufrimiento.

Vistos así, el dolor, la enfermedad y los momentos oscuros de la existencia humana, adquieren una dimensión profunda e incluso esperanzada. Nunca se está sólo frente al misterio del sufrimiento: se está con Cristo, que da sentido a toda la vida: a los momentos de alegría y paz, igual que a los momentos de aflicción y pena. Con Cristo todo tiene sentido, incluso el sufrimiento y la muerte; sin El, nada se explica plenamente, ni si-

quiera los legítimos placeres que Dios ha unido a los diversos momentos de la vida humana.

4. La situación de los enfermos en el mundo y en la Iglesia no es, de ningún modo, pasiva. A este respecto, quiero recordar las palabras que les dirigieron los padres sinodales al concluir la VII Asamblea general ordinaria del Sínodo de los obispos: «Contamos con vosotros para enseñar al mundo entero lo que es el amor. Haremos todo lo posible para que encontréis el lugar al que tenéis derecho en la sociedad y en la Iglesia» (*Per Concilii semitas ad populum Dei nuntius*, 12). Como escribí en mi exhortación apostólica *Christifideles laici*: «A todos y a cada uno se dirige el llamamiento del Señor: también los enfermos son enviados como obreros a su viña. El peso que oprime a los miembros del cuerpo y menoscaba la serenidad del alma, lejos de retraerles del trabajar en la viña, los llama a vivir su vocación humana y cristiana y a participar en el crecimiento del reino de Dios con nuevas modalidades, incluso más valiosas (...). Muchos enfermos pueden convertirse en portadores del “gozo del Espíritu Santo en medio de muchas tribulaciones” (*I Ts 1, 6*) y ser testigos de la resurrección de Jesús» (n. 53). En este sentido, es oportuno tener presente que los que viven en situación de enfermedad no sólo están llamados a unir su dolor a la pasión de Cristo, sino a tener una parte activa en el anuncio del Evangelio, testimoniando, desde la propia experiencia de fe, la fuerza de la vida nueva y la alegría que vienen del encuentro con el Señor resucitado (cf. *2 Co 4, 10-11*; *I P 4, 13*; *Rm 8, 18 ss*).

Con estos pensamientos he querido suscitar en cada uno y cada una de ustedes los sentimientos que llevan a vivir las pruebas actuales con un sentido sobrenatural, sabiendo ver en ellas una ocasión para descubrir a Dios en medio de la tinieblas y los interrogantes, y adivinar los amplios horizontes que se vislumbran desde lo alto de nuestras cruces de cada día.

5. Quiero extender mi saludo a todos los enfermos de México, muchos de los cuales están siguiendo esta visita a través de la radio o de la televisión; a sus familiares, amigos y a cuantos les ayudan en estos momentos de prueba; al personal médico y sanitario, que ofrecen la contribución de su ciencia y de sus atenciones para superarlos o, por lo menos, hacerlos más llevaderos; a las autoridades civiles que se preocupan por el progreso de los hospitales y los demás cen-

tros asistenciales de los diferentes Estados y del país entero. Una mención especial quiero reservar a las personas consagradas que viven su carisma religioso en el campo de la salud, así como a los sacerdotes y a los demás agentes pastorales que les ayudan a encontrar en la fe consuelo y esperanza.

No puedo dejar de agradecer las oraciones y sacrificios que ofrecen muchos de ustedes por mi persona y mi ministerio de Pastor de la Iglesia universal.

Al entregar este mensaje a Mons. José Lizares Estrada, Obispo auxiliar de Monterrey y Presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral de la Salud, les renuevo mi saludo y mi afecto en el Señor y, por intercesión de la Virgen de Guadalupe, que al beato Juan Diego le dijo: «¿No soy yo tu salud?» – manifestándose así como a quien invocamos los cristianos con el título de «*Salus infirmorum*» –, les imparto de corazón la bendición apostólica.



Descubrir en los enfermos el rostro del Crucificado

DISCURSO DEL SANTO PADRE AL XXIII CONGRESO DE LA UNITALSI
EN LA SALA PABLO VI DEL VATICANO, 20 DE FEBRERO 1999

Amadísimos hermanos y hermanas:

1. Me alegra daros una afectuosa bienvenida a todos los que habéis venido a Roma para celebrar el congreso anual de la Unión nacional italiana de transporte de enfermos a Lourdes y santuarios internacionales (Unitalsi). Saludo en particular a monseñor Alessandro Plotti, arzobispo de Pisa y vuestro presidente, y le agradezco las cordiales palabras con que, en nombre de todos ha expresado sentimientos de devoción y afecto, y ha presentado tanto los ideales y los propósitos de esta asociación, como los objetivos de la reunión anual. Saludo, asimismo, al asistente eclesialístico nacional, a los dirigentes y a cuantos participan en las actividades organizadas por vuestra asociación.

Deseo manifestaros mi satisfacción por la benéfica y solícita labor que realizáis con discreción y generosidad en beneficio de cuantos sufren en el cuerpo y en el espíritu. Les dais un particular testimonio de caridad, brindándoles la posibilidad de vivir la profunda experiencia de la peregrinación a diversos santuarios y lugares consagrados a la santísima Virgen, y sosteniéndolos en la fe y la esperanza, cuando el sufrimiento invade su vida.

La red de animación y asistencia, articulada en las diversas diócesis italianas, testimonia la generosidad de numerosos sacerdotes, médicos, enfermeros, damas de caridad, camilleros, acompañantes y voluntarios que, reproduciendo en el mundo de hoy la imagen del buen samaritano, se preocupan por el aspecto material y espiritual de los enfermos.

2. Amadísimos hermanos y hermanas, vuestro congreso anual está dedicado a la reflexión sobre el «espíritu unitalsiano» en relación con las transformaciones y los desafíos de la sociedad actual, que se desarrolla y cambia rápidamente. Esas transformaciones exigen la búsqueda prudente de respuestas adecuadas que, fundándose constantemente en el ideal evangélico de la caridad, sepan orientar y dar nuevo impulso a las actividades nacionales de la Unión. Sin embargo, la confrontación con las proble-

máticas de la sociedad actual y el esfuerzo por lograr una oportuna actualización de vuestras estructuras no deben llevaros a renunciar a las exigencias y al espíritu que han determinado el nacimiento y el admirable desarrollo de la Unitalsi.

Cambian las estructuras y la organización, pero no pueden cambiar el espíritu y el carisma de servicio unitalsiano; y, sobre todo, su centro vital de irradiación debe seguir siendo la caridad, sin la cual vuestra obra perdería su sentido (cf. *I Co* 13). El amor fraterno y diligente, alimentado diariamente por la oración, se manifiesta al poner a los enfermos como centro de todos los esfuerzos: en ellos se refleja el rostro del Crucificado, y en sus sufrimientos es posible reconocer el signo misterioso del Padre para la salvación del mundo.

3. Mientras toda la Iglesia ya se acerca a la cita del Gran Jubileo, estáis llamados a acompañar la peregrinación de cuantos, probados en el cuerpo y en el espíritu, representan en el mundo un anuncio de redención y salvación. En el gran itinerario del pueblo de Dios, los peregrinos del dolor y del sufrimiento son una alegoría de la humanidad que busca sobre todo a Cristo, «luz verdadera que ilumina a todo hombre» (*Jn* 1, 9). A vosotros, como «humildes servidores de los enfermos» (cf. *Estatuto*), se os ha encomendado la tarea de sostenerlos en las dificultades y ayudarles a transformar sus sufrimientos en presencia arcana de salvación.

Ojalá que todo lo que sugiera el Espíritu durante este congreso se transforme en orientación eficaz para vuestra solicitud, y suscite un renovado compromiso en el servicio de caridad, con el que todo cristiano está llamado a revelar la ternura paterna de Dios.

Os guíe y acompañe María, peregrina solícita hacia la casa de Isabel, donde, con sus atenciones, se convirtió en un medio para que su prima descubriera el designio del Padre.

Con estos deseos, os imparto a todos de corazón la bendición apostólica.

Es preciso oponerse a la cultura de la muerte que promueve la eutanasia y el suicidio asistido

DISCURSO A LOS PARTICIPANTES EN LA V ASAMBLEA GENERAL DE LA ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA, RECIBIDOS EN AUDENCIA EN LA SALA DEL CONSISTORIO, SABADO 27 DE FEBRERO 1999

1. ¡Bienvenidos, ilustres miembros de la Academia pontificia para la vida, que os habéis reunido en Roma con ocasión de vuestra asamblea general anual! Al dirigir a cada uno de vosotros mi cordial saludo, agradezco al presidente, profesor Juan de Dios Vial Correa, las amables palabras con que ha interpretado vuestros sentimientos. Saludo, asimismo, a los obispos presentes: a monseñor Elio Sgreccia, vicepresidente de la Academia pontificia para la vida, y a monseñor Javier Lozano Barragán, presidente del Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud, al que está unida la Academia pontificia.

Raíces y dimensiones del abandono del moribundo

Un pensamiento especial va a su inolvidable primer presidente, el profesor Jérôme Lejeune, que falleció hace casi cinco años, el 3 de abril del 1994. Quiso decididamente esta nueva institución, casi como su testamento espiritual, para la salvaguardia de la vida humana, previendo las crecientes amenazas que se cernían en el horizonte.

Deseo expresar mi satisfacción por toda la actividad de investigación rigurosa y de amplia información, que la Academia pontificia ha sabido preparar y realizar durante este primer quinquenio de vida. El tema que habéis elegido para vuestra reflexión, «La dignidad del moribundo», pretende llevar luz de doctrina y de sabiduría a una frontera que, en algunos aspectos, es nueva y crucial. En efecto, la vida de los moribundos y de los enfermos graves está expuesta hoy a una serie de peligros que se manifiestan, unas veces, en forma de tratamientos deshumanizadores y, otras, en la desconsideración e incluso en el abandono, que puede llegar hasta la solución de la eutanasia.

2. El fenómeno del abandono del moribundo, que se está extendiendo en la sociedad desarrollada, tiene diversas raíces y múltiples dimensiones, bien presentes en vuestro análisis.

Hay una dimensión sociocultural, definida con el nombre de «ocultación de la muerte»:

las sociedades, organizadas según el criterio de la búsqueda del bienestar material, consideran la muerte como algo sin sentido y, con el fin de resolver su interrogante, proponen a veces su anticipación indolora. La llamada «cultura del bienestar» implica frecuentemente la incapacidad de captar el sentido de la vida en las situaciones de sufrimiento y limitación, que se dan mientras el hombre se acerca a la muerte. Esa incapacidad se agrava cuando se manifiesta dentro de un humanismo cerrado a la trascendencia, y se traduce a menudo en una pérdida de confianza en el valor del hombre y de la vida.

Hay, además, una dimensión filosófica e ideológica, basándose en la cual se apela a la autonomía absoluta del hombre, como si fuera el autor de su propia vida. Desde este punto de vista, se insiste en el principio de la autodeterminación y se llega incluso a exaltar el suicidio y la eutanasia como formas paradójicas de afirmación y, al mismo tiempo, de destrucción del propio yo.

Hay, asimismo, una dimensión médica y asistencial, que se expresa en una tendencia a limitar el cuidado de los enfermos graves, enviados a centros de salud que no siempre son capaces de proporcionar una asistencia personalizada y humana. Como consecuencia, la persona internada muchas veces no tiene ningún contacto con su familia y se halla expuesta a una especie de invasión tecnológica que humilla su dignidad.

Existe, por último, el impulso oculto de la llamada «ética utilitarista», por la cual muchas sociedades avanzadas se regulan según los criterios de productividad y eficiencia: desde esta perspectiva, el enfermo grave y el moribundo necesitado de cuidados prolongados y específicos son considerados, a la luz de la relación costo-beneficios, como cargas y sujetos pasivos. En consecuencia, esa mentalidad lleva a disminuir el apoyo a la fase declinante de la vida.

3. Éste es el marco ideológico en que se fundan las campañas de opinión, cada vez más frecuentes, que pretenden la instauración de leyes en favor de la eutanasia y del suicidio asistido. Los resultados ya obtenidos en algunos países, unas veces con sentencias del

Tribunal supremo y otras con votos del Parlamento, confirman la difusión de ciertas convicciones.

Esperanza en la inmortalidad

Se trata de la avanzada de la cultura de la muerte, que se manifiesta también en otros fenómenos atribuibles, de un modo u otro, a una escasa valoración de la dignidad del hombre, como, por ejemplo, las muertes causadas por el hambre, la violencia, la guerra, la falta de control en el tráfico y la poca atención a las normas de seguridad en el trabajo.

Frente a las nuevas manifestaciones de la cultura de la muerte, la Iglesia tiene la obligación de mantenerse fiel a su amor al hombre, que es «el primer camino que (...) debe recorrer» (*Redemptor hominis*, 14). A ella le compete hoy la tarea de iluminar el rostro del hombre, en particular el rostro del moribundo, con toda la luz de su doctrina, con la luz de la razón y de la fe; tiene el deber de convocar, como ya ha hecho en diversas ocasiones cruciales, a todas las fuerzas de la comunidad y de las personas de buena voluntad para que, alrededor del moribundo, se establezca con renovado calor un vínculo de amor y solidaridad.

La Iglesia es consciente de que el momento de la muerte va acompañado siempre por sentimientos humanos muy intensos: una vida terrena termina; se produce la ruptura de los vínculos afectivos, generacionales y sociales, que forman parte de la intimidad de la persona; en la conciencia del sujeto que muere y de quien lo asiste se da el conflicto entre la esperanza en la inmortalidad y lo desconocido, que turba incluso a los espíritus más iluminados. La Iglesia eleva su voz para que no se ofenda al moribundo, sino que, por el contrario, se lo acompañe con amorosa solicitud mientras se prepara para cruzar el umbral del tiempo y entrar en la eternidad.

La soberanía de Dios

4. «La dignidad del moribundo» está enraizada en su índole de criatura y en su vocación personal a la vida inmortal. La mirada llena de esperanza transfigura la decadencia de nuestro cuerpo mortal. «Y cuando este ser corruptible se revista de incorruptibilidad y este ser mortal se revista de inmortalidad, entonces se cumplirá la palabra de la Escritura: la muerte ha sido absorbida por la victoria» (*1 Co 15, 54*; cf. *2 Co 5, 1*).

Por tanto, la Iglesia, al defender el carácter sagrado de la vida también en el moribundo, no obedece a ninguna forma de absolutización de la vida física; por el contrario, enseña a respetar la verdadera dignidad de la persona, que es criatura de Dios, y ayuda a aceptar serenamente la muerte cuando las fuerzas físicas ya no se pueden sostener. En la encíclica *Evangelium vitae* escribió: «La vida del cuerpo en su condición terrena no es un valor absoluto para el creyente, sino que se le puede pedir que la ofrezca por un bien superior. (...) Sin embargo, ningún hombre puede decidir arbitrariamente entre vivir o morir. En efecto, sólo es dueño absoluto de esta decisión el Creador, en quien “vivimos, nos movemos y existimos” (*Hch 17, 28*)» (n. 47).

De aquí brota una línea de conducta moral con respecto al enfermo grave y al moribundo que es contraria, por una parte, a la eutanasia y al suicidio (cf. *ib.*, 61), y, por otra, a las formas de «encarnizamiento terapéutico» que no son un verdadero apoyo a la vida y a la dignidad del moribundo.

Es oportuno recordar aquí el juicio de condena de la eutanasia entendida en sentido propio como «una acción o una omisión que, por su naturaleza y en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor», pues constituye «una grave violación de la ley de Dios» (*ib.*, 65). Igualmente, hay que tener presente la condena del suicidio, dado que, «bajo el punto de vista objetivo, es un acto gravemente inmoral, porque conlleva el rechazo del amor a sí mismo y la renuncia a los deberes de justicia y de caridad para con el prójimo, para con las distintas comunidades de las que se forma y para la sociedad en general. En su realidad más profunda, constituye un rechazo de la soberanía absoluta de Dios sobre la vida y sobre la muerte» (*ib.*, 66).

Un testimonio de amor

5. El tiempo en que vivimos exige la movilización de todas las fuerzas de la caridad cristiana y de la solidaridad humana. En efecto, es preciso afrontar los nuevos desafíos de la legalización de la eutanasia y del suicidio asistido. Para este fin, no basta luchar contra esta tendencia de muerte en la opinión pública y en los parlamentos; también es necesario comprometer a la sociedad y a los organismos de la Iglesia en favor de una digna asistencia al moribundo.

Desde esta perspectiva, apoyo de buen grado a cuantos promueven obras e iniciativas para la asistencia de los enfermos graves, de

los enfermos mentales crónicos y de los moribundos. Si es necesario, deben tratar de adecuar las obras asistenciales ya existentes a las nuevas exigencias, para que ningún moribundo sea abandonado o se quede solo y sin asistencia ante la muerte. Esta es la lección que nos han dejado numerosos santos y santas a lo largo de los siglos y, también recientemente, la madre Teresa de Calcuta con sus oportunas iniciativas. Es preciso educar a toda comunidad diocesana y parroquial para asistir a sus ancianos, y para cuidar y visitar a sus enfermos en sus casas y en los centros específicos, según las necesidades

La delicadeza de las conciencias en las familias y en los hospitales favorecerá seguramente una aplicación más general de los «cuidados paliativos» a los enfermos graves y a los moribundos, para aliviar los síntomas del dolor, llevándoles al mismo tiempo consuelo espiritual con una asistencia asidua y

diligente. Deberán surgir nuevas obras para acoger a los ancianos que no son autosuficientes y se encuentran solos; pero, sobre todo, deberá promoverse una amplia organización de apoyo económico, además de moral, a la asistencia prestada a domicilio: en efecto, las familias que quieren mantener en su casa a la persona gravemente enferma, afrontan sacrificios a veces muy costosos.

Las Iglesias particulares y las congregaciones religiosas tienen la oportunidad de dar en este campo un testimonio de vanguardia, conscientes de las palabras del Señor a propósito de cuantos se prodigan por aliviar a los enfermos: «Estaba enfermo y me visitasteis» (Mt 25, 36).

María, la Madre dolorosa que asistió a Jesús moribundo en la cruz, infunda en la madre Iglesia su Espíritu y la acompañe en el cumplimiento de esta misión.

Os imparto a todos mi bendición.



argumentos



La salud de la mujer

El cerebro y el alma

La salud de la mujer

INTERVENCION DE MONS. JEAN-MARIE MPENDAWATU, OFICIAL DEL PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LA SALUD, CON OCASION DE LA APERTURA DE LOS TRABAJOS DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL "WOMEN'S HEALTH ISSUES" LLEVADA A CABO EN LA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL SAGRADO CORAZON EN ROMA DEL 18 AL 22 FEBRERO 1998

Con gran placer y en nombre de S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, me encuentro entre vosotros esta tarde para inaugurar los trabajos de esta Conferencia Internacional sobre el tema "*La salud de la mujer*", que os reunirá durante los próximos cuatro días.

El Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, me encarga comunicarles su personal pena, porque no obstante su deseo, otros compromisos relacionados con su cargo, le han impedido participar personalmente en este simposio, para reiterar con vosotros la importancia del tema de esta Conferencia, no sólo por el sujeto de relevancia capital, sino por la colaboración con el Instituto de Bioética de la Universidad del Sagrado Corazón y el Centro de Bioética Clínica de la Georgetown University, dos instituciones de gran prestigio, que han proporcionado a la comunidad científica un considerable aporte en materia de Bioética.

Ante todo, debo agradecer a S.E. Mons. Elio Sgreccia, por haberme invitado a tomar la palabra hoy. Mi vivo agradecimiento se dirige también al Prof. Edmund Pellegrino y a todos sus colaboradores de la Georgetown University por el excelente trabajo que desarrolla su Centro en el campo de la Bioética Clínica.

Un saludo también al Prof. Juan de Dios Vial Correa, Presidente de la *Academia Pontificia pro Vita*, que ha asegurado el patrocinio de esta Organización a la Conferencia Internacional que nos ve reunidos.

Son numerosas las autoridades académicas, administrativas, civiles, políticas y militares presentes en esta sesión de apertura. A todos saludo cordialmente.

Permitidme dirigir un saludo muy especial al Prof. Adriano Bausola, Rector Magnífico de

la Universidad Católica del Sagrado Corazón, que nos acoge hoy en esta sede prestigiosa de la Facultad de Medicina y Cirugía "Agostino Gemelli", a la que el Santo Padre Juan Pablo II ha llamado el "Vaticano III".

En fin, pero no por ser último en orden de importancia, mi cordial saludo a todos los demás participantes en esta Conferencia, autoridades políticas, científicas, investigadores, profesionales de la salud, agentes sociales, estudiantes y a todos los que, bajo cualquier título, tienen interés en la temática de este simposio y que llevarán al mundo entero y a los diferentes sectores de la vida social, médica, científica y política, el mensaje que surgirá de este importante momento de confrontación.

En el próximo mes de mayo, con ocasión del 50º aniversario del nacimiento de la Organización Mundial de la Salud, los Estados Miembros de esta gran Institución Internacional adoptarán una Declaración Política y un Documento programático sobre la "*Nueva política y estrategia de la Salud para Todos en el siglo XXI*".

En los últimos años, el que ha seguido los trabajos de preparación para este importante documento, sabe que entre los temas que constituyen el eje portante de la nueva visión de la salud y de la sanidad en el mundo, se da particular importancia al de la "*Salud de la mujer*", que encuentra su fundamento en la denominada "*sexoespecificidad*".

Con esta intervención deseo poner en evidencia algunas problemáticas médico-sanitarias relacionadas con la "*salud de la mujer*" como resultan de las 23,000 instituciones socio-sanitarias de la Iglesia católica que obran en todo el mundo.

Se trata de los resultados de un estudio sobre el tema, llevado a cabo por el Pontificio Consejo de la Salud en colaboración con las Comisiones

Episcopales para la Pastoral Sanitaria.

Teniendo en cuenta los resultados de nuestra investigación conducida con una muestra de 107 países pertenecientes a cinco continentes, 2 federaciones internacionales de asociaciones que representan el mundo sanitario y numerosas órdenes religiosas sobre los "*programas, actividades y centros socio-sanitarios dedicados en favor de las mujeres (desde su nacimiento hasta la edad adulta) por medio de la Iglesia y de las instituciones públicas*", en esta prestigiosa sede no sólo podemos compartir algunas informaciones útiles que delinean el cuadro general de la salud femenina en el mundo sino también reflexionar juntos acerca de eventuales aplicaciones futuras de iniciativas que actualmente se encuentran en un proceso de experimentación.

Los *recursos humanos femeninos* son un patrimonio precioso para el desarrollo en el ámbito sanitario y particularmente en algunos campos específicos, como la ginecología, la obstetricia, la educación sanitaria y la formación humana, moral y religiosa.

Demostración de ello son los cursos de formación profesional puestos en marcha por muchos países objeto de nuestro estudio: cursos para agentes y educadores sanitarios, para enfermeros y ayudantes-enfermeros; escuelas de obstetricia; cursos de formación moral, humana y religiosa para la humanización de la medicina y para la difusión de la doctrina social de la Iglesia y de los derechos humanos.

En Africa así como en Asia, en América Latina y en Europa del Este, aunque con diferentes motivaciones, se realizan *Cursos de educación sanitaria* para difundir algunos conocimientos de fondo para la higiene personal, comunitaria y ambiental. De hecho, existen difundidas enfermedades originadas justa-

mente por las escasas condiciones higiénicas de las aldeas rurales de Africa, de los slum en Asia, de las favelas en América Latina: lugares donde miles de hombres, mujeres y niños sobreviven, alimentándose a veces incluso de desechos, durmiendo en tugurios de 1 metro por 2 sin agua, luz y desagüe. La actividad de prevención tiende ante todo a la educación sanitaria y a promover la salud, dirigiéndose de manera particular a la juventud femenina, teniendo en cuenta en particular el papel que desarrollan dentro de la familia, en las labores intra y extra-domésticas además que en la educación y el cuidado de los niños. Son numerosas, pues, las iniciativas en el campo de la prevención como: la tutela de la mujer encinta, la asistencia post-parto, la asesoría pre, peri y post-natal, la promoción de la lactancia materna, el cuidado de los infantes, la enseñanza de la medicina y de los tratamientos curativos con hierbas naturales.

En particular, con el fin de reducir la mortalidad infantil y materna, aún muy elevada en estos países, se han promovido iniciativas de sensibilización e información capilar para hacer conocer los medios de inmunización y vacunación necesarios para evitar enfermedades de cierta gravedad (Africa, América Latina) así como iniciativas para difundir una educación alimenticia más correcta con el fin de prevenir todas las enfermedades relacionadas con las infecciones intestinales parasitarias en los infantes. Naturalmente, en los países africanos, asiáticos y en algunos de América Latina, dada la existencia hasta ahora de enfermedades como la lepra, la TBC, la DDA (disentería), el colera y otras endemias, la prevención se realiza ya sea mediante masivas campañas de información y de sensibilización o a través de tratamientos de profilaxis específicos, cuando son disponibles. En los países más ricos, pero donde las bolsas de pobreza se manifiestan cada vez más amplias y evidentes, la prevención se ocupa también de identificar las particulares condiciones de dificultad social cuyas víctimas privilegiadas y mayormente expuestas al riesgo son cierta-

mente las mujeres y los niños.

Mientras en los países menos desarrollados a nivel económico la *asistencia a la mujer* se concentra en una educación sanitaria básica, tendiente a permitir el conocimiento de algunas normas higiénico-sanitarias esenciales y de programas de inmunización para proteger a las mujeres y niños de las numerosas enfermedades endémicas; en los países más desarrollados, en los que ciertos conocimientos higiénicos se pueden considerar ya adquiridos por la mayoría de la población, la prevención tiende a especializarse desde el punto de vista de la profilaxis, a través de controles diagnósticos y check-up periódicos. En lo que se refiere de manera específica a la *asistencia a la gestante*, en algunos de estos países, p.e. Alemania, además de prepararse cuidados médicos de vanguardia, durante el período del embarazo se proporcionan a las mujeres aportes financieros para que puedan gozar de la necesaria asistencia médica y psicológica. La asistencia médica al parto es de un nivel muy elevado y después del parto la joven madre, una vez que deja el hospital tiene derecho a contar con la ayuda de una obstetrix que siga su estado de salud y, al mismo tiempo, le apoye en el cuidado del recién nacido. También se prevén regulares visitas médicas preventivas y de control para los recién nacidos.

Pero cuando se habla de asistencia a la mujer embarazada no debemos olvidar todas las problemáticas relacionadas con las madres solteras, a menudo jóvenes o muy jóvenes, dejadas solas frente a la difícil elección de vida o de muerte del feto.

La Iglesia, apoyada también por numerosos movimientos y asociaciones de voluntariado, se ha empeñado mucho para enfrentar esta grave dificultad de las sociedades contemporáneas. Una acción de amplio respiro, que comprende desde la promoción cultural de un sentido más profundo del valor y de la dignidad de la vida, al apoyo para todas las que se encuentran en situaciones de necesidad o que sufren problemas sociales, y también a la ayuda específica a las jóvenes gestantes, detenidas, drogode-

pendientes o en condiciones de indigencia físico-social.

Hay que poner de relieve una diferencia muy significativa entre los países del área del desarrollo y los llamados países no alineados. En los países más pobres, con elevadas porcentuales demográficas y de mayores tasas de natalidad (Africa, Asia), en los que el sentido sagrado de respeto a la vida encuentra sus raíces en las culturas indígenas, siguiendo las costumbres la madres solteras son acogidas y sostenidas por la familia de origen. En efecto, muy raramente en estos países existen casas-familia o centros de acogida para madres solteras. La obra de la Iglesia, pues, está comprometida ante todo a través de la difusión de los métodos naturales de concepción y a hacer más madura y consciente la elección de la concepción. En dicha sede es oportuno recordar que en la cultura africana, por ejemplo, difícilmente se puede comunicar la idea de cualquier forma de control de los nacimientos, incluso natural. En la tradición del Africa occidental, animista, el nacimiento o la muerte forman parte del ritual de la vida; el recién nacido es un don gracias al cual el linaje de los antepasados sigue perpetuándose, es un signo de continuidad de la línea ancestral.

En los países más ricos y más adelantados económicamente, en los que reina una sociedad capitalista o consumista, el compromiso de la Iglesia se dirige más bien a recuperar el sentido del respeto de la vida humana y especialmente de aquella del embrión. El drama que hoy se va consumiendo en las sociedades contemporáneas, del llamado bienestar, tiene lugar por el elevado porcentaje de abortos debidos a la preeminencia que se da, incluso jurídicamente, al "*derecho de la mujer a abortar*", en vez de tener en cuenta al embrión para que llegue al correcto epílogo del propio desarrollo fetal: la Vida.

Es justamente en estas sociedades (América septentrional, Europa occidental) con un índice demográfico que se caracteriza por un creciente envejecimiento de la población, cuyas tasas de natalidad están entre el 0 y el 1%, que la Iglesia realiza

el mayor esfuerzo para hacer surgir un nuevo sentido de respeto de la vida no obstante se haya demostrado, incluso científicamente, que el *embrión ya es vida humana, que constituye un ser humano completo en todo su bagaje genético*.

Para fines de la cura, de la asistencia y del sostén incluso psicológico a las jóvenes, que se encuentran en situaciones de dificultad, existen en todo el mundo centros de acogida, casas residenciales capaces de ofrecer no sólo las atenciones sanitarias necesarias sino también los consejos y la formación más adecuada para que se preparen a la maternidad. Asimismo, existen consultorios, centros de ayuda telefónica, centros de apoyo para quienes eligen dar en adopción o quieren confiar a los recién nacidos, y oficinas diocesanas para promover el desarrollo humano.

En América septentrional, por ejemplo en Canadá, el área de las intervenciones socio-asistenciales es la más extendida y en la que las emergencias se vuelven más apremiantes. La sociedad americana del desarrollo, de la riqueza económica, del capitalismo más desenfrenado, de las grandes multinacionales, es también una sociedad que asiste, a menudo de manera impotente, a la marginación y al solitario sufrimiento de aquellas fajas más débiles de la población que se encuentran en condiciones de grave dificultad social. La dificultad social de mujeres y niñas en Canadá es advertida con particular urgencia de manera que existen numerosas iniciativas para defenderlas. Se cuentan con centros y consultorios para chicas de la calle, para jóvenes aborígenes, para jóvenes con dificultad psico-físicas, sociales y espirituales, para la asistencia nutricional de las mujeres sin casa, para la acogida de niñas y mujeres que corren el riesgo de la prostitución, drogodependientes o ex detenidas.

En fin, los dos dramas que afectan al mundo entero, las llagas de nuestro siglo: el *SIDA* y la *violencia sexual a mujeres y niños*.

En lo que concierne a la prevención y asistencia de los enfermos de SIDA, nuestra investigación ha puesto en evi-

dencia un fuerte empeño de parte de todos los países consultados, en la lucha contra este mal que afecta sobre todo a la población juvenil más expuesta tanto en lo que se refiere a las relaciones sexuales como a las drogodependencias. Las infecciones por HIV han ido aumentando en todas partes, aunque con una progresión mayor y más preocupante en algunos países del área africana y asiática, y afectan sobre todo a las mujeres de edad entre los 10 y 29 años; en las zonas urbanas más que en aquellas rurales y hacen registrar un aumento de la seropositividad en el embarazo. Como *punto central de la acción de la Iglesia y de las estructuras sanitarias públicas es la actividad de prevención aunque es hecha con métodos diferentes*.

A menudo los Gobiernos locales promueven campañas masivas aconsejando el uso de medios contraceptivos existentes en el comercio, en contraposición con la enseñanza de la Iglesia que *se dedica a una acción de formación moral de los jóvenes*.

Además de la información científica de las formas de transmisión del virus, se trata de comunicar un nuevo modo de proponerse hacia los demás, más responsable y más respetuoso de la propia vida y de la de los demás, un nuevo modo de vivir la afectividad de la pareja.

Los presidios y los servicios predisuestos a nivel socio-sanitario para los enfermos y sus familias existen en todas partes, aunque en algunas áreas son insuficientes. Pero lo que satisface es que las comunidades cristianas reconocen la necesidad de ofrecer un apoyo psicológico y espiritual incluso a las familias de los enfermos que a menudo viven verdaderas tragedias humanas, crueles experiencias de marginación social.

Nuestra sociedad contemporánea vive el drama de la violencia y de los abusos sexuales en mujeres y niños, abusos que se manifiestan bajo forma de tráfico ilegal de menores, de prostitución infantil, de turismo sexual y otros. La mujer, el cuerpo de la mujer es considerado hoy objeto de comercio, un comercio despiadado que no

ahorra ni siquiera a los más débiles e indefensos: a los niños.

La razón de esta infamia del género humano no reside sino en una desenfrenada permisividad moral relacionada con una férrea lógica del beneficio en nombre de una libertad individual exasperada que no se detiene ni siquiera delante del respeto del otro. Es necesario el empeño conjunto de los gobiernos y de la Iglesia no sólo para garantizar a las víctimas de estos abusos servicios de acogida y amorosos cuidados médicos, sino también en combatir la cultura de la muerte y de la violencia con instrumentos jurídicos y educativo-formativos de las conciencias. Es necesario *“reconstruir”* también al hombre.

La particular naturaleza de la mujer, sus inclinaciones naturales y la unicidad de la experiencia de la maternidad le confieren una sensibilidad que en el área sanitaria constituye un don precioso para el futuro desarrollo de los servicios sanitarios en el mundo. La mujer acompaña la intuitividad, la síntesis, la creatividad, la flexibilidad a la lucidez, la racionalidad, la lógica y el análisis. En la mujer de hoy se realiza una síntesis absolutamente única, fruto de una fatigosa búsqueda de sí, de redescubrimiento y valoración de la propia dignidad, de aquel *“genio femenino”*, que tanta ayuda proporciona a la sanidad en el mundo.

El aporte de las Universidades Católicas en general y de los Institutos y Centros de Bioética es decisivo para el debate en acto sobre la *salud de la mujer*, que a menudo no tiene un verdadero horizonte antropológico y moral.

No debemos ni podemos ser temerosos para buscar y encontrar las razones que sostienen a la vida: este servicio y misión, es anuncio de la Buena Nueva de Cristo.

Que nuestras universidades, nuestros investigadores, nuestros médicos esten a la altura de esta misión que la Iglesia les ha encomendado, ofreciendo un servicio médico-sanitario, de estudio y de investigación de primera calidad, marcado por una auténtica catolicidad en el sentido universal del Evangelio y en la fidelidad al Magisterio del Santo Padre.

El cerebro y el alma

EXPERIENCIAS EN NEUROCIRUGIA Y RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES

1. El interrogante fundamental

En esta intervención nos pronunciaremos acerca de la realidad objetiva del alma y del papel que desempeña el cerebro. Las tesis principales son dos: por un lado la doctrina que afirma que el cerebro pertenece al “Yo” y no al contrario y, en este caso el cerebro es considerado como el instrumento necesario para el alma;¹ por el otro, el punto de vista materialista, según el cual el “Yo” es una construcción de nuestro cerebro y el espíritu es un estado físico. Trataremos de resolver este dilema teniendo en cuenta los recientes alcances de las neurociencias.

2. ¿Qué es el cerebro?

Se trata de una pregunta importante, especialmente en el campo de la neurocirugía, conforme se perciban directamente las consecuencias de las operaciones cerebrales.

Estructura y función

a) *La cirugía del dolor* es un ejemplo concreto. Se realiza a nivel del cerebro o de la médula espinal, como “última ratio” en algunos casos frente a dolores intolerables de origen orgánico que no responden a ningún tipo de tratamiento tradicional. Esto nos interesa de manera particular ya que, de las aproximadamente 21.000 operaciones cerebrales y medulares efectuadas de 1973 a 1993, 2.500 tenían una finalidad antálgica.

La elección del método operatorio a nivel del cerebro o de la médula espinal depende del tipo de dolor que se desea eliminar. Se puede:

– desconectar los *recorridos del dolor* mediante una intervención localizada en las vías

nerviosas y en los núcleos centrales,

– eliminar la *percepción del dolor* (p.ej. interviniendo en los receptores morfínicos)

– modificar el modo con el que el sujeto *percibe el dolor* (campo limítrofe de la psicocirugía). Se trata de interrupciones bien delimitadas, por medio de una técnica de estereotaxia, de las vías nerviosas de asociación complejas y profundas, en especial en la región frontal: conexiones entre los núcleos dorso-medianos del tálamo y de la corteza fronto-orbital, o bien cíngulo, cápsula anterior, fibras sub-caudales.

Dichas operaciones se realizan raramente después de la introducción de los neurolépticos, en particular en Inglaterra: en los casos de ansia grave, de neurosis obsesiva o de depresión con tendencia suicida, que han resistido a otras terapias. Intervenciones de este género pueden tener también como efecto que el dolor, aunque sea percibido, ya no es sentido como tal y ya no tiene una traducción afectiva.

En lo que se refiere a la psicocirugía, las nuevas técnicas operatorias (estereotaxia) permiten evitar en general modificaciones importantes de la *personalidad*, y esto contrariamente a la leucotomía frontal clásica, que en la actualidad ya no se practica. Mi maestro y amigo, el Prof. Aloys Werner,² ha publicado un caso digno de interés, observación única que yo sepa: una leucotomía frontal bilateral ha curado efectivamente a una paciente de una gravísima neurosis de angustia, invalidante. Muy devota antes de la intervención, a partir de ella la paciente muestra una indiferencia religiosa que la disturba intelectualmente, pero sin afectarla en otros aspectos.

b) Retornemos a nuestra

pregunta de fondo: *¿Qué es el cerebro? ¿Qué papel desempeña?*

El cerebro reviste una importancia muy particular, fundamental, en lo que se refiere a la caracterización y expresión de la *personalidad*, función que no se puede comparar con la de ningún otro órgano, ni siquiera del corazón: un ser humano portador de un corazón extraño trasplantado sigue siendo la misma persona. Por el contrario, lesiones del cerebro – enfermedad, herida por trauma o luego de una intervención – comportan la pérdida de las funciones propias de la zona cerebral afectada; rarísimas excepciones impresionantes – conozco alguna personalmente – de curaciones espectaculares, que la medicina no logra explicar, no invalidan esta regla. La integridad de las *estructuras* del sistema nervioso central es necesaria para la integridad de sus *funciones*. Se trata de una condición previa, pero dichas estructuras ¿son también causa de estas funciones?

3. Puntos de vista materialistas – Crítica

Este tipo de interpretación *postula* que los procesos psíquicos son los únicos que originan todas las funciones cerebrales y que constituyen la única explicación de las funciones espirituales. Esta opinión no siempre se expresa de manera clara, a menudo es velada. Personalmente, o a través de mis lecturas, conozco a los secuaces de esta visión materialista, como por ejemplo J.P.O. Changeux, D.C. Denett, G.M. Edelman, pero debo constatar que su aumento es sólo mínimo.^{3,4,5,6} Algunos la fundamentan en los potenciales precursores en la superficie del cráneo en las regiones fron-

to-parietales, cuya fase inicial probablemente no es otra cosa sino un artefacto debido al aparato registrador.⁴ En comparación, las concepciones de John C. Eccles se basan en los resultados obtenidos por los métodos más modernos de la neurofisiología (registros directos a partir de células nerviosas individuales, tomografía mediante emisión de positrones, técnicas al Xenon, entre otros), resultados que conducen a conclusiones⁵ muy diferentes.

A veces se trata también de poner el cerebro en el mismo plano del *computer universal* ("Turing Maschine"). Sin embargo, las diferencias entre los dos son insuperables.

Cerebro y computadora: diferencias

a) La *complejidad*: cada cerebro humano comprende aproximadamente 100 billones de células nerviosas relacionadas entre sí mediante miles de conexiones (*sinapsis*). Se calcula la suma de estas conexiones en alrededor de un millón de miles de millones.

Sin embargo, es verdad que la inimaginable complejidad del cerebro no es suficiente, de suyo, a distinguirla de una computadora. De todos modos, quisiera hacer notar al respecto que el cerebro de un insecto supera inmensamente a la computadora más potente, por ejemplo cuando se trata de problemas de interacción entre individuo y ambiente.

b) Las *diferencias fundamentales*:

– la *plasticidad*: modificaciones de las conexiones neuronales, por ejemplo en el curso del proceso de aprendizaje y de regeneración. No se excluye que en el futuro se lograrán computers que posean cierta plasticidad; por el momento aún no se ha logrado.

– Pero: contrariamente al cerebro, la computadora nunca podrá generar o servir como soporte material para las *emociones*, *abstracciones*, *para una conciencia subjetiva*; aquí está la esencial diferencia de principio. Aquí está también el «talón de Aquiles» de los materialistas que evitan cuidado-

samente discutir sobre la *conciencia subjetiva, que materialmente no se puede ni explicar ni percibir*.

Las neurociencias modernas muestran que los mamíferos superiores poseen funciones cerebrales muy evolucionadas como cierto grado de inteligencia con capacidad de abstracción, así como de sentimientos como el afecto, pero también el temor, el gozo, la tristeza, la fidelidad, y la percepción del dolor. Estos animales poseen una conciencia que, por lo que sabemos, no es del mismo orden de la conciencia que el hombre posee de sí mismo: «*Cógito, ergo sum* – Pienso, luego existo», decía Descartes.

Esta «conciencia de sí» es el nivel más elevado de la conciencia subjetiva; significa, entre otros, que el ser humano no sólo se accontenta de pensar, sino que también es consciente que piensa. Cuando en 1994 se le preguntó al Prof. Cuénod, Director del Instituto de investigaciones sobre el cerebro de la Universidad de Zurich, cuál era el punto de vista de las neurociencias sobre la conciencia de sí, respondió que «no existe una explicación puramente científica».⁷ Dicha opinión es válida también para otras concepciones espirituales, como los juicios de valor, las dimensiones morales y éticas (bien – mal), la capacidad de libre autodeterminación. También Eccles escribió en 1989: «Todos los aspectos espirituales de la naturaleza humana siempre estarán fuera del alcance de una explicación científica».⁸

4. Interacción dualista (ID); bases de esta noción

«*Interacción dualista*» significa que el cerebro y el alma son dos realidades autónomas que interactúan una sobre otra. Esta teoría ha sido propuesta por John C. Eccles (1903-1997).^{1,5,8} Siendo pionero, su obra ha sido objeto de un premio Nobel.

En el estadio actual de nuestros conocimientos, los argumentos en favor de la ID son los siguientes:

a) su congruencia con los re-

sultados de las *neurociencias experimentales*.

b) el sosten de la *física de los cuantos*

Según Eccles, las *sinapsis* desempeñan un papel muy importante en la interacción cerebro/alma. En el punto de estos contactos se realiza el intercambio de las señales de una célula a otra a través del espacio intersináptico, mediante los neurotransmisores que son liberados por las vescículas. La liberación de estos neurotransmisores es de suyo un hecho extremadamente poco probable; es necesario un factor pre-estimulante externo: la voluntad y la intención pueden aumentar la *probabilidad* de por sí mínima de liberación de un neurotransmisor y esto de manera localmente específica. La propagación de los impulsos al *órgano-blanco* (por ejemplo la musculatura) lleva al efecto deseado (por ejemplo el movimiento voluntario).

Sólo la información proveniría del *espíritu*: aumento calculado de una probabilidad, noción última siendo una dimensión física sin energía ni masa. Sin embargo, la probabilidad puede tener efectos en el campo microcósmico o microscópico (por ejemplo a nivel de las sinapsis), como muestran las leyes de la física cuántica. La energía necesaria para la continuación del proceso hasta el *órgano-blanco* no proviene del espíritu, sino que es proporcionada por el *cuerpo*.

Aunque tengamos que permanecer abiertos a la *existencia de otras posibilidades en lo que se refiere a la interacción cerebro-alma*, los conocimientos actuales permiten las siguientes conclusiones:

a) nuestro *universo de materia y energía* es accesible a una dirección espiritual "de arriba" sin que haya violación de las leyes físicas (por ejemplo ley de conservación de la energía);

b) *el cerebro y el alma* están relacionados íntimamente mediante sus interacciones, pero son entidades diferentes.

Las experiencias de Eccles y de otros investigadores sugieren que *nuestro cerebro no es la causa de funciones superiores como la conciencia, sino*

sólo un instrumento necesario en nuestra existencia temporal-espacial. En su obra aparecida en 1994 «Wie das Selbst sein Gehirn steuert – Cómo nuestro Yo dirige su cerebro»,⁵ Eccles cita a varios investigadores cuya opinión se aproxima a las suyas, como F. Crick, D. Hodgson, R. Penrose, J.R. Searle, R. Sperry, H.P. Stapp, que han publicado la mayoría de sus trabajos en los años noventa.

El alma como realidad. Observaciones acerca del dualismo

Es oportuno constatar en las neurociencias el considerable número de quienes defienden un concepto moderado de dualismo cuerpo/alma. Como muestran los ejemplos que siguen, ha pasado el tiempo cuando los hombres de ciencia negaban la existencia del alma.

Wilder Penfield (1891-1976), neurocirujano especializado en el tratamiento quirúrgico de la epilepsia y fundador del Instituto Neurológico de Montreal, escribió en su publicación: «Quizás dentro de algún siglo nos acercaremos a la verdad cuando entenderemos que debemos separarnos de la complejidad de los procesos fisiológicos y reconocer la existencia del alma y de Dios... Debe haber un alma que dirige todos estos mecanismos»; al respecto, Penfield citaba a Shakespeare: «... El cerebro, la casa frágil de las almas».^{9,10,15,22}

J.C. Eccles (1903-1997), médico muy comprometido en la investigación del cerebro, escribió en 1989: «Cada alma es una nueva creación divina... Afirmo que no existe otra explicación posible, ni desde el punto de vista del código genético y de su inverosímil y fantástica lotería, ni de aquel de las diferenciaciones debidas al ambiente que no determinan la individualidad sino simplemente la modifican».⁸

Las actuales discusiones sobre el dualismo son interesantes. *H.P. Stapp*, reconociendo la importancia del papel de la mecánica cuántica en las neurociencias, escribió en 1991: «¿Qué hay de tan falso en el dualismo para que se le ame

tan poco?».¹¹ Investigadores japoneses habían llegado a conclusiones parecidas durante el IIº Congreso Internacional sobre la Muerte Cerebral, que se desarrollara en 1996.¹² La discusión de este tema supera los límites de mi intervención, pero permítanme dos observaciones: la unidad psicofísica no debe significar obligatoriamente que el cuerpo y el alma se funden y, por otro lado, la separación del cuerpo y del alma en el momento de la muerte no excluye la unidad del ser terrestre.

Por otro lado, es raro constatar la presencia de *teólogos* que rechazan la idea misma de un concepto moderado de una dualidad cuerpo/espíritu. Muchos de ellos rechazan incluso la existencia de un alma o difunden opiniones mal fundadas, como por ejemplo sobre la muerte total: el ser humano moriría *in toto*, de manera que la vida eterna sería posible sólo como nueva creación, consecuencia de la gracia divina. Parece que estos teólogos no se dan cuenta hasta que punto estas especulaciones se colocan en una posición falsa frente a nuestra fe. Citemos un pasaje del *Catecismo de la Iglesia Católica*:¹³ «La Iglesia enseña que cada alma espiritual es directamente creada por Dios – no es producida por los padres –, y que es inmortal: no perece cuando se separa del cuerpo en la muerte, y se unirá de nuevo al cuerpo en la resurrección final» (n. 366). Estas afirmaciones se superponen a las de los textos del Catecismo Ortodoxo que algunos amigos rusos me han proporcionado. El Catecismo católico ha tenido un reconocimiento no sólo entre los Ortodoxos, sino también entre numerosos protestantes.

5. Situaciones médicas extremas: observaciones y hechos

5.1 La muerte cerebral¹⁴

Su *diagnosis* reviste un significado particular en el contexto de la extracción de órganos en vista de su trasplante (corazón, hígado, páncreas e incluso corazón – pulmones).

Los *interrogantes determinantes* son: ¿la muerte cerebral significa la muerte del ser humano? ¿Es admisible la extracción de órganos vitales en esta condición?

La muerte cerebral equivale al paro irreversible de las funciones cerebrales más importantes, en particular las del tronco cerebral. La diagnosis se basa en signos clínicos claramente definidos y, si es necesario, en el resultado de exámenes complementarios (angiografía cerebral, investigaciones electrofisiológicas, etc.), así como en criterios que confirmen que se trata de lesiones definitivas (duración de signos y síntomas, exclusión de una intoxicación o de una hipotermia profunda, etc.).

En caso de diagnosis correcta, la situación del paciente *no tiene salida*. Ciertamente, ya no es posible una reanimación; sería falso afirmar lo contrario. El paciente en estado de muerte cerebral está sumergido en un coma profundo, ya no respira espontáneamente, ya no presenta algún reflejo del tronco cerebral. La interrupción de la respiración artificial provoca inexorablemente un paro cardíaco en pocos minutos. Sin embargo, la respiración artificial permite al corazón de un paciente en estado de muerte cerebral que siga latiendo provisionalmente y, por tanto, los órganos vitales siguen siendo irrigados durante un período limitado; pero en cierto sentido estas funciones son separadas del organismo en su totalidad. Faltan la coordinación y el principio unificador (el alma).

Dicho paciente ¿ha muerto en el *sentido metafísico* del término, esto es, el alma es separada del cuerpo? Se trata de un interrogante que, ya según Pío XII, está fuera de la competencia médica; incluso hoy no existe una toma de posición oficial de parte de la Iglesia católica al respecto, según una comunicación personal del 19.10.1996.¹⁶ La mayoría de los especialistas de este problema (entre los cuales numerosos católicos) consideran que la muerte cerebral es un criterio fiable acerca de la muerte de un ser humano; no existe certeza absoluta al res-

pecto, ya que la separación del alma y del cuerpo no puede captarse de manera empírica.

La Congregación para la Doctrina de la Fe de la Iglesia católica no rechaza categóricamente la *extracción de órganos*, previo consentimiento: de parte de la “víctima” misma, o por lo menos de un familiar responsable. En algunas circunstancias también está permitido a un ser humano dar su vida, en alma y conciencia, para salvar la de otro ser humano. Personalmente, como cristiano y como católico, apruebo la medicina del trasplante con la condición de que la diagnosis de muerte cerebral sea cierta y que se haya dado el debido consentimiento. Si estas condiciones son estrictamente respetadas, según mi parecer no es aceptable equiparar la extracción de órganos a la eutanasia. Al respecto, nos referimos al modo como Juan Pablo II entrevisté este delicado problema calificándolo como «trágico dilema».¹⁷

5.2 Muerte clínica

Es fundamental distinguir la muerte cerebral – que ya no permite una reanimación – de la tabla de la *muerte clínica* en sentido más general, como por ejemplo en el caso de un paro cardíaco durante un infarto del miocardio seguido por un paro momentáneo de las funciones cerebrales y de respiración. La reanimación de dicho paciente puede tener éxito positivo si se realiza con mucha rapidez. Para resumir: en caso de muerte cerebral, el corazón puede seguir latiendo, pero toda reanimación será vana; en caso de muerte clínica, el paro momentáneo del corazón no es incompatible con el logro de una reanimación.

Ejemplo: paro cardíaco durante una intervención en el hipotálamo

Un *paro cardíaco* imprevisto es una complicación rara, pero posible, de las *intervenciones quirúrgicas a nivel del hipotálamo*, el sistema de control situado en la parte superior del tronco cerebral, tan importante para la conciencia, para el comportamiento así como para la

regulación hormonal y vegetativa. De los 3,100 pacientes que hemos operado en los últimos veinte años y que sufrían de tumores del sistema nervioso central, el 18% de ellos estaban localizados en esta región. En su mayoría se trataba de adenoma de la hipófisis (58%) y de meningiomas (28%), es decir, de tumores benignos. La mayoría de los adenomas se puede afrontar por vía transnasal, mientras para los meningiomas y la mayoría de los craneofaringiomas se impone una aproximación transcránica en la región de base del cráneo del lado derecho. Las técnicas actuales de microcirugía permiten, en la mayoría de los casos, extirpar los tumores sin complicación alguna, aunque no es posible excluir un riesgo operatorio. Es así como dos pacientes de 8 y 12 años fueron víctimas de un paro cardíaco durante la extirpación de un craneofaringioma a causa de un espasmo de las pequeñas arterias emitidas de la porción C₄ de la arteria carótida interna, que adherían a la superficie del tumor. En efecto, centros de control cardiovascular se encuentran en la parte posterior del hipotálamo irrigada por estas arterias. En ambos casos, se practicó una reanimación eficaz con masaje cardíaco de 20 minutos en un caso y de 40 en el otro. Hoy, 12 y 16 años más tarde, estos pacientes siguen conservándose en buena salud.²²

Los pacientes que no han atravesado hechos de este tipo, a veces narran fenómenos de «near death».



5.3 En las fronteras de la muerte (*near death experience, NDE*): interpretación, significado⁶

Fenómenos de este tipo han sido narrados por personas que se han encontrado en un estado cercano a la muerte, por ejemplo pacientes reanimados con éxito después de un paro cardíaco. La existencia de las NDE es conocida desde la noche de los tiempos: sobre el particular, existen numerosas observaciones y publicaciones recientes. Se han descrito *sensaciones* de gozo intenso, encuentros con seres parecidos a los ángeles o a parientes muertos, o incluso a criaturas horribles e infelices que no logran separarse de sus vínculos materiales. Algunos casos son particularmente impresionantes: el sujeto afirma haber entrevistado un campo de conocimientos que comprenden o coexisten con los del pasado, del presente, pero también del futuro.

Estas *narraciones* deben ser siempre objeto de un análisis crítico. La famosa revista “The Lancet” ha publicado un óptimo trabajo al respecto,¹⁸ referente a una buena documentación acerca de 28 pacientes que habían sufrido un paro cierto de las funciones cerebrales más importantes. Los fenómenos descritos eran de naturaleza totalmente extraordinaria, que no es posible explicarlo en el plano neurofisiológico y neuropatológico: los autores sacaron como plausible una “interpretación trascendental”. Notamos que, generalmente, las *tentativas para proporcionar una explicación científica* (déficit de oxígeno, endorfinas, etc.) son insuficientes en la mayoría de los casos.

Esta observación se aplica también a los fenómenos de *out of the body* en el cuadro de las NDE, acerca de los cuales, un doctor que conozco, también el profesor de la Universidad de Zurich, nos ha narrado un ejemplo que él ha vivido personalmente. He sabido de otro caso, el de un sacerdote católico: después de un paro cardio-respiratorio seguido a un infarto del miocardio, mien-

tras estaba en un coma profundo, ha podido observar desde lo alto a los médicos y a las enfermeras que realizaban la reanimación de su cuerpo y ha podido narrar luego la escena de manera detallada. La particularidad de este caso está en el hecho de que el paciente ha “visto” la escena, incluso alegrándose, porque era ciego desde hacía años. Debemos subrayar que aquí se pueden excluir con certeza las *alucinaciones*; aunque en forma incomprendible, el paciente había grabado la realidad. Las alucinaciones son ilusiones sensoriales sin objeto real, como por ejemplo en el caso del “fenómeno del doble” durante las lesiones al cerebro en las regiones parietales y temporales.¹⁹

¿Qué significan las NDE, qué conclusiones podemos sacar? Las NDE son signos de la existencia de funciones espirituales superiores independientes de la actividad cerebral así como de realidades perceptibles más allá de los límites de la percepción sensorial normal.

¿Existe una *vida individual consciente después de la muerte*? Las NDE hablan a favor de ella. Sin embargo, notamos que los individuos interesados simplemente se han encontrado en un estado cercano a la muerte, lo cual prohíbe cualquier conclusión apresurada sobre el más allá. Estas NDE nos permiten afirmar lo siguiente: si existe una “parte” consciente del ser humano, capaz de obrar de manera ampliamente autónoma con respecto al cerebro durante la vida, entonces podemos suponer que esta “parte” puede ser capaz de proseguir su existencia después de la muerte.

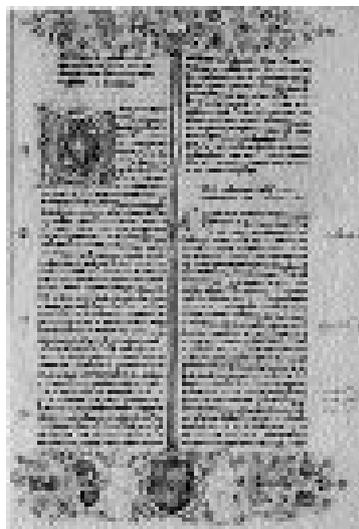
Las NDE no proporcionan indicaciones sobre el *género* de vida posible después de la muerte, aunque hayan referido encuentros con padres desaparecidos o con ángeles, o incluso han conservado los conocimientos logrados. Personalmente, han convencido que el más allá está relacionado con el más acá, ciertamente diferente pero análogo (“Analogía Entis”). No olvidemos las palabras del Nuevo Testamento: «Lo que ni el ojo vio, ni el oído oyó» (1Co 2, 9).

6. Ciencia y revelación cristiana – fe y saber

Finalmente – y es una *conclusión decisiva* – ni la teología ni la filosofía y la ciencia pueden sustituir a la *revelación cristiana* en su totalidad (Biblia y tradición). En lo que se refiere al Nuevo Testamento, pienso que es oportuno detenernos en los pasajes que tienen consecuencias existenciales concretas para el hombre, que pueden ser comprendidas incluso por los niños, sin relativización ni necesidad de interpretación. Pienso en la promesa que Jesús hizo al buen ladrón: «Yo te aseguro: hoy estarás conmigo en el Paraíso» (Lc 23, 42-43).

El modo como *interpretar las Sagradas Escrituras* es un punto esencial. En la Iglesia Católica esta interpretación es guiada por la Congregación para la Doctrina de la Fe. Existen todavía teólogos que cuestionan los fundamentos (p.ej. la realidad de la resurrección de Cristo) mediante un procedimiento de “*desmitologización*”, difundido sobre todo por el teólogo R. Bultmann y por los seguidores de su tesis que, hoy, ya no es posible defenderla por los siguientes motivos:

a) Bultmann se equivocaba al pensar que el Nuevo Testamento hubiese sido escrito muchos años después de la muerte de Jesús. Según el parecer actual de los expertos, debemos considerar que los Evangelios son *documentos históricos* redactados antes de



70 años después de la muerte de Cristo. Dichos expertos se basan en el descubrimiento de dos papiros en los que se mencionan los fragmentos del Evangelio de Marcos, y que fueron encontrados en la séptima caverna de Qumran, así como en un código del Evangelio de Mateo que, gracias a métodos paleográficos²⁰ también se remontan a una época anterior a 70 años después de Cristo.

b) Bultmann pensaba también que en nuestra época científica, ya no se debía creer en los *milagros de Cristo* tal como los narra el Nuevo Testamento. Los consideraba como mitos y la resurrección como si fuese un símbolo sin una base real.

También aquí se equivocaba, ya que aún hoy asistimos a *curaciones médicas* que seguirán siendo inexplicables y que los teólogos pueden calificarlas como milagros. A esto se añaden los logros de la *física de los cuantos*, para la cual, considerando las visiones actuales, el mundo material está abierto a la realidad trascendental.²¹

Es legítimo *considerar a la investigación científica* como apasionante y positiva, con tal que se respeten las fronteras de la ética y los límites de las conclusiones posibles. La *fe* y la *ciencia* son necesariamente complementarias y de ningún modo se excluyen. Ambas están fundadas en *verdades* y *realidades objetivas*.²²

Desde el punto de vista de la *teoría del conocimiento*, la prioridad corresponde a la fe. En cada ramo de la ciencia, incluso en el campo de la alta matemática, existen hipótesis últimas (axiomas) que no pueden ser ni demostradas directamente ni son evidentes, pero que es necesario aceptarlas como básicas para la investigación. Con esto, no queremos negar la importancia del razonamiento ni de la ciencia, sino más bien hacer notar que a veces son supervaloradas, incluso durante el período “de las luces”.

Con respecto al *significado existencial* de la fe, mi maestro vienés, el Prof. Viktor Frankl (1905-1997) escribió

en el libro *Logotherapie und Existenzanalyse – Logoterapia y análisis de la existencia: «¿Qué es la fe sino el conocimiento decisivo y existencial de una persona?»*.²³

En mi opinión los *ejemplos personales* son particularmente convincentes. En el mes de mayo de 1997 moría en la región del Ticino, su patria adoptiva, Sir John Eccles, gran hombre de ciencia, vencedor de un Premio Nobel e ilustre investigador de nuestro cerebro. El diario de la parroquia de Tenero-Contra publicó en esa ocasión el siguiente mensaje: «Gracias, Sir John, por haber reaccionado contra las tesis positivistas de la ciencia, que rechazan la inmortalidad del alma humana y piensan que sea su deber demostrar que Dios no existe. Gracias por haber confirmado en varias ocasiones y sin dudar que la condición de científico no es incompatible con la fe en Dios».

Dr. CHARLES PROBST
*Profesor de Neurocirugía
 en la Universidad de Zurich
 Consultor del Pontificio Consejo
 para la Pastoral de la Salud*

Notas

¹ POPPER KARL R., ECCLES JOHN C.: "Das Ich und sein Gehirn", Verlag R. Piper u. Co. München, 1982.

² WEMER A.: "Du plomb dans la tête", Slatkine Genève, 1998

³ CHANGEUX J.P.: "Neuronal Man. The Biology of Mind", Pantheon New York, 1985

⁴ DENNETT D.C.: "Consciousness Explained", Allen Lane/Penguin London, 1991

⁵ ECCLES J.C.: "Wie das Selbst sein Gehirn steuert", Springer Verlag Berlin-Heldelberg, 1994.

⁶ PROBST CHARLES: "Nahtod-Erlebnisse (NDE's) aus der Sicht von Neurochirurgie und moderner Hirnforschung", in: "Dem Schönen und Heiligen dienen, dm Bösen wehren", Sankt Meinrad-Verlag (Norbert Esser), 1997.

⁷ CUÉNOD MICHEL: Zit. aus Uni Zürich, 4: 55, 1995.

⁸ ECCLES J.C.: "Die Evolution des Gehirns – die Erschaffung des Selbst", Piper München, 1989.

⁹ PROBST CHARLES: "Gehirn und Seele aus der Sicht von Hirnforschung und Neurochirurgie" in: "Im Ringen um die Wahrheit. Festschrift zum 70. Geburtstag von Frau Prof. Dr. Alma von Stockholm, Gründerin und Leiterin der Gustav Siewerth-Akademie." Hrgb.: Remigius Bäumer, J. Hans Benirschke, Tadeusz Gutz. S. 627 – 636. Gustav Siewerth-Akademie D-79809 Wellhelm-Bierbronn, Oktober 1997.

¹⁰ PENFIELD W.: "No man alone – a neurosurgeon's life", Little Brown Boston, 1977.

¹¹ STAPP H.P.: "Quantum propensities and the brain-mind connection", Foundations of Physics, 21/12:1451.1991.

¹² "Brain Death. Proceedings of the Second International Conferente on Brain Death, Havana-Cuba. Feb. 17th – March 1st, 1996", Ed. Machado C., Else-

vier Amsterdam, 1995.

¹³ "Katechismus der Katholischen Kirche", Oldenbourg-Benno-Paulus-Verlag-Veritas, 1993.

¹⁴ PROBST CHARLES: "Himntod und Organtransplantation. Medizinische Fakten – Ethische Fragen", Medizin und Ideologie, Informationsblatt der Europäischen Aerzteaktion. 2/Juni: 4 – 13. 1997.

¹⁵ PROBST CHARLES: "Gehirn und Seele aus der Sicht von Neurochirurgie und Hirnforschung", Medizin und Ideologie, Informationsblatt der Europäischen Aerzteaktion, 4/Dezember: 7 – 13, 1997.

¹⁶ CLEMENS JOSEF, MSGR., DR.: Persönliche Mitteilung der lehramtlichen Position über die Problematik der Transplantationsmedizin und des Hirntodes, im Auftrag von Joseph Kardinal Ratzinger. Vatikan, 19.10.1996

¹⁷ PABST JOHANNES PAUL II.: "Un dilemme tragique". Rede an die Mitglieder der Päpstl. Akademie der Wissenschaften, 14.12.1989.

¹⁸ OWENS J.E. ET AL.: "Feature of near-death-experiences...", The Lancet, 336: 1175 – 1177, 1990.

¹⁹ BRUGGER P., AGOSTI R., REGARD M., WIESER H.G., LANDIS TH.: "Heautoscopy, epilepsy and suicide", J. of Neurol. Neurochir. and Psychiatry, 57: 838 – 839, 1994.

²⁰ THIEDE CARSTEN P., L'ANCONA MATTHEW: "Der Jesus-Papyrus. Die Entdeckung einer Evangelien-Handschrift aus der Zeit der Augenzeugen", Luchterhand Literaturverlag GmbH München, 1996.

²¹ PHILBERT KARL: Persönliche Mitteilungen, November 1994, Juni und September 1997.

²² PROBST CH.: "Unterwegs als Neurochirurg. Erinnerungen – Deutung, Ausblicke -Hoffnung", Christiana Verlag, 3. erweiterte Aufl. 1998.

²³ FRANKL VIKTOR E.: "Logotherapie und Existenzanalyse", Piper München Zürich, 1987.



testimonios



*Un nuevo modo
de acompañar
a los moribundos*

*Sacerdote
a título de hospitalidad*

*La Santa Sede y el
Comité Internacional
de Medicina Militar*

Un nuevo modo de acompañar a los moribundos: el “Franziskus-Hospiz” en Hochdahl

Hospicio: una palabra que suscita deseo

Desde aproximadamente quince años, más que cualquier noción, la palabra hospicio inspira esperanza y deseo en las personas que lo relacionan, para sí mismos y para sus familiares, con la perspectiva de un final de la vida marcado por solícitas atenciones, por cuidados personalizados, por un gran alivio de los sufrimientos, por un buen conocimiento de la muerte y por un seguimiento para consolar a quienes están en luto.

Hoy ya no se muere en la propia casa

La positiva acogida de esta palabra es también una indicación de que hoy, en nuestra sociedad industrializada, esta espera encuentra un eco sólo en un ámbito restringido. Actualmente, en Alemania más del 85% de la gente muere en clínica, en hospital o en una casa de ancianos, a menudo sin la presencia de parientes más cercanos. La experiencia de la muerte en el ámbito familiar se vuelve cada vez más rara, mientras que la muerte está siempre presente en los medios de comunicación. Estos y otros factores han provocado un considerable cambio en la preparación para el final de la vida. Para muchos hombres y mujeres, morir ya no representa una etapa de la vida y se puede considerarlo como algo sin sentido. La fe cristiana a menudo pierde su importancia en lo que se refiere al significado de la muerte y de la resurrección de Jesucristo en la vida personal de cada persona. Encontramos, por ejemplo, expresiones de esta transformación en las discusiones sobre la eutanasia activa o en el cambio de mentalidad con respecto a las exequias.

Nueva concepción de la muerte o de las exequias

Sin embargo, se observa que se está desarrollando una corriente opuesta: un movimiento en favor de los hospicios. Nació en los Estados Unidos y en Gran Bretaña: desde entonces, vista la demanda, encuentra cada vez más acogida en Alemania. La finalidad de este movimiento es actuar contra la “desdomesticación” de la muerte, para romper el tabú de la muerte y tender a una cultura más rica del luto.

En 1996, han habido en Alemania 180 iniciativas en favor de los hospicios (grupos de personas que se interesan de los hospicios). Con aproximadamente 270 grupos se trata de facilitar la muerte en casa, mediante servicios a domicilio, y en 30 hospicios se asisten a las personas que tienen necesidad de ser acompañadas de manera especial e inmediata.

La posición de la Iglesia en Alemania

Inicialmente, la posición de la Iglesia católica en Alemania frente a las organizaciones del hospicio era reticente ya que los objetivos de su creación no eran muy claros ni estaban bien identificados. En 1991, en cambio, con la declaración “Morir de una muerte digna del hombre y morir cristianamente”, la Conferencia Episcopal Alemana comenzó a expresar su aprecio radical por esta llamada; asimismo, la Comisión Pastoral de esta Conferencia, con la declaración “El movimiento de los hospicios – Perfil de un itinerario caritativo en una perspectiva católica”, ha proporcionado una serie de criterios para las actividades de los hospicios siguiendo una perspectiva cristiana. Estas tomas de posición se

completaron en 1996 con la declaración ecuménica “Circundar la muerte con la vida”.

El “Franziskus-Hospiz”: un modelo

El Franziskus-Hospiz, situado en Erkrath, cerca de Düsseldorf, representa un modelo para transformar la concepción del hospicio según los principios de la tradición de los valores cristianos. Lo presentamos brevemente.

Una crónica de un diario que se refería a un hospicio creado en Recklinghausen en 1987, había llamado la atención de los cristianos miembros de las comunidades parroquiales católica y evangélica de Erkrath; se reunieron con la finalidad de lanzar la idea de un hospicio en su sector. A partir de 1988, su número se había vuelto bastante grande como para constituir la asociación denominada “Franziskus Hospiz e.v. Hochdahl”. Este grupo logró muy pronto el apoyo de las autoridades superiores de las Franciscanas de Waldbreitbach: éstas (como muchas otras comunidades) querían reconsiderar su antigua tradición hospitalaria en la perspectiva del movimiento de renovación de los hospitales. En el otoño de 1989, las Franciscanas de Waldbreitbach decidieron pues participar en la realización de un hospicio a domicilio, para pensionados y semi-pensionados. El mismo año iniciaron los stages de formación para presentar a la gente los problemas referentes a la muerte y al luto y para sensibilizarla frente a las exigencias del trabajo hospitalario.

El hospicio a domicilio

A partir de 1989, se inició el hospicio a domicilio asegurando

do los cuidados en casa, lo cual constituye un objetivo de primera importancia en la actividad de los hospicios: permitir que los enfermos terminales mueran en sus casas. Los enfermos gozan de todos los cuidados necesarios y del seguimiento humano en el respeto de sus libertades y de sus derechos. El médico asegura efectivas atenciones al dolor y a las enfermedades. Incluso el mismo entourage se beneficia de atenciones y es asistido cuando hay necesidad.

El hospicio estable

Para algunos enfermos no es posible morir en sus propias casas por razones personales o por motivos médicos; por este motivo tienen necesidad de un seguimiento estable y para ello se requiere contar con hospicios como lugar para vivir y para morir. Para asegurar la realización de un edificio de este tipo, las Franciscanas de Waldbreitbach, las Franciscanas de la Sagrada Familia de Mayen y la provincia alemana de la Orden de los Camilos de Essen, crearon hacia fines de 1990 una sociedad de utilidad pública de responsabilidad limitada. Al mismo tiempo, se redactó un contrato con la entidad ya existente. A fines de 1992, se iniciaron los trabajos para construir el hospicio estable, que se inauguró en 1995. En 1996 se acogieron a 45 personas que transcurrieron más de 40 días en este edificio. Cuarenta de ellas fallecieron aquí.

El ideal cristiano

El "Franziskus-Hospiz" de Hochdahl concede mucha importancia a sus tradiciones cristianas y no se considera filosóficamente neutral. Sin embargo, respeta las posiciones personales y las convicciones de los colaboradores, así como de quienes solicitan su ayuda. Teniendo en consideración los criterios expresados por los obispos alemanes con relación a la actividad cristiana en los hospicios, el proyecto del "Franziskus-Hospiz" establece que está abierto a todos, inde-

pendientemente de la "familia, raza, orígenes, país y proveniencia, lengua, credo, ideas políticas y renta. Los criterios de aceptación se basan en la gravedad de la enfermedad y en la disponibilidad de acogida del hospicio". El programa pone en claro también que el instituto no recurre a medios extraordinarios con el fin de abreviar o prolongar la vida de los enfermos, sino que asegura los cuidados normales para aliviar el dolor y la enfermedad.

Colaboradores voluntarios y profesionales

Para poder acompañar a los enfermos terminales, en casa o en el instituto, existe la necesidad de numerosos colaboradores, profesionales y voluntarios. Los trabajadores profesionales provienen sobre todo del sector profesional de la medicina, de la psicología, de la pedagogía, de los servicios sociales y de la capellanía. Incluso la administración económica y la manutención de los jardines siguen estos criterios. En estrecha colaboración con los ancianos todavía activos, trabajan para que la persona que se acerca a la muerte vea satisfechas sus aspiraciones referentes al cuerpo, al alma, al espíritu y en el campo social. Para realizar este duro servicio, tanto los voluntarios como el personal activo tienen necesidad de una adecuada preparación y de un seguimiento permanente. Al respecto, el Franziskus-Hospiz organizó su programa, enriqueciéndolo aún más con otras iniciativas hospitalarias.

Testimonios de vida y de fe

Además de su competencia técnica, los colaboradores deben contar también con una preparación para ofrecer un testimonio personal de fe y de vida, cuando se presente la ocasión, en el seguimiento de los enfermos terminales. Por lo demás, pueden asegurar su servicio y su profesión sólo como respuesta a una profunda llamada: la que Dios les ha hecho. Por esta razón el seguimiento espiritual y el sostén

para los empleados y para los enfermos terminales ocupa un lugar importante y que no se puede dejar de lado. Un local particular, la *Raum der Stille* (sala del silencio), concede la posibilidad de retirarse para orar y meditar. Allí se encuentra un libro en el que se inscriben los nombres de todas las personas muertas en la casa.

Sacramentos, medicinas de Dios

Como es obvio, se proponen oficios litúrgicos, así como relaciones con la parroquia en el ámbito de la asistencia espiritual, pero sobre todo la administración de los sacramentos, ya que en la perspectiva católica un hospicio no puede quedarse sin la asistencia eclesial. Desde este punto de vista, la unción de los enfermos, signo de que Dios mismo se inclina sobre los enfermos, manifiesta la relación del hombre con Dios, el sacramento de la penitencia lleva al enfermo terminal a la reconciliación que Dios le propone y la eucaristía, que es la relación más estrecha con el Señor, puede fortificar al enfermo, como viático en el momento del pasaje a la vida eterna.

La atención hacia los muertos

En el Franziskus-Hospiz de Hochdahl, cerca al oratorio existe también un lugar especial para dar el adiós a los difuntos. El respeto por el cuerpo humano, templo del Espíritu Santo, se prolonga más allá de la muerte. La práctica cotidiana del hospicio da testimonio también de que es altamente significativo que el difunto salga de casa por la misma puerta por la que entró. En efecto, se celebra un adiós particular en el hall de entrada.

... y hacia las familias

Tanto en el hospicio a domicilio, así como en el Instituto, no se otorga atención sólo a los enfermos terminales, sino también a sus familias. Buena parte de las relaciones entre los

empleados del hospicio, las familias y los amigos de los moribundos, no se interrumpen con la muerte de éstos, sino que, siempre que lo deseen, las personas en luto siguen siendo objeto de seguimiento por bastante tiempo.

Trabajo hospitalario Esperanza en el más allá

La actividad hospitalaria, tal como se practica en el Franziskus-Hospiz (que aquí hemos presentado de manera parcial), “muestra de manera ejemplar de qué modo la transmisión de la Buena Nueva, la celebración

de los oficios y los cuidados dispensados para la consolución corporal, psíquica y social del hombre, están estrechamente coordinados. Cuando es posible asistir a las personas en la última etapa de su vida, gracias a varios servicios de voluntariado o profesionales en el marco de la actividad hospitalaria, también se puede comunicar su esperanza en una vida que va más allá de la muerte” (Declaración de la comisión pastoral: Los movimientos de los hospicios – Perfil de un itinerario caritativo en la perspectiva católica).

GREGOR SPIEB

Documentación

Más informaciones referentes al Franziskus-Hospiz se pueden solicitar a la siguiente dirección:

Franziskus-Hospiz Hochdahl, Hospizzentrum, Trills 27, D-40699 Ekrath.

Los documentos de la Conferencia Episcopal Alemana se pueden solicitar al:

Sekretariat der Deutschen Bishopskonferenz, Kaiserstrasse 163, D-53113 Bonn.

Es posible obtener informaciones referentes al trabajo de los hospicios a través de los responsables del proyecto “*Spes viva*”. La documentación sobre este proyecto se puede solicitar a:

Katholischen Krankenhausverband Deutschland, Karlsruherstrasse 40, D-79104 Freiburg i.Br.

Cualquier otra información sobre el trabajo hospitalario en Alemania puede ser proporcionada por:

Gregor Spieß, Centro pastoral de la Conferencia Episcopal Alemana, Kaiserstrasse 163, D-53113 Bonn.



Sacerdote a título de hospitalidad

HOMILÍA DEL HNO. PASCUAL PILES, SUPERIOR GENERAL DE LA ORDEN DE SAN JUAN DE DIOS, EN OCASIÓN DE SU XXV ANIVERSARIO DE SACERDOCIO ISLA TIBERINA - ROMA - 2 MAYO 1999

Estamos celebrando esta Eucaristía de Acción de Gracias al Señor por los 25 años de mi sacerdocio a título de hospitalidad, en nuestra querida y amada Orden de San Juan de Dios.

Muchas gracias a todos los hermanos, colaboradores de la Orden y especialmente de la Isola Tiberina, a los enfermos del hospital que participan en esta celebración, a todos los amigos. A los presentes, y ausentes, mi agradecimiento por vuestra oración, vuestra amistad, vuestro apoyo, que me ha ayudado a ser sacerdote hospitalario.

La Palabra de Dios que acabamos de escuchar del libro de los Hechos de los Apóstoles presenta la institución del diaconado para el servicio de la comunidad, en el fondo para el servicio y hemos interpretado siempre que fueron instituidos diáconos para ser hospitalidad.

La Carta de San Pedro nos habla de la elección que Dios nos ha hecho como piedras vivas para la construcción de un edificio espiritual e interpreto que, en nuestro caso, es el de la hospitalidad.

El Evangelio nos recuerda la dimensión escatológica de nuestra vida y nos señala que Cristo es el camino, la verdad y la vida para cada uno de nosotros, a pesar de que podemos encontrar dificultades, como sucedió a los apóstoles Tomás y Felipe que no llegaban a entender todo el significado del ser de Jesús.

Todo este mensaje lo acogemos hoy en la celebración de mis 25 años de sacerdocio. Los aniversarios nos llevan a recordar la historia. Sobre todo sí, como el de hoy, marcan hitos en nuestra vida porque constituyen períodos importantes. Me he preguntado en estos días muchas veces sobre mi vocación como hermano de San Juan de Dios, llamado en la Orden a ser sacerdote. Me he preguntado sobre el servicio que

he realizado en la Orden como formador de nuevas generaciones, como animador y responsable, tanto de la Provincia como de la Orden, como sacerdote en el ministerio.

Quiero en estos momentos manifestar tres elementos que considero básicos en mi vocación:

El primero *el sufrimiento*. Mi vocación es fruto de la llamada de Dios. La tuve en la adolescencia, pero no la veía clara. El afianzamiento en la decisión fue una enfermedad en la que vi claramente que el Señor me llamaba: vi que me llamaba para servir a los enfermos y entendí que debía hacerlo como hermano de San Juan de Dios. Desde entonces hasta ahora he comprobado que el ver sufrir ha sido un gran móvil en mi actuación.

Tengo experiencias de mis tres años en Carabanchel (Madrid) con los jóvenes-adultos epilépticos y caracteriales. Muchos de vosotros habéis estado en Centros semejantes o incluso en el mismo. Recuerdo diáfaramente momentos vividos en su servicio, catequesis acomodadas a la capacidad intelectual de dichas personas, celebraciones adaptadas también a su especial identidad. Recuerdo, en una de las primeras comuniones que preparábamos cada año, vivamente emocionados a unos padres de un chico epiléptico y que motivó su vida a un cambio en la adhesión a Jesucristo por la fe y por la pertenencia a la Iglesia.

Tengo gratos recuerdos de mi vida pastoral con los enfermos mentales en Sant Boi de Llobregat. Trabajé mucho con la comunidad terapéutica, orientado por el principio de que quienes éramos oferta de salud mental teníamos que trabajar nuestra salud mental. Recuerdo mi trabajo con personas angustiadas, deprimidas, a quienes desde lo humano y desde la fe intentaba llevar el sentido de la

vida que aporta Jesucristo. Recuerdo mis celebraciones de la Eucaristía y de los otros sacramentos adaptadas a su realidad. Recuerdo mi trabajo por el proyecto de pastoral de la Institución, por la formación del equipo de pastoral.

Grato recuerdo tengo en mi período de Provincial de la aportación que podía realizar en el hospital infantil de Barcelona. Estuve muy cercano al servicio de oncología, donde entre niños ingresados y ambulatoriales se seguían a más de cien pacientes. Acompañarles en el proceso de enfermedad y de muerte, a ellos y a sus familias, no era fácil. Recuerdo la muerte de Armando siendo yo ya General, en un día que pasé por Barcelona, teniendo la oportunidad de estar a su lado, hablarle, acompañarle y serenarle en su paso a la casa del Padre.

Menos, debido a mis responsabilidades, aquí en nuestro hospital he continuado en contacto con el dolor. Quise estar con el grupo de voluntarios en el sexenio anterior. He seguido ciertos enfermos por diversas causas, que me llevan, como a todos, a comprender el misterio del sufrimiento y a tratar, sobre todo en los casos límite, de abrirles a la dimensión escatológica de la vida con la palabra o con el silencio, con el gesto y con la oración personal. Recuerdo, ha hecho ya 10 años, cómo le hablamos al P. Gabriel Russotto de la cercanía de su muerte y la respuesta tan edificante que nos dio al acoger el sacramento de la Unción de los Enfermos.

He tenido contacto con el dolor en mi servicio a la Orden como General. En mi caso singular, el hecho de ser sacerdote me permite traer el consuelo humano y de fe y tratar de acercar a las personas a Jesús Salvación en la celebración de los sacramentos.

Mis 25 años de ministerio me han ayudado a comprender

que el sufrimiento es un sacramento y que Dios se revela a través de él. He podido captar también, en momentos de mi vida personal y en la de los demás, cuestionamientos e interrogantes a causa del dolor. A muchos les lleva a dudar de la bondad de Dios, que en estas situaciones sólo en parte comprendemos. Sin embargo, los momentos de dolor nos llevan a proclamar con fuerza la misericordia infinita del Señor, que es mayor precisamente en estos momentos, y se extiende a todas las personas.

Doy gracias por todo ello al Señor por haberme llamado a ser hospitalidad como hermano de San Juan de Dios, doy gracias a Dios en este día por haberme llamado a ser sacerdote a título de hospitalidad. Por haberme hecho experimentar el sufrimiento, aunque tengo que manifestar que poco, y por haberme dado una vocación orientada a las personas especialmente cuando sufren, para ayudarles a sanar o para acompañarles en su deterioro.

Desde Juan de Dios he pasado muchos ratos de oración contemplando la Pasión de Jesús, para comprender el sufrimiento de tantas personas a la luz del misterio de la Pasión.

El *segundo elemento* que considero básico en mi vocación ha sido el de las *responsabilidades* que la misma Orden me ha dado. He sido nueve años formador y los restantes, hasta veinticinco, los he dedicado a la animación y gobierno.

He tratado que en una Orden de Hermanos, mi calidad de sacerdote, potenciara precisamente mi ser de ser *hermano*. La función del hermano, lo hemos escrito tantas veces es hermanar. Con mis deficiencias, he intentado hacerlo siempre. En las responsabilidades asumidas uno tiene que tomar decisiones que no siempre se comprenden; incluso hay que confesar que a veces no acertamos, pero siempre he tratado de ser hermano.

Esto me ha llevado a fomentar en mí la cercanía a las personas. No he concebido nunca la posibilidad de realizar mi ministerio alejándome de la realidad. Con los principios básicos, universales, objetivos que me han iluminado y me han

ayudado a iluminar la situación de los demás, he tratado de ser abierto, de escuchar. Creo que en mi vida he escuchado mucho. He tenido la gran satisfacción de que gran número de personas se han abierto confiadamente a mí.

Por mi calidad de *formador* he tenido que acompañar, orientado por las ciencias humanas y desde la fe, el proceso vocacional de muchos candidatos. Es una satisfacción tener en la Orden más de veinte hermanos a quienes he acompañado en su crecimiento vocacional.

Un formador tiene que jugar el doble papel de ser amigo y, al mismo tiempo, de ayudar a crecer a las personas, a analizar sinceramente su realidad, a introducirles en la vida espiritual. He intentado hacerlo siendo hermano, lo cual no siempre es fácil y algunas veces no se consigue.

Acabamos de tener un encuentro con un grupo de formadores de la Orden. Una vez más les he hablado de la importancia de su misión dentro de la Orden, de la necesidad de formar bien, de la necesidad de ser sensatos y con criterios a la hora de ayudar a los nuevos candidatos a crecer en su identidad de hermanos de San Juan de Dios.

El hecho de ser *animador*, sea en la Provincia en los primeros años, sea después en la Curia General, me ha permitido realizar en mi ministerio con tantas personas, en tantos lugares, en tantas situaciones. Me es difícil el poder distinguir si en calidad de hermano o en calidad de sacerdote. La misma dificultad para distinguirlo me satisface, porque siempre he querido ser sacerdote hermano.

¡He actuado tanto! Me puedo considerar persona dinámica, no sé si trabajadora. Muchas veces me llega el comentario de quienes se preguntan cómo puedo llegar a tantas cosas, cómo puedo tener tantos aspectos distintos en la cabeza. No lo sé, lo considero una riqueza de la hospitalidad; si queréis, de ser sacerdote a título de hospitalidad.

En mi calidad de Superior General privilegio mi servicio y dedicación a los hermanos. A ellos oriento gran parte de mi

tiempo, en mis reflexiones, en mis escritos, en mis visitas. He recibido de ellos grandes satisfacciones, he tratado de comprenderles siempre y de iluminar su vida desde mis posibilidades. Siento que me quieren, sé que piden mucho por mí. Su oración me sostiene y me da la fuerza de la caridad. Mi oración, me une a todos ellos y es una forma de traspasar las fronteras y de trasladarme, como cuando lo hago físicamente en las visitas, para pedir por las necesidades que intuyo tienen en cada uno de los lugares donde se encuentran.

Parte de mi tiempo lo he dedicado a los Colaboradores, con mis escritos y con mis visitas. No concibo hoy la Orden sin los Colaboradores, y me esfuerzo denodadamente para que haya una integración de los mismos en nuestras Instituciones y un crear juntos, Hermanos y Colaboradores, con una actitud de diálogo y de respeto, un ambiente juandediano.

No puedo olvidar nunca uno de los móviles fundamentales de Juan de Dios en la fundación de su hospital. "Dios me dé la posibilidad de tener un hospital donde los enfermos sean tratados como yo deseo". Eso deseo también yo para cada una de las presencias de la Orden.

He tenido numerosos contactos con trabajadores, con voluntarios, con bienhechores, con amigos, con los miembros de las Asociaciones, fundaciones, fraternidades, que han enriquecido mi vida. A todos, en un número cada vez mayor, los vivo como una posibilidad de ver alargada mi comunidad de hermanos, pues a ellos también los considero hermanos.

He dedicado parte de mi tiempo a otras personas e instituciones. El tema de la Iglesia local y universal con todo lo que significa; el de las otras Congregaciones religiosas, lo que nosotros llamamos nuestras hermanas, porque han sido fundadas por hermanos nuestros, o porque trabajan en nuestras estructuras sanitarias o sociales; el número de capellanes de nuestros centros con quienes compartimos la misión evangelizadora de nuestra vocación, etc.

Doy gracias al Señor por to-

do ello. He intentado vivir mi relación con las personas y con las Instituciones con un talante renovador. Soy fruto del post-concilio. Ingresé en la Orden en el año 1964 y he hecho toda mi formación para el sacerdocio en un ambiente postconciliar.

Doy gracias al Señor por aquel aire fresco que entró en la Iglesia y en mi vida en aquella época y del cual quiero ser portador a la Orden en estos momentos en que nos disponemos a iniciar el Tercer Milenio con el año 2000, dejándome guiar por el Espíritu.

Que el Señor nos dé a todos la capacidad de fijarnos no sólo en la historia que tenemos que contar, sino que pongamos nuestras fuerzas en el futuro que tenemos que construir.

Quiero con ello ser y que la Orden sea hija del padre de los pobres, Juan de Dios, por tanto, con una gran sensibilidad por los que sufren, por los enfermos, por los necesitados.

Quiero ser también, y que la Orden lo sea, hijo del Juan de Dios a quien se le ha denominado el padre del hospital moderno. Me siento llamado, por tanto, a promover y fortalecer una cultura de la hospitalidad que englobe la técnica y la humanización, una hospitalidad que realizada con cabeza y con corazón, que sea verdaderamente "Nueva Hospitalidad".

El tercer elemento en el que me quiero fijar es el *sacerdotal*. Me siento llamado a ser agente de la nueva evangelización y de la celebración de la fe en nuestras comunidades hospitalarias.

Una dedicación de mi vida sacerdotal ha sido la homilética. No tengo conciencia de haber salido nunca a presidir una Eucaristía sin haber pensado antes qué es lo que desde el comentario de la Palabra de Dios tenía que comunicar. Lo he hecho por mi propia dignidad y por respeto a la asamblea que tiene que recibir, si es posible, una adecuada glosa y aplicación de la Palabra de Dios y no ambigüedades improvisadas. Le doy gracias al Señor por la capacidad que me ha dado de poder expresar con sentido mis reflexiones, apreciaciones y vivencias en la homilética.

Otro aspecto ha sido el ritual. He tenido un discreto conocimiento de la Liturgia. He sido

respetuoso de las normas sintiéndome libre en su aplicación, tratando de dignificar la liturgia desde el contenido que las palabras y los gestos, puedan tener.

He tratado de vivir las celebraciones que presido como sacramento en el que Cristo se hace presente y como posibilidad, tanto a nivel personal como comunitario, de tener un verdadero contacto en la fe con Cristo, camino, verdad y vida, a quien celebramos y a quien seguimos.

Sin ser pretencioso, me identifico plenamente con el ser celebrativo de Juan Pablo II, que se mueve siempre dentro del rito con espontaneidad, identificado con los contenidos de la celebración.

No soy un teólogo. Me siento más un pastor, un apóstol, un misionero y he tratado de adaptarme a las circunstancias en las cuales me ha tocado celebrar, tratando de hacer accesible el mensaje de la salvación de Cristo a los miembros que constituían la asamblea que presidía.

Termino. Después de haberlos comunicado todo esto, me conocéis. No puedo menos que confesar que al definirme como sacerdote en una Orden de Hermanos, me siento un poco original. No sé los demás hermanos sacerdotes de la Orden cómo se sentirán. Siendo hermano soy sacerdote, sacerdocio que ha estado enriquecido por ser a título de hospitalidad y estar en función de los que sufren y por el hecho, en mi caso, de haberme pedido la Orden dedicarme a la formación de los hermanos y a su animación y gobierno.

He pensado mucho en estos veinticinco años en el Beato Benito Menni, ya casi santo, a quien se le ordenó en esta iglesia a título de hospitalidad y le tocó realizar muchas tareas: formador, animador, restaurador y fundador. Espero que Dios no me llame a ser fundador.

Sí puedo decir que todo me ha ayudado mucho en la vida espiritual. Creo haber sido bastante asiduo en la oración, con el deseo de repetir siempre la figura de Juan de Dios en mis actuaciones.

Desde hace tiempo son fa-

mosas mis llamadas telefónicas al cielo, en las que pido que Juan de Dios me dé cada día las intuiciones necesarias para llevar adelante los proyectos de la Orden.

Como Juan de Dios vivió su vocación, he querido vivir mi vocación de hermano sacerdote como un servicio a la caridad, movido por la fuerza de la caridad.

Doy gracias a todos.

Gracias a las personas que han influido en mi vida, algunas de las cuales estáis aquí en este momento; gracias a cuantos han sido compañeros míos en la misión y, por tanto, me han ayudado a hacer muchos de los trabajos que he realizado. Os doy las gracias a todos vosotros por estar aquí. En todos hay una causa para acompañarme en este momento.

Doy gracias a cuantos me han dejado compartir su experiencia de sufrimiento, muchos de los cuales se encuentran ya en el cielo y desde allí me ayudan y sé que nos esperan.

Doy gracias a mi familia, especialmente a mi madre, a quien agradezco todo su apoyo a mi ministerio. Espero poder celebrar con ellos la acción de gracias por estos 25 años en el mes de julio.

Con estas palabras he querido dar testimonio de cómo he vivido el mensaje que nos de la Palabra de hoy y que guardo muy dentro de mi corazón, es decir, la diaconía de mi sacerdocio, cómo he intentado ser piedra viva en la Iglesia y en la sociedad desde mi ser de hermano sacerdote, cómo he captado el hecho de que Cristo ha sido para mí camino, verdad y vida.

Deseo seguir siendo sacerdote, como hermano de San Juan de Dios, para manifestar la misericordia del Padre, siendo hospitalidad, en este año dedicado a El en la preparación al Jubileo.

Pido para ello la bendición del cielo, especialmente de San Juan de Dios, de María y del recién Beato P. Pío, uniéndonos así a la Iglesia de Italia y del mundo.

Muchas gracias.

PASCUAL PILES
Superior General de la Orden
de San Juan de Dios

La Santa Sede y el Comité Internacional de Medicina Militar

Introducción

Luego de la misión recibida de su Fundador, la Iglesia siempre ha percibido su vocación en una perspectiva de universalidad. En el transcurso de los siglos la Iglesia de Roma nunca ha dejado de manifestar su deseo de estar presente en las relaciones internacionales, tratando de *dar testimonio del mensaje de paz y de concordia* heredado de su divino Señor, más que de ejercer un poder temporal. Es en este sentido que debemos comprender lo que J.B. d'Onorio subraya en su libro acerca del gobierno de la Iglesia: «[La Iglesia] se diferencia del Estado por la especificidad intrínseca de su objetivo y en este sentido dispone de medios esencialmente espirituales cuyo empleo no corresponde con la naturaleza y los medios de la sociedad civil».¹

La *soberanía de la Iglesia* tiene una fuerte connotación espiritual,² aunque se encuentre en el mismo nivel de la soberanía de los Estados y es ejercida por la autoridad de la Iglesia católica romana: la Sede Apostólica del Obispo de Roma, denominada comúnmente "Santa Sede".³ En verdad esta soberanía nunca ha sido puesta en cuestión en el ámbito de la comunidad internacional, ni siquiera entre 1870 y 1929. Fue reconocida de manera explícita en el primer artículo de los concordatos estipulados entre la Santa Sede y Polonia (1925) y entre la Santa Sede y Lituania (1927), mucho antes de que se concluyera el Tratado de Letrán, el 11 de febrero de 1929. Después de este período, muchas organizaciones internacionales, a nivel gubernamental o menos, han reconocido que la actitud de la Sede Apostólica siempre ha sido la de colaborar generosamente

en el ámbito de todos estos organismos, donde su presencia habría podido aportar cierta utilidad.

Historia de la presencia de la Santa Sede en el Comité Internacional de Medicina y de Farmacia Militares

En una reunión de la *Association of Military Surgeons of the USA* de 1920, el Comandante W.S. Bainbridge y el General Médico J. Voncken hablaron abiertamente de un proyecto que habría tenido como finalidad convocar un Congreso internacional, para que permitiera a los médicos militares intercambiar sus experiencias e ideas sobre las atrocidades de la Primera Guerra Mundial. Este proyecto encontró el apoyo necesario de parte del Gobierno belga. El *primer Congreso se realizó en Bruselas* y reunió a aproximadamente 500 médicos y farmacéuticos militares de los países aliados, asociados y neutrales de la Gran Guerra. Se discutió no sólo sobre el tratamiento de las diferentes heridas y afecciones debidas al empleo de nuevos medios de destrucción, sino también acerca de la organización de los servicios sanitarios en las diferentes armadas. Este Congreso recibió un éxito tal que se decidió organizar otros en el futuro y nombrar un Comité Permanente, formado por un delegado oficial de los países fundadores, esto es: Brasil, España, Estados Unidos de América, Francia, Gran Bretaña, Italia, Suiza y Bélgica. En este último país se estableció el Secretariado General de la organización, en la ciudad de Lieja.⁴

Sólo a partir del 1949, la Santa Sede adhirió a esta organización cuando *Mons. Vic-*

*tor L. Heylen*⁵ fue nombrado primer Delegado oficial de la Santa Sede ante el Comité Internacional de Médicos y Farmacéuticos Militares. Su cargo duró hasta 1981, año en que falleció. El 24 de noviembre del mismo año, el *Canónigo Adolphe Vander Perre*⁶ fue nombrado como su sucesor y hasta ahora sigue siendo el representante oficial de la Sede Apostólica.⁷ Mientras tanto, la importancia de las actividades de esta organización fue confirmada de manera solemne el 21 de mayo de 1952 con el reconocimiento oficial de parte de la Organización Mundial de la Salud como entidad internacional especializada en materias médico-militares. Esto demuestra que es justificada la presencia de la Santa Sede en el Comité Internacional: es un instrumento importante para perseguir una finalidad estrictamente humanitaria.

Pertenencia de la Santa Sede al Comité Internacional del punto de vista de la Iglesia

Sin querer entrar en los detalles históricos sobre la pertenencia de la Sede Apostólica a las diferentes organizaciones internacionales, ante todo es necesario explicar por qué la Iglesia en la actualidad sigue con la voluntad de estar presente en la escena internacional. En el recorrido eclesial de esta última mitad del siglo, el *impacto del Concilio Vaticano II*⁸ no puede ser dejado en segundo plano. Esto no sólo es válido en lo que se refiere a los asuntos internos de la Iglesia, sino también en todo lo referente con las relaciones de la Iglesia con el mundo. Por lo demás, el puesto de la Iglesia en el mundo actual fue objeto de uno de los documentos-clave de esta

elevada asamblea de los obispos de todo el mundo, titulado *Gaudium et spes*, cuya primera frase es:

«Los gozos y las esperanzas, las tristezas y las angustias de los hombres de nuestro tiempo, sobre todo de los pobres y de cuantos sufren, son a la vez gozos y esperanzas, tristezas y angustias de los discípulos de Cristo. Nada hay verdaderamente humano que no encuentre eco en su corazón» (GS, 1).

Lo que impacta en este enunciado es la intensidad del vínculo vital existente entre la familia humana y aquella cristiana. Todo esto nos recuerda lo que afirmaba el escritor romano Terencio: «*Hommo sum, humani nihil a me alienum puto*»⁹.

La universalidad de la misión de la Iglesia en el mundo fue subrayada también por la constitución del Vaticano II, que hemos citado, teniendo en cuenta que esta misma Iglesia *no tiene relación alguna de exclusividad con una cultura en particular*, sino que es plenamente capaz de entrar en comunión con las civilizaciones de todos los tiempos, lo que da lugar a un perfeccionamiento recíproco de la Iglesia y de la comunidad política.¹⁰

«[...] La Iglesia, enviada a todos los pueblos sin distinción de épocas y regiones, no está ligada de manera exclusiva e indisoluble a raza o nación alguna, a algún sistema particular de vida, a costumbre alguna antigua o reciente. Fiel a su propia tradición y consciente a la vez de la universalidad de su misión, puede entrar en comunión con las diversas formas de cultura; comunión que enriquece al mismo tiempo a la propia Iglesia y a las diferentes culturas» (GS 58).

Asimismo, después del Concilio se ha desarrollado la doctrina de la *aculturación*, que tiene como finalidad esencial hacer lo posible para que la fe sea vivida por una cierta comunidad cultural de manera que la fe cristiana se integre sin dificultades en sus usos y costumbres, sin perder su capacidad crítica frente a estos.

Para que exista cierta armonía entre cultura y fe cristiana, es necesario tener en cuenta algunas prioridades como recuerda vigorosamente el mismo documento conciliar:

«[...] La Iglesia recuerda a todos que la cultura debe estar subordinada a la perfección integral de la persona humana, al bien de la comunidad y de la sociedad humana entera» (GS 59).

El interés manifestado por la Iglesia ante a las *iniciativas de orden humanitario* es bien marcado. Es necesario tener en cuenta también que el bien de la comunidad y/o del género humano no se realizará si no se tomará seriamente en consideración el desarrollo integral de la persona de parte de todas las entidades responsables.

Para poder defender con mayor eficacia este punto de vista, la *Iglesia desea estar presente* (a veces como miembro efectivo, e incluso como simple observador) *en un buen número de organismos internacionales*, como deseaban con vigor los Padres conciliares:

«Como el hombre no puede soportar tantas deficiencias en el orden, éstas hacen que, aun sin haber guerras, el mundo esté plagado sin cesar de luchas y violencias entre los hombres. Como, además, existen los mismos males en las relaciones internacionales, es totalmente necesario que, para vencer y prevenir semejantes males y para reprimir las violencias desenfrenadas, las instituciones internacionales cooperen y se coordinen mejor y más firmemente y se estimule sin descanso la creación de organismos que promuevan la paz» (GS 83).

El logro de la paz constituirá efectivamente una de las principales prioridades de la actividad de la Santa Sede en la escena internacional y su colaboración en el ámbito de todos los organismos a nivel internacional será consecuencia elocuente de ello.

Uno de los campos privilegiados para la lucha coordinada de todos los hombres de buena voluntad para promover una sociedad más justa y

más pacífica es el *mundo de la salud*.¹¹ Esto nos lleva directamente a la organización que nos interesa: el Comité Internacional de Medicina Militar. Por tanto, este Comité es uno de los primeros ejemplos de solicitud que va más allá de los confines nacionales con el fin de mejorar las condiciones de vida de toda la comunidad humana, expresada en estos términos por la Constitución pastoral:

«[...] Las instituciones de la comunidad internacional deben, cada una por su parte, proveer a las diversas necesidades de los hombres tanto en el campo de la vida social, alimentación, higiene, educación, trabajo, como en múltiples circunstancias particulares que surgen acá y allá» (GS 84).

Esto mismo pone en claro por qué la Iglesia ha querido participar en las actividades de este Comité enviando a un *Delegado permanente* con el fin de «fomentar e incrementar la cooperación de todos, y ello tanto por sus instituciones públicas como por la plena y sincera colaboración de los cristianos, inspirada pura y exclusivamente por el deseo de servir a todos» (GS 89).

Si la Santa Sede ha querido participar plenamente en las actividades del Comité Internacional así como en los trabajos de los varios Congresos que se realizaron después que fuera aceptada como miembro en 1949, es sobre todo por la importancia que, desde su origen, reviste esta organización en el campo de la ayuda humanitaria. Con ocasión del último Congreso realizado en Beijing en octubre de 1996, varios miembros pidieron que en el futuro este aspecto humanitario trate de completar el acercamiento médico-técnico, que hasta ahora estaba en una posición preponderante en las intervenciones académicas. Por esta misma razón se justifica que, con respecto a los últimos años, varios ejércitos se hayan empeñado en acciones humanitarias en calidad de “casos azules” al servicio de las poblaciones civiles, víctimas de las atrocidades causadas por

guerras civiles o por situaciones parecidas. La Iglesia tiene la certeza de poder brindar el aporte específico en este campo, ya que se considera “*experta en humanidad*”, según la famosa expresión acuñada por el Santo Padre Pablo VI en su encíclica de 1967, *Populorum progressio* (n. 13) sobre la justicia en el mundo.

Función del Delegado oficial de la Santa Sede

Ante todo, debemos saber que existen varios tipos de representantes de la Santa Sede: hay representantes que son miembros del Cuerpo Diplomático y otros que no lo son; hay representantes ante un Estado y otros ante una entidad internacional; finalmente, hay representantes ante una organización internacional gubernamental y otros ante una organización internacional no gubernamental. El Comité Internacional de Medicina Militar, al ser una organización gubernamental internacional, tiene como delegados a *especialistas que no gozan de un status diplomático*. También es el caso del representante pontificio en el ámbito de esta organización. En el Código de Derecho Canónico, el representante diplomático se distingue netamente del legado pontificio, que representa al Papa de manera estable en las Iglesias locales de una determinada nación o ante los Estados y Autoridades públicas en donde es enviado.¹²

El representante oficial de la Santa Sede, al igual que todos los delegados, debe *asegurar las relaciones* entre la dirección del Comité Internacional y las autoridades de la Sede Apostólica, es decir, de la Secretaría de Estado¹³ y del Pontificio Consejo para la Salud,¹⁴ sin olvidar que también debe hacer las veces de intermediario entre el Comité Internacional y la Santa Sede. Con el fin de reforzar los contactos entre estas dos entidades, se ha llegado a un acuerdo para intensificar la colaboración y, en particular, para poner en marcha una mayor

reciprocidad de publicaciones.¹⁵ El presente artículo es la primera, aunque modesta demostración de ello.

Abad L. DE MAERE
Doctor en Derecho Canónico

Notas

¹ D'ONORIO, J.B., *Le Pape et le gouvernement de l'Eglise*, Fleurus-Tardy, Paris, 1992, p. 41.

² El padre J.M.F. CASTAÑO, que ha sido mi profesor en la Universidad de los Dominicos en Roma, afirma en un artículo: «Las relaciones de la Iglesia con las entidades de derecho internacional – Estados y entidades *ad instar nationum* – tienen como sujeto a la Iglesia entera, aunque, como es claro, dichas relaciones se establecen a través del aspecto jurídico de la misma Iglesia. Podríamos decir que la *Iglesia entera es sujeto de 'derecho internacional'*, mientras el aspecto jurídico esencial tiene como connotación ser vehículo de conexión» (Nueva perspectiva de la Iglesia como sujeto de 'Personalidad Internacional', *Angelicum*, 1970/2, p. 155).

³ Debemos distinguir entre Vaticano y Santa Sede. Después de 1870, la Iglesia católica ya no tenía ningún apoyo temporal para ejercer su misión espiritual y sólo en 1929 el Tratado de Letrán entre la Sede Apostólica e Italia estableció el reconocimiento de parte de este Estado de la soberanía de la Ciudad del Vaticano. La Santa Sede, por su parte, no está vinculada directamente a la existencia de un determinado territorio y sólo expresa la autoridad suprema ejercida sobre la Iglesia de Roma por el Papa y por sus colaboradores en los varios dicasterios de la Curia Romana, cuyo vértice es la Secretaría de Estado; la segunda sección de ésta se ocupa justamente de las relaciones con los Estados. Asimismo, es ante la Santa Sede que está acreditado el Cuerpo Diplomático, ya que en cuanto Ciudad del Vaticano no mantiene relaciones diplomáticas con los sujetos de derecho internacional. Es necesario recordar que la mayoría de los Estados actuales ha establecido relaciones a nivel diplomático con la Santa Sede o desea hacerlo. En fin, remitimos al Prof. P. Ciprotti que afirma: «La doctrina prevaleciente reconoce a la Santa Sede la soberanía en el campo internacional y, más bien, considera que ella impersona la subjetividad internacional de la Iglesia católica, independientemente de la soberanía territorial que la Santa Sede tiene sobre el territorio de la Ciudad del Vaticano» (Función, figura y valor de la Santa Sede, *Concilium* 1970/6, p. 86).

⁴ La información sobre los orígenes del Comité Internacional se encuentra en una *Notice Historique* proporcionada por la misma organización.

⁵ Catedrático de la facultad de Teolo-

gía de Louvain (1906-1981).

⁶ Profesor emérito de la facultad de teología de Louvain-la-Neuve y ya Presidente del Colegio para América Latina (COPAL) en Lauvain.

⁷ Hasta ahora, el Delegado oficial de la Santa Sede ha sido siempre un eclesiástico belga, ya que el Secretariado general de la organización tiene su sede en Lieja, Bélgica.

⁸ Este Concilio, que se realizó de 1962 a 1965, ha sido el Concilio ecuménico número XXI de toda la Iglesia.

⁹ *Heautontimorumenos* 77.

¹⁰ Es preciso tener en cuenta lo que dice la Constitución pastoral sobre la Iglesia en el mundo contemporáneo en otro pasaje referente a este tema: «La comunidad política y la Iglesia son independientes y autónomas, cada una en su propio terreno. Ambas, sin embargo, aunque por diferente título, están al servicio de la vocación personal y social del hombre» (GS, 76).

¹¹ El interés de la Iglesia por el hombre que sufre se hace concreta según una concepción bien precisa de la persona humana y de su destino. La medicina y los cuidados terapéuticos no se refieren sólo al bien y a la salud del cuerpo, sino a toda la persona. La enfermedad y el sufrimiento no la afectan sólo en su aspecto corporal, sino en su totalidad, en su conjunto somático-espiritual (cf. Juan Pablo II, Motu proprio *Dolentium hominum* n. 2, del 11 de febrero de 1985).

¹² Código de Derecho Canónico, can. 363 §§1-2. (Se trata únicamente del Código para la Iglesia latina, ya que el Código de los Cánones de las Iglesias Orientales no habla de esta materia, lo que implica un tácita remisión al Código latino). El documento pontificio *Sollicitudo omnium ecclesiarum* (1969) de Pablo VI, proporciona reglas sólo para la primera categoría, es decir, los legados (nuncios) y delegados apostólicos y sus colaboradores.

¹³ Es su segunda Sección que, entre otros, tiene la tarea de representar a la Santa Sede en los organismos internacionales y en los Congresos sobre cuestiones de carácter público. Se ocupa de los nombramientos de los delegados (u observadores) en los organismos internacionales en los que la Sede Apostólica desea tomar parte (cf. Constitución apostólica *Pastor Bonus*, art. 46).

¹⁴ Este dicasterio (equivalente a un ministerio) – erigido en 1985 por el actual Pontífice, primero como una Comisión dependiente del Pontificio Consejo para los Laicos, pero después de la última reforma de la Curia Romana se ha convertido en un organismo autónomo de la Santa Sede – expresa la solicitud de la Iglesia en favor de los enfermos, sosteniendo a quienes aseguran el servicio a los enfermos y a los que sufren, para que el apostolado de la misericordia en el que se confían, constituya una respuesta cada vez mejor a las nuevas exigencias. Este Pontificio Consejo sigue atentamente las novedades en el campo legislativo y científico referentes a la salud (cf. Constitución apostólica *Pastor Bonus*, art. 152.153). En 1995 publica la *Carta de los Agentes Sanitarios*, en la que trata de algunas cuestiones morales relacionadas con la procreación (primera parte), la vida (segunda parte) y la muerte (tercera parte). Se presenta como un vademecum en el campo de la bioética en general.

¹⁵ De parte de la Santa Sede, tenemos la revista *Dolentium hominum* publicada por el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud y de parte del Comité Internacional, la *Revue Internationale des Services de Santé des Forces Armées*.

*actividad del
Pontificio Consejo*



*VII Jornada Mundial
del Enfermo
Santuario de Nuestra Señora
de Harissa en Líbano
8-11 febrero 1999*

Crónica de la VII Jornada Mundial del Enfermo, celebrada en el Santuario de Nuestra Señora de Harissa, Líbano

46

Se ha celebrado solemnemente la VII Jornada Mundial del Enfermo en el Santuario de Nuestra Señora de Harissa en Líbano. La elección de este santuario mariano en Líbano no ha sido casual. «Líbano – como ha recordado el Santo Padre en su Mensaje con ocasión de esta Jornada – es más que un país; es un mensaje y un modelo para Oriente y Occidente». Además, en 1999, en el ámbito de la preparación al Gran Jubileo del 2000, dedicado a la reflexión especial sobre Dios Padre que es amor, «¿qué lugar de la tierra – ha añadido el Papa en el mismo Mensaje – mejor que el Líbano puede ser símbolo de unidad entre los cristianos y de encuentro de todos los hombres en la comunión del amor?».

El Santo Padre había nombrado a dos Enviados Especiales para las celebraciones de la VII Jornada Mundial del Enfermo a S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, para la celebración de apertura y otras actividades realizadas a partir del 8 de febrero de 1999, y a Su Em. Fiorenzo Angelini, Presidente emérito del mismo Pontificio Consejo, para que efectuara con realce la clausura de la Jornada el día 11, memoria litúrgica de la Beata Virgen de Lourdes.

Han formado parte de la delegación pontificia el Revdo. Mons. Jean-Marie Musivi Mpendawatu, el Revdo. P. Krzysztof Nykiel, Oficiales del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, así como el Prof. Ab. Raimond El-Hachen, Secretario General de la Caritas libanés y Docente de Derecho Eclesiástico en la Universidad Santo Espíritu de Haslik (Beirut) y el Prof. José Karam, Presidente Nacional de Médicos Católicos libaneses.

La característica sobresaliente de la celebración de la VII Jornada Mundial del Enfermo

ha sido el empeño conjunto del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, de la Asamblea de los Patriarcas y Obispos católicos de Líbano y de la Comisión Episcopal de la Pastoral de los servicios sanitarios. Esta convergente colaboración ha hecho posible no sólo una adecuada preparación y celebración de la Jornada, sino también su singular fuerza de sensibilización hacia áreas cada vez más amplias tanto de fieles como de instituciones religiosas y laicas que trabajan en el campo de la salud y del sufrimiento.

La preparación remota de la Jornada

Anunciada y convocada mediante el Mensaje del Santo Padre, la celebración de la Jornada ha sido preparada con numerosas iniciativas. Debemos recordar que el Pontificio Consejo, a través de los obispos encargados de la Pastoral de la salud, ha realizado una difusión capilar del Mensaje del Papa en el ámbito internacional, ocupándose también de la preparación del afiche oficial de la Jornada y de varios subsidios. Por su parte, la Radio Vaticana ha transmitido en vivo las principales iniciativas relacionadas con la celebración.

El 6 de enero de 1999, en Beirut, en el Centro Católico de Información se había realizado la presentación a la prensa del Mensaje del Santo Padre y del programa de la VII Jornada. Seguidamente, han tenido lugar múltiples manifestaciones al aproximarse la celebración de la Jornada, animando a todas las comunidades de las Iglesias orientales católicas con el tema «Dios es el Padre. La caridad es la virtud teológica que debemos vivir», y teniendo como objetivo: «El encuentro de las religiones monoteístas».

Del 10 al 16 de enero se ha celebrado la semana para los enfermos, promovida por la Iglesia Griego-Melkita;

Del 17 al 23 de enero: semana para los minusválidos, promovida por la Iglesia Armenia;

Del 24 al 30 de enero: semana para los niños enfermos, a cargo de la Iglesia Caldea;

Del 31 de enero al 6 de febrero: semana para los enfermos de SIDA y de droga, guiada por la Iglesia Maronita;

Del 7 al 12 de febrero: semana para los enfermos, animada por la Iglesia de los Latinos.

En estas manifestaciones semanales han estado implicados los hospitales y los centros de atención médica, las parroquias y varias escuelas. Se han realizado mesas redondas sobre temas relacionados con la salud, la bioética, la dignidad del hombre y el valor salvífico del sufrimiento humano y sobre las características del Hospital católico. No han faltado ni la ferviente oración por los enfermos, junto con los mismos enfermos y sus familiares y agentes sanitarios, ni los gestos de amor concreto bajo forma de reducción de los gastos por la hospitalización.

La celebración de la VII Jornada Mundial del Enfermo

Entre los momentos salientes que han caracterizado los días 8, 9 y 10 de febrero, y que han culminado en la solemne celebración de la Jornada Mundial del Enfermo del día 11, festividad de la Beata Virgen de Lourdes, podemos mencionar: la ceremonia de inauguración y una mesa redonda sobre el tema del respeto a la vida (8 de febrero), festividad de san Marón: celebración de la Eucaristía en rito maronita y un debate sobre la identidad y la gestión de los hospitales católicos (9 de febrero), el Encuentro de los Obispos responsables de la

Pastoral de la Salud de Asia (10 febrero) y, en fin, la solemne celebración del día 11.

La celebración de la VII Jornada Mundial del Enfermo se ha inaugurado en las primeras horas de la tarde del lunes 8 de febrero en el auditorium dedicado a Juan Pablo II, en la Universidad de *Saint-Esprit de Kaslik*. Han asistido cerca de 500 personas. Además de la Delegación pontificia guiada por S.E. Mons. J. Lozano Barragán, Enviado Especial del Santo Padre, S.Em. el Card. Nasrallah Pierre Sfeir, Patriarca de Antioquía de los Maronitas y Presidente de la Asamblea de los Patriarcas y Obispos Católicos del Líbano, S.E. Mons. Antonio Maria Vegliò, Nuncio Apostólico en Líbano, Obispos encargados de la Pastoral sanitaria procedentes de Filipinas, India, Indonesia y un representante de Sri Lanka, autoridades civiles y militares; los Presidentes y representantes de las Asociaciones y Federaciones Católicas Internacionales del mundo de la salud: médicos, farmacéuticos, enfermeros, capellanes hospitalarios, religiosos y estudiantes de las facultades de medicina, así como una numerosa representación de los agentes sanitarios provenientes de Italia y España.

Al comienzo de la ceremonia de inauguración de la Jornada, S.E. Mons. José L. Redrado, O.H., Secretario del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, ha leído la carta con la que el Santo Padre nombraba como su Enviado Especial al Arzobispo Javier Lozano Barragán, Presidente del mismo Pontificio Consejo: ha seguido luego el saludo del Rector de la Universidad, Padre Joseph Mouannes, que ha subrayado la vocación ecuménica de la ciudad de Beirut que abre su corazón y sus brazos a todos los pueblos. Se ha proseguido con el saludo del Prof. José Karam, Presidente Nacional de Médicos católicos libaneses, que ha invitado a los agentes en el campo sanitario a ofrecer al enfermo razones que lo ayuden a vivir y razones para esperar. El Cardenal Nasrallah Pierre Sfeir, Patriarca de Antioquía de los Maronitas y Presidente de la Asamblea de los Patriarcas y Obispos católicos de Líbano,

ha pronunciado un discurso enviando un agradecido y reconocido pensamiento a Su Santidad Juan Pablo II por haber elegido a Beirut, «ciudad símbolo de la unión entre cristianos del encuentro de todos en la comunión del amor», para celebrar la VII Jornada Mundial del Enfermo. Después del Patriarca ha hablado e S.E. Mons. Paule-Emile Saadé, Presidente de la Comisión Episcopal de la Pastoral de los servicios sanitarios, el Dr. Karam Karam, el Ministro de Salud Pública, el Dr. Michel Moussa, el Ministro de Asuntos Sociales y, en fin, el Arzobispo J. Lozano, quien ha subrayado que el Santo Padre ha elegido el Líbano para celebrar la Jornada para que sea el centro desde donde parta para toda Asia un mensaje sobre el sentido más profundo de la vida. En el año dedicado a la atenta reflexión sobre Dios Padre, ha añadido el Enviado Especial, el Santo Padre propone a la enfermedad como el camino que nos lleva hacia el Padre en la unidad de la obra amorosa. El «ecumenismo de las obras» debe hacer que nos sintamos unidos frente al sufrimiento y al dolor de cada hombre.

Después de la ceremonia de inauguración, se ha realizado una *Mesa redonda* sobre el tema: *Respetar la vida*, cuyo moderador ha sido la Hon. Nailla René Mouawad. Han tomado parte los representantes de las comunidades cristianas: S.E. Mons. Guy Boulos Noujaim, para los católicos; S.E. Mons. Elias Korbane, para los ortodoxos; el Pastor Habib Bard, para los protestantes; y las comunidades musulmanas: Mle. Juge Bachir Bilani, para los sunitas; Cheikh Mouhamad Yazbek para los chiítas; Cheikh Bahjat Gaith, para los drusos. Más allá de algunas divergencias de fondo – ha subrayado la Hon. N. Mouawad, al final del debate – existe un denominador común que resume los aspectos negativos y positivos de un drama, de una pasión y de un amor por el ser humano y a favor de la vida.

Durante la noche, se ha desarrollado en la iglesia de San Elías en la aldea de Antélias de la *Región Metn*, cerca de Beirut, una vigilia de oración, animada por los jóvenes de la ciu-

dad. Han tomado parte S.E. Mons. J. Lozano, Enviado Especial del Santo Padre y Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, que estaba acompañado por el Secretario del Dicasterio S.E. Mons. José L. Redrado, O.H. y por el Presidente de la Comisión Episcopal de la Pastoral de los servicios sanitarios, S.E. Mons. Boulos Emile Saadé.

El 9 de febrero: día festivo para Beirut y todo el Líbano por ser la solemnidad litúrgica de San Marón, Patrón de la Iglesia maronita. En la mañana, en la iglesia de la sede del Patriarcado en Berké, el Card. Sfeir, Patriarca de Antioquía de los Maronitas, ha presidido la solemne celebración eucarística en rito maronita. Han concelebrado: el Arzobispo J. Lozano Barragán, S. E. Mons. José L. Redrado O.H., algunos obispos de la Iglesia libanesa, los Miembros de la Misión pontificia, así como numerosos sacerdotes. Al término de la solemne concelebración en la sede del Patriarcado, el Card. Sfeir ha saludado a la Delegación pontificia y a los participantes procedentes de Italia, España, Bélgica, Polonia, México, India, Filipinas, Indonesia, Sri Lanka y República Democrática del Congo.

Al final de la mañana dedicada a la reflexión, en la misma universidad católica *Saint-Esprit de Kaslik*, se han presentado dos intervenciones referentes a los hospitales católicos. El Presidente y Arzobispo J. Lozano, ha hablado de la “identidad” del hospital católico, que forma parte de la misma Iglesia y debe responder al llamado para el que Cristo la fundó. Su identidad más profunda encuentra sus raíces en la vocación con la que Cristo la ha llamado. Es una vocación a la santidad a través del difícil camino de la Cruz que tiene como punto de llegada el misterio de la resurrección. No estando presente el P. Pier Luigi Marchesi, O.H., su intervención ha sido leída por la Dra. libanesa Maya El Hachem, médico del hospital romano *Bambino Gesù*, quien se ha detenido sobre el tema *Moralidad y administración del hospital católico*.

En la tarde del mismo día, se ha realizado un *Mesa redonda*

dedicada al debate y al intercambio de las experiencias y de los testimonios del servicio al lado del que sufre.

Por la noche, los agentes sanitarios participantes en la Jornada, se han encontrado en la Iglesia dedicada al Sagrado Corazón, situada en la parte norte de la capital, para la vigilia de oración, en la que también han tomado parte el Enviado Especial del Papa S.E. Mons. J. Lozano, S.E. Mons. Redrado, OH, Secretario del Pontificio Consejo, S.E. Mons. Saadé, Presidente de la Comisión episcopal de la Pastoral de los servicios de la salud, y numerosos sacerdotes.

El 10 de febrero se ha realizado un *Encuentro* de los Obispos Responsables de la Pastoral Sanitaria de Asia sobre el tema “*Programación y organización de la Pastoral sanitaria a nivel nacional, diocesano y parroquial*”. Además del Presidente del Dicasterio, S.E. Mons. J. Lozano, han intervenido S.E. Mons. Saadé, los Obispos procedentes de India, Filipinas, Indonesia, así como un representante del Obispo de Sri Lanka.

Vista la diversidad de situaciones entre las iglesias del continente asiático, S.E. Mons. Lozano ha querido recordar que los Organismos Nacionales, diocesanos y parroquiales de la Pastoral sanitaria pueden tener, proporcionalmente, la misma finalidad y naturaleza del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud.

A las 21.00 Hs., llegó a Beirut el Enviado Especial del Santo Padre para la celebración de clausura de la VII Jornada Mundial del Enfermo, S.E.R. el Cardenal Fiorenzo Angelini, Presidente emérito del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud. Lo acogieron en el aeropuerto el Nuncio Apostólico en Líbano S.E. Mons. Antonio Maria Vegliò, el Arzobispo J. Lozano, S.E. Mons. Redrado OH, y S.E. Paul Emile Saadé.

En la mañana del 11 de febrero, S.E.R. el Card. Fiorenzo Angelini, acompañado por S.E. Mons. J. Lozano, S.E. Mons. J.L. Redrado OH, S.E. Mons. Saadé, ha visitado los 4 hospitales más importantes de la ciudad, entre los cuales el hospital de San José y del Sagrado Co-

razón, animando a los enfermos y llevando a todos la bendición del Santo Padre. Esa misma mañana, el Card. F. Angelini ha sido acogido por el Presidente de la República del Líbano Dr. Emile Lahoud. Después de los saludos hubo un intercambio de dones.

El momento más significativo ha sido la concelebración eucarística del día *miércoles 11 de febrero*, conmemoración de la Beata Virgen de Lourdes, presidida por el Enviado Especial del Santo Padre para la clausura de la Jornada, el Card. Fiorenzo Angelini. Han concelebrado: S.E. Mons. J. Lozano Barragán, S.E. Mons. José L. Redrado OH, S.E. Mons. Paul-Emil Saadé, los Obispos procedentes de Filipinas, India e Indonesia, el representante del Obispo de Sri Lanka, otros obispos católicos libaneses de rito maronita, melquita, armeno, caldeo y latino. En el presbiterio estaban presentes el Card. Nasrallah Pierre Sfeir, Patriarca de Antioquía de los Maronitas, S.B. Raphael I Bidawid, Patriarca de Babilonia de los caldeos y S.E. Mons. Antonio Maria Vegliò, Nuncio Apostólico en Líbano. Asimismo, habían numerosas autoridades civiles y militares libaneses.

La concelebración eucarística ha sido solemne y moderada, con la participación de miles de peregrinos, con numerosos enfermos y sus acompañantes.

En su homilía, el Card. Fiorenzo Angelini, luego de exponer su profunda gratitud al Santo Padre que lo ha designado como su Enviado Especial para la clausura de la VII Jornada Mundial del Enfermo, ha recordado el significado y las finalidades de la misma, deteniéndose en el misterio del sufrimiento humano, en su valor salvífico, en la respuesta al problema del dolor dada por Cristo a través del amor. El Santo Padre, peregrino en todas partes del mundo como lo fuera Jesús – ha añadido el purpurado – anuncia el Reino de Dios que se inclina sobre los enfermos para compartir con ellos el peso de su sufrimiento personal; de este modo es ejemplo para todos los Buenos Samaritanos de hoy. El inminente Año Santo «sin duda suscitará una creciente búsqueda de unidad en-

tre los hombres para la construcción de la civilización del amor». La prueba, el test que califica esta civilización, proviene de la capacidad y del empeño en el amplio campo de la sanidad y de la salud. La celebración de la Jornada se ha concluido con la solemne Bendición a todos los participantes y, en particular, a los enfermos.

El día 12 de febrero, el grupo del Pontificio Consejo con su Presidente el Arzobispo J. Lozano Barragán, ha visitado el hospital católico de *Notre Dame des Secours* en Ibeil, y ha celebrado la Eucaristía en el majestuoso monasterio maronita de San Charbel en Annaya.

Conclusión

1. Es necesario subrayar la buena preparación y el desarrollo de la Jornada.

2. Viviendo las jornadas de reflexión, de estudio y oración, se ha podido constatar y admirar la apertura, la hospitalidad y la acogida de parte de la Iglesia libanesa.

3. Se constata el desarrollo positivo de la Pastoral sanitaria en Líbano.

4. Han participado varios grupos con una inmediata integración en el desarrollo de las jornadas.

5. De la Jornada ciertamente permanece el espíritu de la celebración que nos ayudará a dar mayor atención a los enfermos y a los que sufren por medio del “ecumenismo de las obras” con el fin de construir la paz y la unidad entre los cristianos.

6. El Santo Padre ha dirigido a todos su Mensaje, y especialmente a los enfermos de toda edad y condición, a las víctimas de enfermedades de todo tipo, de calamidades y tragedias, para que nos abandonemos en los brazos paternos de Dios; también es una invitación para que seamos custodios y servidores de la vida, para que hagamos del bien al que sufre y lo hagamos a través de nuestro sufrimiento, en un camino de vivencia de la caridad, esforzándonos para construir la civilización del amor.

P. KRZYSZTOF NYKIEL
Oficial del Pontificio Consejo
para la Pastoral de la Salud

Cartas de nombramiento del Santo Padre a los Enviados Especiales para las celebraciones de la VII Jornada Mundial del Enfermo desarrollada en Líbano, en el santuario de Harissa

El Santo Padre nombró al Cardenal Fiorenzo Angelini, Presidente emérito del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud y a Monseñor Javier Lozano Barragán, Arzobispo-Obispo emérito de Zacatecas y Presidente del mismo Pontificio Consejo, como sus enviados especiales a la celebración de la VII Jornada Mundial del Enfermo, que se llevó a cabo en el Líbano, en el santuario de Harissa, del 8 al 11 de febrero. La misión guiada por el Cardenal Angelini y el Arzobispo Lozano Barragán estuvo compuesta por el Reverendo Krzysztof Nykiel, Oficial del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud; el Prof. Ab. Raimond El-Hachem, Secretario General de Caritas del Líbano y docente de Derecho Eclesiástico en la Universidad de Santo Espíritu de Beirut; y por el Prof. José Karam, Presidente Nacional de los Médicos Católicos libaneses.

Publicamos la Carta de nombramiento enviada por el Santo Padre al Cardenal Angelini y al Arzobispo Lozano Barragán.

Al venerable hermano
Fiorenzo Angelini,
Cardenal de la Sagrada Romana Iglesia
Presidente emérito del Pontificio Consejo
para la Pastoral de la Salud

En mi cotidiano ministerio sagrado, nunca ha habido un momento en el que no haya testimoniado mi particular solicitud pastoral hacia los que sufren, y en el que no haya estado cerca de los enfermos de todo el mundo. Por esto, como Vuestra Eminencia lo sabe muy bien, hace catorce años, con la carta Motu proprio *Dolentium Hominum*, fue mi intención crear la Pontificia Comisión para la Pastoral de la Salud. Confié la dirección de la misma a usted, Venerable Hermano, ya que entre los arzobispos se distinguía por sus considerables conocimientos en este campo y por su particular actitud; seguidamente, le solicité continuar con el mismo servicio cuando la Comisión se convirtió en Pontificio Consejo.

Por tanto, es fácil comprender con cuánta atención seguiré el Congreso mundial que reúne a hombres de ciencia y expertos con ocasión de la séptima “Jornada Mundial del Enfermo” y que he querido se desarrollara del 8 al 11 de febrero próximo, en Líbano, país que amo de manera especial. Me he alegrado al conocer los temas que se tratarán, así como los coloquios que se realizarán entre las diferentes confesiones religiosas.

Ciertamente seguiré vuestros trabajos como si estuviese entre vosotros; pero deseo que, en una reunión tan importante, mi persona se haga presente de manera más efectiva con un representante de gran autoridad. Ten-

Al venerable hermano
Javier Lozano Barragán,
Arzobispo-Obispo emérito de Zacatecas,
Presidente del Pontificio Consejo
para la Pastoral de la Salud

No pasa siquiera un día en nuestro Pontificado sin que demostremos amplísimamente nuestra solicitud pastoral por las personas que sufren y nuestro peculiar amor por los hermanos y hermanas que se encuentran enfermos en todo el mundo. Por esto, hace 14 años, con el Documento *Dolentium Hominum* instituímos el Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes de Salud, el cual siempre ha estado presente en nuestro pensamiento y al que, Venerable hermano, determinamos que tú presidieras desde hace dos años.

Por esto fácilmente se comprende con qué atención contemplemos el ya próximo Congreso mundial de “la Séptima Jornada Mundial del Enfermo” que sabemos que se realizará en la amadísima nación del Líbano del 8 al 11 del próximo mes de febrero. Con mucho gusto tomamos nota de cada uno de los temas que allí se tratarán y de los diálogos que se tendrán entre los participantes de las diversas confesiones de fe.

Aunque desde lejos queremos seguir los asuntos que cada día se tratarán allí y así nos ha agradado destinar para ello un pastor perito en este campo que nombrado por nuestra autoridad sea como una persona pública que Nos represente. Sabiendo con sobrada razón que tú podrás ser quien sea nuestro intérprete y procurador activo de nuestras intenciones, con estas letras te destinamos como NUESTRO ENVIADO EXTRAORDINARIO, pa-

go la seguridad de que usted, Venerable Hermano, es la persona ideal. Por este motivo, con la presente carta le nombro MI ENVIADO ESPECIAL para las solemnidades que concluirán la séptima “Jornada Mundial del Enfermo”, el 11 de febrero próximo en Harissa, en Líbano.

Usted presidirá, pues, en mi reemplazo y saludará en mi nombre a todas las personas presentes; animará los trabajos del Congreso con mi apoyo y mi Bendición apostólica. A través de ella pido que desde lo alto descienda la luz sobre usted y el sostén para todos los que trabajan en favor de la salud en el mundo, para que todos los enfermos sientan la presencia de Cristo y que la Iglesia comparta sus sufrimientos como una madre.

*Vaticano, 30 de enero de 1999,
21° de Pontificado.*

ra inaugurar las ceremonias de apertura de la “Jornada mundial del Enfermo” el día 8 del mes de febrero, en Harissa, Líbano.

Estarás por ello allí en nuestro lugar y saludarás como con nuestra voz a todos los presentes y confirmarás con nuestra exhortación las preclaras deliberaciones de ese Congreso, y para que este acontecimiento sea más fructuoso y próspero les manifestarás que les doy al mismo tiempo mi bendición apostólica que impartimos a ti, Venerable hermano, al mismo tiempo que a todas las personas asistentes con la cuales con mucho gusto me uno y de quienes esperamos en Cristo Pastor una sólida y fructuosa ayuda para los enfermos.

Dado en la Ciudad del Vaticano, el día 30 de enero del año de 1999, 21° de Nuestro Pontificado.



En camino hacia el Padre

El 11 de febrero fiesta de la Virgen de Lourdes, tuvo lugar una misa para los enfermos en la basílica de San Pedro. Fue presidida por el cardenal Camillo Ruini, Vicario de Su Santidad para la diócesis de Roma y Presidente de la Conferencia episcopal italiana. Al final de la celebración eucarística, el Papa Juan Pablo II bajó a la basílica para transmitir un mensaje a los enfermos.

Queridos hermanos y hermanas:

Con gusto me uno a vosotros al final de esta celebración en honor de la santísima Virgen de Lourdes. Este encuentro con vosotros, los enfermos, me interesa mucho. Esta iniciativa tiene ya una larga historia: se remonta a cuarenta años atrás, cuando un celoso párroco de Roma dio inicio a una celebración para los enfermos en memoria de la Virgen de Lourdes. Desde el inicio de mi pontificado, hace ya veinte años, quise presidir personalmente esta liturgia, en la basílica vaticana, siempre con la colaboración de la Obra ro-

mana para las peregrinaciones y de la Unión nacional italiana de transporte de enfermos a Lourdes y santuarios internacionales (Unitalsi). Se trata de un momento de oración muy sugestivo, que une espiritualmente a los enfermos del mundo entero, especialmente desde que, hace siete años, el 11 de febrero se ha convertido en la Jornada Mundial del Enfermo y se celebra cada vez en un importante santuario mariano: hoy se hace en el libanés de Harissa, cerca de Beirut.

Amadísimos hermanos, en la peregrinación hacia el Gran Jubileo del año 2000, nos encontramos «en camino hacia el Padre», como ha recordado el congreso teológico-pastoral que se concluye con esta misa. En el camino que lleva a Dios nos precede María santísima: nos precede en la fe y en la esperanza. A ella os encomiendo a cada uno de vosotros, invocando su consuelo en la prueba. Os aseguro mi recuerdo diario en la oración y con afecto imparto a todos los presentes, y a cuantos están espiritualmente unidos a nosotros, una especial bendición apostólica.

51

Homilía del Cardenal Fiorenzo Angelini

JUEVES 11 DE FEBRERO, GRAN CELEBRACION EUCARISTICA EN LA BASILICA DE NOTRE-DAME DE HARISSA EN EL LIBANO

Amados hermanos y hermanas:

Ante todo, deseo expresar mi profunda gratitud al Santo Padre Juan Pablo II que ha querido designarme para presidir, como su Enviado Especial, esta solemne celebración conclusiva de las múltiples iniciativas que han precedido esta séptima Jornada Mundial del Enfermo.

Como ha recordado el Santo Padre Juan Pablo II en su Mensaje para esta Jornada, «... la terre qui abrite ce sanctuaire est le Liban, qui représente davantage qu'un pays; il est un message et un modèle pour

*l'Orient et l'Occident».*¹

Por esto es sumamente significativo que el Santo Padre, en la vigilia del Gran Jubileo del año dosmil haya elegido este lugar para que se celebre la Jornada Mundial del Enfermo.

El Gran Jubileo del año dosmil, a través de un «camino de auténtica conversión al Evangelio» no deja de suscitar una búsqueda creciente de unión entre los hombres para construir la civilización del amor.²

Vuestra tierra, hermanas y hermanos queridos, según las fuertes palabras del Papa «est non seulement un lieu de coe-

*xistence entre les communautés catholiques de diverses traditions et entre les diverses communautés chrétiennes, mais également le carrefour de multiples religions». Por esto el Líbano «peut tout à fait servir de laboratoire pour 'construire ensemble un avenir de convivialité et de collaboration, en vue du développement humain et morale des peuples'».*³

Particularmente lo es el Líbano en nuestro tiempo, ya que este estupendo país ha vivido pruebas dolorosas, sin perder nunca la conciencia de su altísima misión de civilización.

Las semanas de encuentros y

de oración que han precedido esta Jornada Mundial del Enfermo, el importante Congreso que la ha preparado afrontando problemas tan graves de medicina y moral, las iniciativas organizadas en favor de los enfermos y de los agentes sanitarios, han confirmado que el cambio de conversión auténtica al Evangelio que debe caracterizar a la vigilia del Gran Jubileo, tiene su calificadora expresión en el servicio a quien sufre y en la valorización sanante del misterio del sufrimiento humano, asumida por Cristo para nuestra redención.

Si el hombre que sufre es «camino especial de la Iglesia»,⁴ esta tierra libanés, tan cercana a los lugares donde Jesús fue para todos el Buen Samaritano, es al mismo tiempo memoria y estímulo a reconocer en la atención a quien sufre en el espíritu y en el cuerpo el camino maestro hacia una civilización del amor, de la comprensión recíproca, del encuentro entre todos los hombres, cual sea su condición cultural, social, religiosa.

En efecto, el sufrimiento por un lado acomuna a todos y, por otro, invita a buscar la misma salvación.

La civilización de un país, como también el camino hacia adelante de la humanidad, no se mide a través de la riqueza de un pueblo, de su capacidad económica y militar. La prueba, el *test* calificante de esta civilización es dada por la capacidad y el compromiso en el campo muy amplio de la sanidad y de la salud. Es justamente este compromiso que hace posible, antes bien necesario, echar un puente de unidad entre todos los pueblos, porque es necesario y urgente para todos combatir la enfermedad, asistir a quien es probado, poner las premisas para la salud para todos.

Nunca se hará lo suficiente en favor de los enfermos. El servicio que se les ofrece debe ser la plataforma de lance del verdadero progreso humano, civil y religioso, porque los lugares de hospitalización y de cuidados son la palestra de las más altas expresiones de solidaridad y de amor por el prójimo.

En este día, sin embargo, mi pensamiento y mi augurio de

participación va ante todo hacia los *enfermos*, a los *agentes sanitarios*, a las fuerzas del *voluntariado* y a las *autoridades* responsables de la cosa pública.

En el que sufre y en el enfermo cada ser humano puede encontrar a Cristo, porque El mismo nos ha invitado a reconocerlo en el que sufre: «Estaba enfermo y me habéis visitado» (*Mt 25, 36*).

Todas las innumerables formas del sufrimiento humano provocadas por las enfermedades, por las violencias sufridas, por la pobreza, por el abandono, por la discriminación, encuentran su correspondencia en el Rostro sufriente de Cristo, que nació en la pobreza, fue objeto de incompreensión e ingratitud, flagelado, coronado de espinas, escarnecido, crucificado como un malhechor.

Ningún sufrimiento fue extraño a Jesús, Hijo de Dios hecho hombre.

Queridos enfermos, reconoced en Cristo para que todos reconozcan a Cristo en vosotros.

En este año, que por voluntad del Sumo Pontífice, está dedicado a una especial reflexión sobre la divina Persona del Padre, no os sintais abandonados. El que sostiene la fragil brizna de paja, que hace llover sobre justos y pecadores y sobre los injustos, que conoce todas nuestras necesidades, no puede privarnos de su amorosa asistencia.

Y del mismo modo como Cristo, en su vida terrena, tuvo siempre junto a sí a su santísima Madre, también vosotros debéis ser conscientes que Ella está a vuestro lado en el sufrimiento que, ofrecido a Dios, salva al mundo, porque el sufrimiento «vividido en comunión con Cristo, pertenece a la esencia misma de la redención».⁵

Vosotros, agentes sanitarios – médicos, farmacéuticos, enfermeros, capellanes, religiosos y religiosas, administradores, voluntarios – que habeis consagrado vuestra vida y profesión al servicio de los que sufren y de los enfermos, estais llamados a ser testimonio del Evangelio vivido de manera auténtica.

En la figura del Buen Samaritano está «la llave para una plena comprensión del manda-

miento del amor al prójimo».⁶

Ninguno como vosotros se acerca al hombre en la plena realidad de su condición, porque la enfermedad y el dolor son la verdadera y más completa radiografía de la condición humana.

Cultivad vuestra formación humana, moral y espiritual en la escuela del sufrimiento. Sean los enfermos vuestros maestros; sólo así podreis descubrirlos como hermanos.

Vuestra profesión y misión os pone en la vanguardia del camino hacia adelante de la civilización.

Sostengan vuestro empeño y vuestra profesionalidad la generosidad y la disponibilidad.

Ciertamente las instituciones sanitarias son muy importantes e indispensables, «sin embargo, ninguna institución puede de suyo sustituir el corazón humano, la compasión humana, la iniciativa humana, cuando se trata de salir al encuentro del sufrimiento del otro», sea físico, moral o espiritual.⁷

Mi saludo y animación, por tanto, a los numerosos *voluntarios* que, de manera singular o a través de beneméritas asociaciones, se confían a los agentes sanitarios, comprometiéndose especialmente en la obra de prevención, de educación sanitaria, de identificación de los sufrimientos más escondidos e ignorados.

Este encuentro es una ocasión para expresar un profundo agradecimiento a las comunidades cristianas católicas, ortodoxas y protestantes que, en el servicio a los que sufren, ponen en acto aquel *ecumenismo de las obras* que es la premisa irrenunciable de unidad en la fe.

Este mismo sentimiento deseo expresar a las comunidades musulmanas de confesión sunnita, chiíta y drusa sostenidas por el mismo espíritu de servicio.

El servicio a quien sufre, aunque es parte integrante de la misión de la Iglesia, no puede ser considerado como exclusivo de ella ni solamente de las confesiones religiosas, aunque los lugares de hospitalización y de asistencia son el templo más frecuentado del mundo.

Por tanto, mi apremiante invitación se dirige también a las *autoridades* y a los *responsa-*

bles de la cosa pública.

Tengan en cuenta con convicción firme los problemas de la sanidad y de la salud como objeto prioritario de una auténtica justicia social. Ninguna ley está realmente al servicio del hombre si no se inspira en el respeto, en la salvaguarda y en la promoción de la vida humana desde su concepción hasta su término natural.

Promoción y defensa de la vida son la medida del camino hacia adelante de la civilización. Lo contrario es negación de civilización.

El mundo puede encontrar en el compromiso a servir a quien sufre el camino maestro del diálogo, de la superación de las diferencias étnicas, religiosas, políticas y sociales. Nada como el sufrimiento une a los seres humanos y nada como el servicio al sufrimiento puede acelerar el encuentro.

La Jornada Mundial del Enfermo no es una celebración festiva, ni termina en el espacio de un día. Es al mismo tiempo punto de llegada y de partida de la afirmación de un nuevo modo de afrontar los problemas de la humanidad.

Como no existe un día separado, del mismo modo no tendría sentido la celebración de una Jornada del Enfermo fuera de un planteamiento del creer y del obrar que no abrace todo el

arco de nuestro vivir.

El Santo Padre Juan Pablo II, que hace siete años instituyó esta Jornada Mundial del Enfermo, a través de su magisterio, ministerio y sobre todo con su altísimo y heroico ejemplo, encarna su significado y finalidades.

Invitando a los enfermos a colaborar mediante su sufrimiento a su mandato pastoral, el Santo Padre ha ofrecido personalmente un ejemplo.

Peregrino en todas partes del mundo, al igual que Jesús el Papa anuncia el Reino de Dios inclinándose ante todo sobre los que sufren y los enfermos para compartir con ellos el peso de su sufrimiento personal.

Vuestra tierra, hermanos y hermanas del Líbano, es al mismo tiempo ejemplo y banco de prueba de esta nueva esperanza.

No sólo material sino también simbólicamente, Notre-Dame de Harissa es hoy el faro de llegada de esta nueva esperanza.

El Santo Padre Juan Pablo II me ha encargado impartir a todos vosotros su paterna y apostólica Bendición.

Deseo acompañar esta Bendición Apostólica con sus mismas palabras: «¡Que la gracia de Cristo os llene de caridad! Los esfuerzos que cada uno realiza por amor del Señor y de

su Iglesia darán frutos abundantes a la vida eclesial y a toda sociedad libanes. Entonces el Líbano, la santa montaña, que ha visto surgir la Luz de las naciones, al Príncipe de la Paz, podrá reflorar plenamente; esto responderá a su vocación de ser luz para los pueblos de la región y signo de la paz que proviene de Dios».⁸

S.Em. Cardenal
FIORENZO ANGELINI
Presidente Emérito del Pontificio
Consejo para la Pastoral de la Salud

Notas

¹ Roma, 7 de setiembre de 1989, *Enseñanzas de Juan Pablo II XII/2*, p. 176.

² JUAN PABLO II, Carta Apostólica *Tertio millennio adveniente*, n. 50-52.

³ JUAN PABLO II, Exhortación apostólica post-sinodal *Une esperance nouvelle pour le Liban*, n. 93.

⁴ JUAN PABLO II, Carta apostólica *Salvifici doloris*, n. 3.

⁵ JUAN PABLO II, Carta institutiva de la Jornada Mundial del Enfermo (13 de mayo de 1992), 2. En *Enseñanzas de Juan Pablo II*, XV/1, 1410.

⁶ JUAN PABLO II, Carta encíclica *Veritatis splendor* n. 14.

⁷ JUAN PABLO II, Carta apostólica *Salvifici doloris*, n. 29.

⁸ JUAN PABLO II, Exhortación apostólica post-sinodal *Une esperance nouvelle pour le Liban*, n. 125.

SALUDO DEL CARDENAL FIORENZO ANGELINI, PRESIDENTE EMERITO DEL PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LA SALUD, CON OCASION DE LA VISITA AL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DEL LIBANO, GENERAL EMILE LAHOUD

Señor Presidente:

En nombre del Santo Padre Juan Pablo II, que ha sido huésped de esta noble tierra libanesa, le presento mi deferente saludo, expresándole cordialmente los mejores deseos.

Quizás ninguna celebración religiosa como la de la Jornada Mundial del Enfermo, nos recuerda con tanta fuerza la justicia, la paz y la concordia.

El compromiso en favor de los que sufren es una respuesta

de justicia y de caridad: una respuesta que requiere el encuentro de todos por el bien de común.

La fe religiosa que hace que hoy todos se encuentren concordados en el deseo y la voluntad concreta de promover, defender y salvaguardar el bien inestimable de la salud, sea premisa y auspicio de unidad y de encuentro entre los pueblos y de renovada esperanza para la nación libanesa.

La Jornada Mundial del Enfermo es una Jornada de la vida, que en la actualidad es puesta a dura prueba por numerosas dificultades y sufrimientos, que también este estúpido país ha conocido con tanto dolor.

Al expresarle mi más profundo agradecimiento por su presencia, formulo a usted, señor Presidente, a su familia y a toda la nación libanesa, el augurio de paz y prosperidad.

Ceremonia de inauguración de la celebración de la VII Jornada Mundial del Enfermo, llevada a cabo en el Auditorio de la Universidad Espíritu Santo de Kaslik - Beirut, 8 de febrero 1999

Discursos de las Autoridades

ALOCUCION DE SU BEATITUD EL PATRIARCA MARONITA Y CARDENAL NASRALLAH PIERRE SFEIR

Es para todos un gran honor que el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud del Vaticano pequeño país, el Líbano, para celebrar la VII Jornada Mundial del Enfermo, con la aprobación, la bendición y el estímulo de Su Santidad Juan Pablo II, de quien todos conocemos su amor y consideración hacia nuestro país. Estos sentimientos se manifiestan claramente en su mensaje para esta ocasión: «¿Qué lugar de la tierra, mejor que el Líbano, puede ser hoy símbolo de unidad entre los cristianos y de encuentro entre todos los hombres en la comunión del amor?».

El Líbano es quizás el país asiático más pequeño que acoge a los Presidentes de las Comisiones Católicas para la Salud, que hoy celebran con nosotros la Jornada Mundial del Enfermo. Este pequeño país ha sido llamado Sanatorio del Oriente por la belleza de su naturaleza, por el clima sano y variado, por el cielo puro, por el agua generosa de los manantiales que nacen y nos sorprenden a los pies de una montaña o en fondo a un profundo valle, y por las cuatro estaciones bien diferentes de las que Dios lo ha dotado aunque tememos que la vida moderna malogra algo de su belleza.

Además, Dios ha dotado a los libaneses, cualquiera sea su religión e inclinación, de gran paciencia para los estudios, de gran capacidad de asimilación y de una tendencia para profundizar las ciencias médicas. De este modo nuestro país, más que cualquier otro Estado de la región, ha reunido al ma-

yor número de médicos de las diferentes especialidades.

Esto ha llevado a algunos a permanecer en Europa o a dirigirse a los Estados Unidos donde se han formado con éxito en las facultades de medicina y se han distinguido en sus especialidades.

Asimismo, algunos de estos médicos se han esparcido en los países árabes cercanos donde dirigen grandes hospitales.

El enfermo en Líbano recibe los cuidados y la atención que espera. Los que se ocupan de ellos, si son creyentes comprometidos, en particular religiosas, son conscientes que a través del dolor y de la capacidad de sacrificio el enfermo comparte la pasión de Cristo, gozando en cambio de una gran tranquilidad de espíritu, de una conciencia en paz y de sangre fría frente al último destino. El sufrimiento se vuelve entonces bálsamo y la muerte el camino de la Felicidad eterna que consiste en contemplar el rostro

del Dios de la eternidad.

El misterio de la pasión es el de Cristo que se ha sacrificado por nosotros en la cruz y se convierte en misterio del amor. Es lo que Jesús explica en el Evangelio cuando dice: «Nadie tiene mayor amor que el que da su vida por sus amigos» (Jn 15, 13).

Por tanto, si Jesucristo se ha sacrificado por amor nuestro, nosotros no podemos sino restituirle amor con amor. Si la enfermedad y sus dolores atroces se apropian de nosotros, debemos ser capaces de transformarlos con Jesucristo en capacidad de sacrificio para que estos males no sean vanos y para que seamos ampliamente recompensados y glorificados.

En este cuadro no podemos hacer otra cosa sino estar de acuerdo con las palabras de San Pablo: «Somos hijos de Dios. Y, si hijos, también herederos; herederos de Dios y coherederos de Cristo, ya que sufrimos con él, para ser también con él glorificados» (Rm 8, 17).

Queremos manifestarles que es para nosotros un honor ser miembros del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud. Renovamos nuestros agradecimientos a Su Santidad y a Su Excelencia el Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, por haber elegido el Líbano para celebrar la Jornada Mundial del Enfermo.

A todos los invitados les deseamos buena permanencia en nuestro país. También deseamos pleno éxito a los participantes en la conferencia que precede a la Jornada.

El Señor les bendiga.



Excelencias, Señoras y Señores:

Al amparo de los brazos abiertos de esta imagen benévola de la Beata Virgen María, Nuestra Señora del Líbano, en Harissa, y en nombre del Presidente y de los miembros de la Asamblea de Patriarcas y Obispos católicos del Líbano, abrimos nuestros brazos para acoger a S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, Delegado Especial de Su Santidad Juan Pablo II, así como a los miembros del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud del Vaticano, a los Presidentes de las Comisiones Episcopales de la Pastoral de la Salud en Asia y a todos los participantes provenientes de Europa y Asia.

Acogemos también a sus Excelencias los Ministros, Obispos, Jeques y a los agentes sanitarios que participan en este encuentro.

A todos les decimos: ¡Bienvenidos al Líbano!

El Líbano, este pequeño y hermoso país que posee un patrimonio cultural prestigioso y una historia muy antigua, constituye el punto de encuentro entre las culturas y las religiones de Oriente y Occidente, y entre los tres continentes: Asia, Europa y Africa.

El Líbano «es la cuna de una cultura antigua y uno de los faros del Mediterráneo. Ninguno ignora el nombre de Byblos, que nos hace recordar los orígenes de la escritura» y que ha dado el nombre a la Biblia, ni el nombre de Beyrouth, la Madre de las leyes, ni los cedros eternos de Dios y el patrimonio de Tyr, Sidón y Baalbek.

«Las raíces históricas del Líbano son de naturaleza religiosa». ¹ «Además de ser lugar de convivencia entre comunidades católicas de varias tradiciones y entre diferentes comunidades cristianas, la tierra libanesa es también encrucijada de múltiples religiones. En este sentido, puede ser laboratorio para construir juntos un porvenir de convivalidad y de colaboración, en vista del desarrollo humano y moral de los pueblos». ²

Como afirma el Santo Padre, el Líbano «representa más que

un país; es un mensaje y un modelo para Oriente y Occidente». ³

Nos reúne aquí la Jornada Mundial del Enfermo, instituida por Su Santidad Juan Pablo II para hacer comprender que la solicitud en favor de los enfermos y de los que sufren, la defensa de la vida y el respeto de la dignidad de la persona, son parte integrante de la misión de la Iglesia. Ella insiste sobre el carácter redentor del sufrimiento que, al ser vivido por el creyente en unión con Cristo, se convierte en un acto salvífico. Además, a través de sus enseñanzas y de sus actividades la Iglesia persigue la misión salvífica de Cristo, que ha cargado sobre sí nuestros sufrimientos y nuestras penas, «para compartirlas y asumirlas, confiriéndoles un valor salvífico». ⁴

El encuentro continental asiático, que se desarrolla hoy en Líbano, es un encuentro espiritual en el que se revela la misión de la Iglesia Madre que acoge bajo su manto a todos los hombres, en particular a los enfermos y a los que sufren. Se inscribe en el cuadro de la promoción y de la defensa de la vida y de la dignidad de la persona humana en un tiempo en el que se desarrollan las tecnologías de la bio-medicina y se multiplican acciones peligrosas contra la vida humana, como la legalización del aborto, la eutanasia, la inseminación artificial, la clonación humana, etc.

La Iglesia considera que todos estos actos son contrarios a la voluntad de Dios, único Señor de la vida. La Iglesia está a favor del progreso de la ciencia y de la tecnología y no es contraria a estas tecnologías en cuanto tales sino contra la llamada neutralidad moral de las mismas, ya que todo lo que es posible técnicamente no puede ser considerado tal desde el punto de vista ético. Y este encuentro deseado por el Papa en Líbano demuestra la necesidad de colaboración y de unidad a través del ecumenismo de las obras y la apertura al «diálogo interreligioso en un lugar como el Líbano, donde las creencias religiosas tienen en común

cierto número de valores humanos y espirituales incontables». ⁵ Además, quiere hacer comprender que también los enfermos y los que sufren son hijos de Dios y participan en los sufrimientos redentores de Cristo.

En la vigilia del Gran Jubileo del Año 2000 y en los umbrales del tercer milenio, el Papa invita a la Iglesia universal para que reflexione con mayor atención sobre la grande verdad: «Dios es amor». La paternidad de Dios comprende a todos los pueblos de toda religión y raza, y su amor los reúne y los une. ¿Existe en el mundo una potencia unificadora más fuerte de aquella infinita de Dios Padre? Este amor de Dios nos ha sido revelado por Cristo en persona que ha encarnado esta misericordia de Dios Padre en su vida y en la vida de los hombres. Esto nos permite ver a Dios en cada hombre enfermo que sufre o que se ve amenazado en su vida y dignidad humana.

Gracias al amor a Dios, el enfermo no es más una persona excluida y no respetada, sino se vuelve imagen viviente de Jesucristo entre nosotros. De este modo la Iglesia ha comprendido el misterio de la Misericordia de Dios, lo ha contemplado a lo largo de toda su historia y continúa viviéndolo.

Es nuestro deseo que la celebración de la VII Jornada Mundial del Enfermo en Líbano constituya un estímulo para una nueva visión del hombre, de su valor, de su dignidad y para la conservación de la vida y de su santidad mediante la intercesión de María, madre de misericordia divina y Nuestra Señora del Líbano.

Notas

¹ Exhortación Apostólica "Una nueva esperanza para el Líbano", n. 1.

² JUAN PABLO II, Mensaje con ocasión de la VII Jornada Mundial del Enfermo, n. 2.

³ Roma, 7 de setiembre de 1989.

⁴ JUAN PABLO II, Mensaje para la VI Jornada Mundial del Enfermo, 11 febrero 1998, n. 2.

⁵ JUAN PABLO II, Mensaje con ocasión de la VII Jornada Mundial del Enfermo, n. 3.

Señoras y señores:

Tengo el honor de representar en la manifestación que se está celebrando al Presidente de la República, General Emile Lahoud, quien me ha encargado transmitirles sus saludos y sus mejores deseos por el éxito de esta celebración que goza de la bendición de Su Santidad Juan Pablo II, que ha elegido personalmente al Líbano entre todos los países de Asia, como lugar donde celebrar la séptima Jornada Mundial del Enfermo.

Agradezco a la Comisión Episcopal para la Pastoral de los Servicios Médicos del Consejo de Patriarcas y Obispos católicos de Líbano, por lo que han hecho para que este excepcional acontecimiento logre el merecido éxito.

La razón por la cual el Santo Padre ha elegido como escenario de esta manifestación al Líbano de las familias espirituales, al Líbano de la vida única para todas las confesiones, al Líbano-mensaje, como él lo ha definido, constituye una iniciativa de gran alcance. De este modo, consagra lo que las religiones celestes han consagrado al enfermo.

En efecto, Cristo dice en el Evangelio: «Estaba enfermo y me habéis visitado» y Lucas da testimonio de que «la multitud trataba de tocarle porque de El emanaba una fuerza que curaba a todos». La curación del parálítico y del leproso constituye el ejemplo mejor de la atención que Jesús tenía hacia el enfermo, cualquiera fuese su enfermedad.

También el Corán se ocupa del enfermo. En efecto, leemos en la Azora 'An Nur': «No se le culpará al ciego, ni al cojo, ni al enfermo». También la Azora 'Al-Baqará' evoca el mismo sujeto y en la Azora 'Al-Tawabh' leemos que no se les culpará a los enfermos y a los pobres.

Este interés de parte de las religiones celestiales lo manifestó el Papa durante la Jornada Mundial del Enfermo del

año pasado al declarar: «Vosotros sufrís en el alma y en el cuerpo, no cedáis a la tentación y no consideréis el dolor como una experiencia negativa, porque el enfermo encuentra un sentido a sus sufrimientos personales en el Cristo sufriente».

El Santo Padre ha definido al amor «sentido saludable del sufrimiento de quienes sufren y respuesta a todas sus solicitudes». El se ha dirigido también a quienes se ocupan de los enfermos para que «dedicándose a las personas que sufren» transformen su servicio en un «precioso aporte a la evangelización».

Por esto Juan Pablo II se dirige a las autoridades civiles que se ocupan de la salud exhortándoles para que favorezcan la «humanización de la medicina y de los servicios sanitarios» y cultiven «una visión sobrenatural del hombre, una visión de la interioridad del enfermo, imagen de Dios y del Hijo de Dios».

Nos alegra ver que las orientaciones del Santo Padre se reflejan hoy en Líbano, tierra de mensajes sagrados, tierra de tolerancia y humanización del hombre, tierra de la libertad garantizada por la ley, libertad de conciencia, libertad de expresión, libertad de palabra y de acción; el Líbano está pre-

parado para el Gran Jubileo del tercer milenio.

El 11 de febrero se celebra el aniversario de la aparición de la Virgen en Lourdes. En Líbano existen muchas iglesias que llevan su nombre. La celebración de la séptima Jornada Mundial del Enfermo se desarrolla en la gran basílica de Notre-Dame del Líbano, bendecida por el Papa durante la visita que hiciera hace dos años. De este modo se completa el vínculo entre la Beata Virgen de Lourdes y Nuestra Señora del Líbano, en la tierra de un país en el que el Papa «más que un país en la tierra» ha visto «un mensaje». El realiza hoy su visión eligiendo a nuestro país-mensaje como centro del mensaje humano más noble: el cuidado del enfermo.

El mundo goza de la solicitud y de la atención del Presidente, el General Emile Lahoud, que desde cuando ha asumido este cargo, no deja de proporcionar a los ciudadanos libaneses los cuidados necesarios, suavizando en primer lugar las cargas cotidianas, hasta proporcionarles aquellas garantías que les asegure una vida digna, especialmente en lo que se refiere al problema de la salud a la cual su mandato quiere brindar la merecida atención.

Entre las prioridades del Presidente, en el marco de su política de transparencia, integridad e imparcialidad, tenemos: hacer reinar la justicia, dar a cada uno lo que le corresponde por derecho y poner en primer lugar la competencia para que todas las fajas sociales sean capaces de comunicar y cada ciudadano sea un partner para su conciudadano con derechos y deberes.

En el sector de la salud, el Presidente trata de dar especial atención a las fajas débiles de la sociedad, a los pobres y enfermos, para que se les proporcione los cuidados sanitarios adecuados y se les atienda desde el punto de vista humano. Este es el acercamiento



que perseguimos hoy en el Ministerio de Salud poniendo en marcha los medios adecuados para asegurar al ciudadano un punto de referencia digno en el ámbito de la salud, que tenga en cuenta la dignidad del ciudadano y del hombre. De este modo, la enfermedad ya no será una terrible pesadilla sino tendrá su referencia en nuestro Ministerio que le garantizará los cuidados con la ayuda de médicos especialistas y la curación con la ayuda y la voluntad de Dios. Siguiendo el camino indicado por la Exhortación Apostólica que se ocupa de la salud, a nivel de presidencia, de gobierno y en particular como Ministerio de Salud, nosotros tratamos de desarrollar nuestras tareas en favor de los pobres para que el Líbano con-

duzca una vida digna y goce de los servicios hospitalarios y de los cuidados necesarios para su salud.

De este modo interpretamos la razón por la cual la celebración de la VII Jornada Mundial del Enfermo, se desarrolla en nuestra tierra y que haya reunido a personas de relieve de todos los países asiáticos, para participar en esta manifestación espiritual, humana y científica.

El Santo Padre nos indica esta finalidad cuando habla de la solicitud de la Iglesia por los enfermos y los que sufren, como «un camino ecuménico que facilita el diálogo interreligioso» y cuando hace un llamamiento a los agentes sanitarios «para que sean guardianes y servidores de la vida humana». Porque la religión del en-

fermo es el hombre y curarlo es el deber que el hombre tiene frente a Dios.

Es lo que buscamos nosotros en el Gobierno siguiendo las directrices del Presidente y nuestra participación hoy en esta celebración mundial subraya la importancia que le damos en favor de los ciudadanos libaneses.

Una vez más doy el bienvenido a nuestros invitados de los países asiáticos y saludo a la Comisión Episcopal que ha organizado esta celebración con gran esfuerzo y esmero.

El Estado está al servicio del ciudadano para aliviar sus preocupaciones y sus penas. Tengan en cuenta que el Gobierno les sostiene en vuestra obra en favor de la dignidad del ciudadano y del hombre en Líbano.

¡Viva el Líbano!

DISCURSO DEL DR. MICHEL MOUSSA MINISTRO PARA LOS ASUNTOS SOCIALES DE LIBANO

En la vigilia del Jubileo del Año 2000, Su Santidad Juan Pablo II ha querido honrarnos eligiendo el Líbano para celebrar la VII Jornada Mundial del Enfermo. Esta elección se justifica por varias razones: primera, como ha especificado el Santo Padre en su carta del 8 de diciembre de 1998, el Líbano «*es un mensaje y un modelo para Oriente y Occidente*». En efecto, es un país que constituye un elevado lugar de convivialidad y de civilización para las religiones monoteístas. Segunda: más allá de las consideraciones políticas y no obstante todas las pruebas que ha debido soportar, el pueblo libanés siempre se ha distinguido por el sentido de la familia y la solidaridad familiar. Esta particularidad social lo coloca en primer lugar entre los países que se caracterizan por la solidaridad y mutua ayuda. Tercera: el poder político, lejos de estar ausente, a través de su nueva política actualmente trata de estar lo más cerca posible a quienes sufren. De este modo, en nuestro que-

rido país se hallan reunidas todas las condiciones para que el mensaje de Su Santidad encuentre buena acogida. Somos orgullosos en este año y en los albores del Tercer Milenio, de ser el ejemplo a través del cual la solidaridad social se difundirá en todo el mundo.

Sabemos muy bien que, no obstante los progresos de la ciencia y de todo el beneficio

que deriva de ello, el sufrimiento y la angustia que inflige la enfermedad a quien es afectado y a su ambiente pueden perturbar la dinámica familiar y la inserción social. El Ministerio para los Asuntos Sociales, garante del desarrollo social, no permanece indiferente frente a este dolor; por esta razón su política y su misión se inscriben plenamente en el cuadro de la ayuda y de la participación. Se reforzarán los numerosos programas ya existentes en beneficio de las clases sociales menos favorecidas, para aliviar sus sufrimientos y devolver al hombre su dignidad y su papel activo en la sociedad. Entre otros, citamos la creación en varias regiones del país de 190 centros de acogida, la Comisión Nacional para los Minusválidos y el proyecto de ley respectivo, los múltiples proyectos de acción conjuntos con las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones de profesionales y de familiares, y los numerosos poderes locales, cuya finalidad es ayudar a los ciudadanos y en parti-



cular a los enfermos, a los huérfanos y a los estudiantes pobres. De este modo el Ministerio pone en acto todos los esfuerzos indispensables para «hacer del bien con el sufrimiento y hacer del bien a quien sufre».

Quisiera agradecer en particular a Su Eminencia el Cardenal Mar Nasrallah Pierre Sfeir, Patriarca Maronita de todo el Oriente y Presidente de la Asamblea de los Patriarcas y Obispos Católicos de Líbano,

figura importante de nuestra nación, por los esfuerzos que ha realizado en favor de la cohesión nacional y social y por la organización de estas jornadas. Aprovecho la oportunidad para transmitirle mis más fervientes augurios por la festividad de San Marón.

Asimismo, quisiera agradecer a todos los que trabajan desde lejos o de cerca por el buen resultado de estas jornadas y en particular a los que provienen de los países asiáti-

cos. Bienvenidos a todos en nuestra querida patria.

Quisiera terminar mi intervención citando a un gran dramaturgo francés, Paul Claudel: «Dios no ha venido para eliminar el sufrimiento o para explicarlo, ha venido para llenarlo con su presencia».

Con este matiz de esperanza, manifiesto mis mejores augurios de éxito de estas jornadas. Que ellas transmitan el ideal libanés por medio de las futuras generaciones.

DISCURSO DE S.E. MONS. JAVIER LOZANO, PRESIDENTE DEL PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LA SALUD

58

Me cabe el gran honor de inaugurar en nombre de su Santidad el Papa Juan Pablo II, como su Enviado Extraordinario, estas Jornadas de estudio, reflexión y oración que constituyen ya la misma celebración del Día mundial del Enfermo; como acabamos de oír en el documento oficial que se ha leído, no pasa siquiera un día sin que el Papa muestre su especial cariño y solicitud por los hermanos y hermanas enfermos de todo el mundo, lo que ha cristalizado en la constitución del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud desde hace 14 años. El Papa, desde lejos sigue todos nuestros trabajos, pero ha querido a través de su servidor hacerles presentes de una manera especial su bendición y sus más calurosos saludos a los Venerables Patriarcas y demás Obispos del Líbano, melquitas, armenios, caldeos, maronitas y latinos, especialmente al Emmo. Sr. Cardenal Mar Nasrallah Pierre Sfeir, patriarca Maronita de todo el Oriente y Presidente de la Asamblea de Patriarcas y Obispos católicos del Líbano y a S.E.R. Mons. Paul Emile Saade, Presidente de la Comisión Episcopal para la Pastoral de la Salud en Líbano. De esta manera quiere el Papa hacerse presente en todas las deliberaciones que aquí tendrán lugar, impartiendo a todos con mucho gusto

su bendición apostólica que redunde en provecho sólido y fructuoso en Cristo nuestro Pastor, para todos los enfermos.

Este saludo cordial se dirige también a nuestros hermanos de la religión Judía e Islámica, que junto con los cristianos han convivido por tanto tiempo en este país, dándonos un ejemplo de cómo se puede realizar un diálogo interreligioso, no sólo en el plan doctrinal y en encuentros pasajeros, sino con la vida misma. El Líbano, como tierra de entrecruce de culturas es para todos un paradigma de convivencia y de unidad, donde lo diverso se une en acciones que benefician al conjunto social dándole la capacidad de vivir en tolerancia y mutuo respeto.

Quiero también presentar mis respetuosos saludos al Excmo. Sr. Presidente de la nación libanesa y a los Excmos. Señores, Sr. Ministro de la Salud pública en el Líbano y Sr. Ministro de asuntos sociales de la Nación. Les suplico sean tan amables de llevar mis mejores deseos al Excmo. Sr. Presidente y a todas las autoridades de este país.

El Santo Padre ahora ha querido que el Líbano fuese el centro desde el cual a todo el Asia se irradiase el Mensaje del sentido más profundo de la vida desde la reflexión sobre el sufrimiento en esta VII

Jornada Mundial del Enfermo. En este año víspera del Gran Jubileo nos propone al enfermo como camino de regreso hacia el Padre en la unidad de la caridad operante. En esta forma centra nuestra Jornada en el último año de preparación al Gran Jubileo: Caridad, Camino, Unidad, convergen en el enfermo y en su atención a la manera del Buen Samaritano.

Esta Jornada será, según nos dice el Papa, una Jornada de Ecumenismo de Obras: todos nos sentimos unidos frente al sufrimiento y al dolor y frente a su solución profunda en Cristo por su muerte y resurrección. Y como habíamos dicho anteriormente, esta Jornada Mundial del Día del Enfermo se adentra en lo íntimo de nuestras relaciones con Dios Padre: La paternidad de Dios para todos los enfermos es la garantía de su salud, es la esperanza de la salud; todos los enfermos son invitados por el Papa a abandonarse en las manos providentes del Padre.

En este caminar hacia el Padre resalta Cristo como el Camino por el que tenemos que transitar; los agentes de la salud son invitados en este día a actuar como Cristo actuó con los enfermos y a presentar a Cristo como única solución al problema del dolor, que nos atañe a todos.

La entera comunidad ecles-

sial, representada por la Iglesia que peregrina en Líbano, es invitada también a hacer de la caridad activa hacia los enfermos el auténtico camino hacia Dios Padre. Así las comunidades cristianas católica, ortodoxa y protestante reciben un llamado a la unidad desde la atención al enfermo como Cristo que padece y que necesita de una ayuda y apoyo en nuestras propias acciones unificadas. Pero no sólo, también a nuestros hermanos musulmanes les llega esta convocación y en esta forma las comunidades islámicas sunita, chiíta y drusa nos darán sus experiencias con relación al respeto de la vida humana.

Quiera Dios nuestro Señor recibir nuestra Jornada como una petición de la gracia de la unidad, y como una petición de mayor efectividad en nuestra atención al que sufre y padece necesidad.

En esta ocasión, la Iglesia de Líbano se hace una vez más acreedora a nuestras más expresivas gracias, ya que se ha constituido en anfitriona de la Iglesia que peregrina en todo el Asia. Hemos invitado a Obispos representantes de todo el Asia para que se unan con nuestros hermanos libaneses en la celebración del Día del Enfermo; además, hoy se celebra esta Jornada en todo el mundo y han venido representantes de varias Iglesias particulares de distintas partes del mundo a unirse directamente con sus hermanos libaneses. Sean todos bienvenidos y disfrutemos de esta magnífica hospitalidad proverbial del pueblo del Líbano, unificados todos por la caridad del Padre que por su Espíritu nos congrega en Cristo el Señor.

Nos hemos reunido bajo el manto maternal de Nuestra

Señora de Harissa, patrona del Líbano. Que sea la augusta Señora nuestra guía maternal en este camino hacia la casa del Padre, que sea Ella, como dice el Papa en el Mensaje que nos dirige, la que nos conduzca a inaugurar el nuevo milenio, la nueva era de la confianza en el hombre, quien sólo en el amor podrá encontrar el sentido de su propia vida y destino.

Una vez más, muchas gracias a la Asamblea de Patriarcas y Obispos católicos del Líbano, muchas gracias a todas las comunidades religiosas de este bendito pueblo y muchas gracias a todo el pueblo del Líbano. Todos los que han venido de lejos a acompañarnos en esta magna celebración, sean cordialmente bienvenidos y "que Dios nuestro Padre y el Señor Jesucristo derramen su gracia y su paz sobre vosotros" (1 Cor 1,3).



Jornada de reflexión sobre los Hospitales Católicos Auditorio de la Universidad Espíritu Santo de Kaslik - Beirut, 9 de febrero 1999

INTERVENCION DE S.E. MONS. JAVIER LOZANO,
PRESIDENTE DEL PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LA SALUD

Aportes para la identidad de un hospital católico

Es de primera importancia para el Dicasterio para la Pastoral de la Salud trabajar con los hospitales católicos. Hemos publicado anteriormente un INDICE de centros de salud católicos en el mundo, llegando a la enorme cifra de 21,757, pero la pregunta se hace cada vez más acuciante: estos hospitales católicos o centros de salud católicos, ¿son todos ellos de veras católicos? ¿hay algunos más que no estén aquí recensados y sean verdaderamente católicos? ¿cuál deberá ser la acción a realizar con ellos de parte del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud?

A estas y semejantes preguntas se facilita que se respondan después de haber aclarado el concepto de católico que se le pueda dar a un centro de salud, ¿qué entendemos pues por centro de salud, hospital, católico?

Primero decimos que aquí nos interesan propiamente los hospitales católicos, pero no sólo, también los centros de salud menores como dispensarios y clínicas que no se puedan llamar propiamente hospitales. En adelante hablaremos del hospital católico en general, y bajo esta acepción queremos entender cualquier centro de salud, de las dimensiones que éste sea, para no repetir siempre las distinciones entre unos y otros, en la inteligencia de que no todo lo que se diga a propósito de las condiciones de uno u otro centro se podrán siempre comprender literalmente de todos los centros de salud. Todo se deberá entender en sentido máximo del hospital en sí, y con proporcionalidad de los demás centros de salud.

El acento no lo ponemos en

hospitales, sino en católicos, y nos preguntamos qué se necesita para que un centro del género se pueda realmente decir que sea católico.

Como inicio pondremos dos condiciones para que un centro de salud pueda llamarse católico y son, que acepte el Magisterio de la Iglesia al particular y que sea reconocido como tal por la competente autoridad eclesiástica (Cánones 216, 300 y 312 del *C.I.C.*).

Características de un hospital católico

Massimo Petrini, en su artículo "*Ospedale cattolico*" en el "*Dizionario di teologia pastorale sanitaria*" pone cuatro criterios para que un hospital sea católico: Preferencia por los más pobres, atención a la persona en su globalidad, compromiso de la entera comunidad eclesial, expresión de la comunidad eclesial. El Documento de la consulta nacional de la Conferencia episcopal italiana para la pastoral de la salud, *La pastoral de la salud en la Iglesia italiana*, configura la identidad del hospital católico según estas características: asistencia integral al enfermo, defensa y promoción de la vida naciente, formación cristiana y profesional del personal, presencia profética en las nuevas áreas de la medicina, calidad y eficacia del ministerio del acompañamiento espiritual, salvaguardia del humanismo en su práctica, promoción de una cultura cristiana sanitaria y sana transparencia administrativa¹.

Eduardo Schillebeckx dice que un hospital católico es aquel en el que se ejerce la cari-

dad a través de la medicina organizada².

Mons. José Luis Redrado afirma que un hospital católico es aquel que es competente técnicamente, que está integrado en una red sanitaria con planificación y coordinación adecuada, donde el enfermo es tratado como persona, humana e integralmente, incluida la dimensión religiosa, que está abierto a la sociedad, y que es reconocido por la autoridad eclesiástica como tal. Dice que la Comisión de hospitales de la Iglesia católica en España ha puesto las siguientes notas: atención primordial a la persona enferma, derecho de ésta a su libre decisión, respeto a su intimidad, derecho a morir en paz, derecho a la libertad religiosa, realización plena del personal sanitario, preocupación por los marginados y respeto a la vida humana³.

La Conferencia episcopal de los Estados Unidos de América pone las siguientes características que son las que más seguiremos en este trabajo, a saber: Estar animado por el Evangelio, tener mucho respeto por los pacientes y sus familias, atender en especial a los marginados, promover las investigaciones médicas, promover la colaboración con otros centros de salud que acepten los principios católicos, dar un trato justo y equitativo a sus empleados, someterse a lo mandado por el CIC, especial preparación de sus agentes de pastoral, trabajar en colaboración con las parroquias locales, privilegiar la administración de los sacramentos, en especial la Eucaristía, proveer a la administración del sacramento de la Peniten-

cia, preparar ministros de la comunión, cuidar especialmente de la Unción de los enfermos, y facilitar la recepción del Viático⁴. Tratamos de englobar todas estas características en las reflexiones que a continuación presentamos.

I. ECLESIALIDAD DE UN HOSPITAL CATOLICO

1. Elementos básicos

De todo lo anterior podemos concluir que para que un hospital se pueda llamar católico, lo primero que se necesita es que su motivación primaria sea la de desarrollar en su institución el ejercicio de la caridad cristiana para con los enfermos. Esto es, en cualquier hospital encontramos tres elementos indispensables, a saber, *1) el servicio a los enfermos, 2) las relaciones institucionalizadas al respecto entre quienes prestan estos servicios y los mismos enfermos, y entre estas relaciones, como algo muy especial, 3) la dirección del mismo hospital*; ahora bien, cuando estos tres elementos, a saber: servicios, relaciones institucionales y dirección, se basan en una concepción cristiana, esto es, en el Mensaje evangélico, en la caridad cristiana, entonces encontramos un hospital que se pueda llamar cristiano, y si es el Mensaje evangélico, la caridad cristiana, tal como se practica, se vive y se enseña en la Iglesia católica, entonces, tendremos un hospital católico⁵.

2. Misión eclesial y hospital católico

De hecho, el hospital católico funda su identidad en la misión recibida de Cristo en la Iglesia de curar a los enfermos (Lc 9,1-2). Esta misión la Iglesia la ha llevado a cabo en la historia de diversas maneras, según las circunstancias diversas que se van presentando y los lugares en los que actúa. Al principio era casi un servicio exclusivo y privativo de la Iglesia, andando el tiempo, la misma Iglesia contribuyó a que dicho servicio se entendiera como algo que se debía por justicia a los ciudadanos y de hecho, ya en muchos países ha

sido tomado como tal por los diversos Estados. La Iglesia se regocija de que haya sido desde la caridad que el mundo actual en varios países haya comprendido estos deberes como de justicia, ya que la caridad no anula la justicia, sino que la presupone. Desde esta práctica eclesial se empezaron a entender estas prestaciones institucionales de salud por parte de muchos Estados, como una humanización del enfermo⁶.

3. El Espíritu Santo y el hospital católico

Sin embargo, debemos recordar que la Iglesia fundó y funda aún los hospitales, no sólo como una mera humanización del enfermo, sino por caridad hacia él. La Iglesia se motivó en el pasado y se motiva en el presente a prestar este servicio a los enfermos por el Amor a Dios que es infundido en ella por el Espíritu Santo. Por supuesto que este Amor a Dios lleva consigo el amor al prójimo, pero sólo en segundo lugar, en primer lugar está siempre el Amor a Dios, el mismo Espíritu Santo. Es el Espíritu Santo el que inspiró a la Iglesia en el pasado e inspira en el presente el que funde y mantenga hospitales. Los lleva a cabo por caridad y justicia, pues la caridad envuelve e implica la justicia, pero la supera⁷.

4. Llamada eclesial y hospital católico

Profundizando lo anterior, encontramos que esta acción de caridad se centra en la misma esencia de la Iglesia. En efecto, su motivación se inscribe dentro de la misma llamada eclesial que congrega a la Iglesia y la hace ser tal. El Espíritu Santo hace entender a la Iglesia que Cristo se encuentra en especial en los enfermos, y entre ellos, entre los más pobres y desprotegidos, y llama a la comunidad eclesial a extender su radio de acción y acrecentar sus lazos comunitarios con estos mismos enfermos, de manera que la misión eclesial se realice especialmente entre estos pobres a los que así llega fuertemente la palabra de Dios que los congrega y los salva, dán-

doles la salud integral que es salud de cuerpo y alma, que engloba a toda la persona. La Palabra de Dios que congrega es lo esencial en la Iglesia. Así la fundación y mantenimiento de hospitales cae dentro de la constitución de la Iglesia, y dentro de su constitución permanente, en especial entendiéndola desde el sacramento de la Eucaristía, fundamento a su vez de la Iglesia.

5. Obispo, Eucaristía y hospital católico

En efecto, el hospital católico se entiende al comprender la constitución misma de la Iglesia que se realiza en el llamado que la fundamenta; y como este llamado hoy se lleva a cabo en plenitud por el Obispo en la Eucaristía, no es posible comprender un hospital católico sin su conexión con el Obispo y en concreto con la celebración eucarística, pues es allí donde el Espíritu une la acción irreplicable de Cristo de curar a los enfermos con el hoy de la historia, donde los enfermos son curados como signo del advenimiento del Reino de Dios. Obispo, Eucaristía, y hospital se relacionan fundamentalmente. Por esto en la antigüedad junto a la Catedral se encontraba el hospital del Obispo que hace la función de caja de resonancia de la llamada eucarística que el Obispo hace desde su cátedra para convocar continuamente a los hombres de todos los tiempos y entonces hacer la Iglesia⁸.

Así el Obispo como pastor se encuentra en una posición única para animar en los fieles la gran responsabilidad en el ministerio sanante de la Iglesia; como maestro asegura la identidad moral y religiosa de su acción apostólica y como sacerdote, la realiza en el mismo misterio que celebra. De esta manera el Obispo se inserta en la Tradición apostólica del ministerio de curación de los enfermos, es él con su personalidad viva que realiza la sucesión apostólica y hace presente a Cristo, única llamada de salvación, en el enfermo, y constituye el hospital católico⁹.

Las formas y maneras como se lleva a cabo esta Tradición tienen muchas variantes que

fluyen desde el misterio eucarístico hecho actualidad por el Espíritu y sus dones. Entre estos dones descuella ahora lo maravilloso de los adelantos de las ciencias y técnicas médicas y la eficacia de la organización y la administración. La manipulabilidad de la naturaleza humana, dentro de los límites que construyen al hombre y no lo destruyen, es un don que se presenta en la actualidad para resolver tantos problemas que antes ni siquiera se proponían. Es ahora desde estos cauces que se trazan algunas líneas prácticas para poder hablar de un hospital católico en la actualidad.

6. Pastoral Sacramentaria y hospital católico

La primera línea que subrayamos en la constitución de un hospital católico es la línea pastoral. En un hospital católico debe ocupar un lugar muy especial la Eucaristía y por ende la pastoral sacramentaria, alejada de todo ritualismo y en plenitud de potencial evangelizador. El capellán del hospital, como representante del Obispo, debe saber que desde la Eucaristía fluye todo el ser del hospital católico como un efecto de la caridad del Espíritu Santo. Es el amor de Dios gratuito el que funda el hospital católico y su actualización es la Eucaristía. De la Eucaristía fluyen a su vez los demás sacramentos para los enfermos, que son la presencia del Misterio sanante de Dios que llama al enfermo a su salud plena.

7. El capellán del hospital católico

Es obvio que para ser capellán de un hospital católico se necesita la aprobación del propio Obispo, pues el capellán es su representante, y que los demás agentes de pastoral necesitan dicha aprobación y además una preparación del todo especial. El Viático, la Unción de los Enfermos, la Penitencia, el Bautismo y la Confirmación de emergencia, el Matrimonio, exigen una coloración del todo especial como llamadas especiales en la Igle-

sia que se dejan sentir desde el ambiente hospitalario de una manera distinta que en la vida normal parroquial, pero que deben estar siempre en conexión con ésta¹⁰.

8. La Sagrada Escritura

La Sagrada Escritura en este contexto es la explicitación consciente de la llamada que Dios hace en Cristo en el ámbito hospitalario y que se comprende en las circunstancias especiales del paciente por el don del Espíritu Santo. Debe de plantearse como Evangelio, esto es, como la buena noticia de que Dios salva, de que Dios da la salud. Se requiere una catequesis adecuada y personalizada, de acuerdo a las circunstancias en que se encuentren los mismos enfermos. Debe atenderse a la personalidad integral del enfermo con todas sus dimensiones, como persona física, psíquica, social, espiritual y trascendente, creada a imagen de Dios, redimida por Cristo y llamada a la eternidad. Así se hace la Iglesia en el hospital y desde el hospital.

II. RASGOS PROMINENTES DEL HOSPITAL CATOLICO

Desde esta dignidad del enfermo, como hijo privilegiado de Dios, tratamos de enunciar algunos rasgos del hospital católico según los siguientes rasgos: Humanismo, Preparación, Vida naciente, Etapa terminal de la vida, Economía, Cooperación con otros hospitales.



1. Humanismo

Como una primera exigencia de la caridad hacia el enfermo se exige que los agentes de salud, capellanes, médicos, enfermeros y enfermeras, farmacéuticos, demás personal paramédico, y administradores de hospital, traten al enfermo como persona humana, y con una especial atención dada su condición de enfermo. Para contrarrestar la despersonalización a la que con frecuencia se asiste en el ramo de la salud pública, se exige de una manera especial de parte de la Iglesia que se conduzca con el enfermo de la manera más personalista posible. Los agentes de la salud deben de personalizar su trato con el enfermo. Jamás considerarlo como un número más, o un caso más. Es una persona que entraña especiales problemas que se agravan mucho más que en la vida sana, precisamente debido a la enfermedad y al ambiente extraño y tantas veces hostil que se encuentra. La caridad que es la que motiva la acción hospitalaria, debe hacer que haya una empatía total con el enfermo, de manera que se ejerza el ministerio de la compasión en sentido literal, padecer con el enfermo, identificarse con él, no para dejarse vencer por su propia enfermedad, sino para sacarlo de la misma. El ejemplo del Buen Samaritano es el modelo según el cual debe actuarse. El trato que el agente de salud le da al enfermo es la llamada que Dios le hace a esta persona en la situación dolorosa en la que se encuentra. El agente de salud ejerce un verdadero ministerio, pues es el servicio de hacer patente para esta persona en particular la llamada llena de afecto del Señor que lo acoge en la comunidad, que lo hace Iglesia, dentro de la familia del hospital.

Debido a esta llamada que se recibe y se acoge, la medicina no se agota en su presentación científica y técnica, no se deshumaniza, sino que atiende a la persona como tal; da preferencia a los más necesitados y ofrece una visión de totalidad no limitándose a los cuidados físicos que impone la enfermedad, sino englobándolos en sus dimensiones psicológicas, espirituales y religiosas, dando una

visión amplia que dé el sentido cristiano del sufrimiento y de la cultura de la vida, y que reúna a todos los agentes de salud en una unidad de la que participan sacerdotes, religiosos y laicos, cada quien desde su función distinta, pero participando en la misma misión esencial de construir la Iglesia llamando a cada uno de los enfermos en su personalidad más profunda. Esta misión se lleva a cabo también con los familiares del enfermo garantizando así en su totalidad un clima en el que los enfermos se sientan aceptados y tutelados sus derechos¹¹.

Un derecho muy importante es el derecho del enfermo a ser informado tanto acerca de su enfermedad como a propósito del tratamiento que se le deba impartir, pues se debe recabar su consentimiento en el caso de que esté consciente y sea capaz de darlo; de lo contrario será un derecho que ejerzan sus familiares en la manera más adecuada. Se ayudará así a crear una auténtica cultura sanitaria, de manera que se viva de la mejor manera esta forma de existencia que es la existencia humana enferma en el ámbito hospitalario. La suficiente información debe llevar consigo no solamente la información médica, sino también la moral; el paciente debe tener conciencia de su obligación de proteger su integridad corporal y funcional¹².

El trasplante de órganos no debe nunca dañar substancialmente al donador y jamás hacerse por motivos económicos. El paciente debe saber que no debe ser sujeto de experimentos médicos o genéticos; en el caso de que se trate de experimentos terapéuticos, no debe admitirlos a no ser que medie una razón proporcionalmente grave y se tenga positiva probabilidad de éxito; no está obligado a someterse a cuidados que no provean un razonable éxito, o que impongan riesgos desproporcionados o gastos excesivos para él, su familia o la comunidad; se debe siempre respetar su privacidad y se deben reportar todos los casos de abuso¹³.

En todo hospital católico debe existir un Comité de Ética en el que se puedan discutir los problemas pertinentes, que capacite al hospital a estar cristianamente presente en los con-

flictos más álgidos de la medicina, y facilite el andamiento de las relaciones entre todo el personal sanitario, tanto entre sí como con los enfermos¹⁴.

2. Preparación

La caridad, motivación principal de un hospital católico, exige que los servicios que se presten allí sean los mejores y de la mayor competencia posible. Por tanto, se exige una preparación de los agentes de la salud de manera que sean competentes en el pleno sentido de la palabra. El ministerio de la salud va a ejercerse teniendo como instrumento las ciencias y técnicas médicas. Por lo tanto se necesita dominarlas absolutamente. Por ello la preparación debe ser constante, en especial de parte de los médicos y enfermeros. La excelencia profesional es un requisito que debe de estar conexo con el hospital católico. Ya que como decíamos, el ministerio de la curación debe encontrar un cauce adecuado. Por tanto es necesaria la formación permanente, ya que hoy en día las ciencias, y en especial las ciencias y técnicas médicas van siempre en creciente progreso debido a los incesantes estudios, investigaciones y descubrimientos¹⁵.

3. Vida naciente

En un hospital católico se debe por su misma naturaleza dar testimonio práctico de la vida. Es un instrumento fundamental para instaurar la cultura de la vida desde sus mismos comien-



zos. Su principio fundamental es que la vida es un don de Dios. El hombre recibe la vida de Dios, él no es más que un administrador que debe dar la vida a la manera como Dios ha determinado que se dé. Dios ha querido que la vida se transmita en el acto intenso de amor que significa la unión de una pareja en el matrimonio único e indisoluble, por tanto, la vida debe transmitirse únicamente dentro de este acto peculiar de amor. Toda transmisión o lo que esté conectado con la transmisión de la vida que adverte a este principio, será ajeno al hospital católico. Siguiendo con nuestro hilo conductor, de que los Agentes de salud en el hospital católico realizan en él la llamada que convoca, que hace la Iglesia, siendo esta convocación para la vida, es obvio que cualquier práctica de muerte contradiga absolutamente la misión del hospital católico.

Consecuentemente en un hospital católico no debe permitirse separar en el acto matrimonial su aspecto unitivo del procreativo; no debe permitirse la fecundación in vitro, la destrucción de embriones o su deliberada producción en número que no puedan implantarse lícitamente; no se debe permitir la fecundación heteróloga; y en cuanto a la homóloga sólo en el caso de necesidad y cuando no se separa de la procreación en el mismo acto marital; no se debe permitir la clonación humana; ni el alquiler de placentas; en el tratamiento de infertilidad se deben exponer a la pareja otras formas de remediar su problema, v.g., con la adopción; en los tratamientos prenatales y obstétricos se debe respetar al máximo la vida de los que están por nacer; la diagnosis prenatal es permitida desde un punto de vista terapéutico y siempre que no vaya dirigida a cualquier procedimiento abortivo; los experimentos genéticos no son permitidos a no ser que revistan carácter terapéutico reconocido y sean proporcionalmente adecuados a los resultados positivos que se prevean obtener; es evidente que no se aceptan prácticas anticonceptivas ni la esterilización directamente querida y procurada; y la consulta genética se acepta en tanto se dirija a promover la paternidad responsable¹⁶.

Enunciamos sólo algunos de los puntos más importantes que por ahora se avizoran en el campo de la vida que nace, aunque somos conscientes de que siendo uno de los puntos en los que más avances se van teniendo el día de hoy, las cuestiones morales que se suscitan cada vez son más amplias, de manera que se vaya imponiendo al respecto que se constituyan Comités de Bioética en cada hospital católico, o al menos en cada grupo afín de los mismos, para poder ayudarles en las problemáticas tan difíciles que cada día se le proponen en el campo de la Biogenética.

4. Vida en la etapa terminal

En especial, un hospital católico debe de atender a la vida en su etapa terminal. Aunque estrictamente hablando no se habla de la vida en su etapa terminal, pues se trata sólo de la etapa última de su realización en esta tierra.

El hospital católico debe dar un testimonio muy fuerte de la resurrección. La manera cómo deba conducirse en esta etapa va marcada por la virtud de la esperanza. Debe hacer fuertemente conscientes a los pacientes terminales y a su familia de la realidad fundamental y decisiva de la resurrección. Es la razón de ser de un hospital católico, de lo contrario su característica sería la desilusión y la frustración. Un hospital católico es un lugar de vida y no de muerte, la muerte física es sólo un término vital de un período de la existencia. Es el día de la recompensa, el día de la plenitud. Es desde este clima de fe que se lleva a cabo el hospital católico y se distingue fuertemente de otros centros de salud no católicos en los que se palia u oculta la muerte lo más que se puede.

En el hospital católico la muerte no se oculta, se muestra, pero no como una derrota, sino como la culminación de todas las etapas de la vida terrena, como decíamos, como la maduración de la existencia terrena, como el inicio de algo que está por venir: "Dios ha preparado para los que lo aman cosas que nadie ha visto ni oído, y ni siquiera pensado" (I

Cor 2,9). No debe pues presentarse el hospital como un término de tristeza, sino como un inicio lleno de alegría. En el mundo secularista en el que nos encontramos, es éste el testimonio que debe de dar un vuelco de 180 grados a la vida misma del hospital. La salud es proporcionada a la etapa de la vida en que se vaya en la existencia terrena y ésta culmina en la misma muerte, que de acuerdo a la fe de la Iglesia y a la llamada eclesial que se hace en el hospital por la misma Iglesia, afirma que, "la vida se cambia, no se quita, y diluida la mansión terrena se construye una habitación eterna en el cielo" (Prefacio de difuntos), por eso para el hospital católico no hay propiamente muertos, sino "difuntos", esto es, que de acuerdo a la etimología de la palabra "defungere", han terminado de desempeñar su función en el mundo.

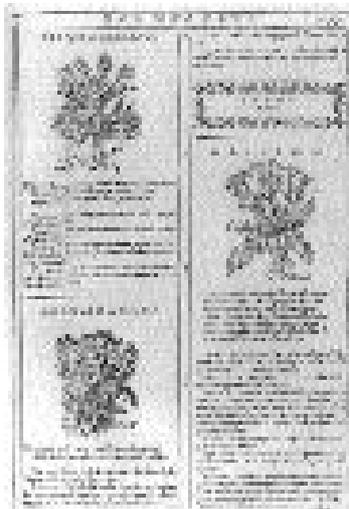
Consecuentemente el hospital católico debe proteger la vida en su fase terminal terrena, por tanto, debe preparar al paciente para su defunción dándole el soporte espiritual necesario; debe usar los medios proporcionados para prolongarle la vida para que termine de desempeñar su función cuando esto sea necesario; estos medios son los medios que ofrecen una razonable esperanza de beneficio y así exigen que no impongan una carga excesiva al paciente o signifiquen un gasto excesivo a la familia o a la comunidad. Por tanto hay una presunción a favor de la continua hidratación y nutrición; la eutanasia siempre debe prohibirse; es cierto que deben

mantenerse los pacientes en cuanto cabe libres de dolor y conscientes; por supuesto que tienen derecho de conocer su estado grave y la inminencia de su defunción, para que terminen de llevar a cabo su cometido en esta vida. La determinación de la muerte la hace la competente autoridad médica desde la conjunción de los signos respiratorios, cardíacos y cerebrales. Dentro de la misma misión que a cada quien le compete, se alienta la donación de órganos o tejidos después de la muerte; en el caso de la muerte de infantes, sólo se podrá proceder con el consentimiento de sus padres o tutores; en un hospital católico nunca se deberán usar los tejidos de un aborto en sentido estricto, esto es, directa y voluntariamente procurado¹⁷.

5. Economía

En algunas partes encontramos que el hospital católico es afectado por dos fuerzas contrarias, la primera es la disminución del número de religiosos, a la vez que el crecimiento del sentido de responsabilidad laical para el trabajo en la Iglesia. La segunda es el cambio dramático en el pago a los proveedores de salud, tanto por el Gobierno como por las compañías de seguros. El resultado ha sido que varios hospitales poseídos anteriormente por algún Instituto religioso se han conjuntado para hacer más eficientes sus procesos de compras y dirección. Más aún, estos sistemas e Institutos individuales han empezado a ser dirigidos por laicos, hombres y mujeres y se da el caso frecuente de que los mismos Institutos religiosos se han unido para patrocinar un mismo centro de salud o varios y ha acontecido que han transferido su responsabilidad a una persona jurídica distinta de los mismos configurando de lleno una dirección laical.

Otro movimiento significativo ha sido más de naturaleza filosófica: la meta más importante del hospital no es más la curación de la enfermedad, sino que se ha ensanchado para incluir el mantenimiento de la salud, tanto individual como colectivamente. La meta es una persona y una sociedad saluda-



bles. De aquí surgen nuevos retos a la pastoral de la salud que exigen fortalecer la identidad del ministerio, su dirección, sus estructuras, su comprensión y el cometido del cuidado de la salud como un bien social o público.

La identidad de los agentes de pastoral de la salud se complica cuando se tiene que trabajar con el Gobierno o con agentes de grandes negocios y se entra en el campo de la oferta y la demanda. Por otra parte, los laicos que ahora empiezan a dirigir estas organizaciones que antes eran religiosas no han sido nutridos en los valores tradicionales de la fe católica y ahora no basta con darles sólo algunas directivas. Se necesita una vida identificada con Cristo sanante y desde aquí delinear la identidad católica nueva¹⁸.

Como vemos, emerge aquí de una manera especial el problema económico. Este es un punto importante que debe distinguir un hospital católico. Aun dentro de la problemática enunciada debemos decir que un hospital católico no es un hospital constituido en "negocio". Esto es, no es un hospital en el que el criterio último de su funcionamiento sea el ganar más dinero, sacar todas las ventajas posibles. Por esto, un hospital católico no puede ser una empresa que se lleve a cabo constituyéndola económicamente a base de acciones. Una empresa a base de acciones es una empresa diseñada para obtener la mayor ganancia, misma que hay que repartir entre los accionistas.

Esto no quiere decir por otra parte que un hospital católico deba ser un hospital gratuito¹⁹; más bien se debe diseñar un hospital en el que la norma sea **la comunicación cristiana de bienes**. Esto es, el paciente comunica con el hospital de sus propios bienes y el hospital comunica con el paciente de sus propios bienes. Cada quien lo hace en la medida de sus posibilidades. Un paciente que tenga capacidad económica, lo hará cubriendo todos los gastos que se ocasionen en el hospital por todos los conceptos; un paciente con menos recursos lo hará de acuerdo a la posibilidad que le permiten sus menguados recursos. Más aun, los pacientes que tengan recursos abun-

dantes, serán exhortados a dar un poco más de su dinero para beneficio de aquellos que no puedan cubrir incluso los gastos indispensables del mismo hospital.

Cuando un hospital católico está subvencionado por el Estado, entonces la carga económica no pesa sobre el mismo hospital, sino que se gestiona de acuerdo a las leyes sanitarias al respecto. En este caso, la comunicación cristiana de bienes será el espíritu que prive en las relaciones paciente/hospital, pues en todo caso, las cuotas pagadas al Estado por el derecho-habiente, son la comunicación de bienes al mismo hospital de parte del paciente, y el hospital, lejos de una actitud burocrática fría e irresponsable, actúa dentro del espíritu de la comunicación cristiana de bienes, dando de su parte toda la atención requerida con espíritu de amor y de servicio al paciente, y no sólo para obtener la mayor ganancia de parte de la subvención estatal. Debe de atender especialmente a que no se llegue a una despersonalización del paciente al que se trate sólo como un número más, sino que se llegue a él con toda la personalización posible, como ya hemos dicho; debe atender también a evitar la corrupción: a que los servicios que se brinden sean los mejores y no se dejen guiar por la mayor ganancia en la adquisición de los mismos de parte de los proveedores, sino en su mayor excelencia. Esto vale tanto de los medicamentos, como de los aparatos médicos, como de todo el conjunto de servicios que se prestan en el hospital.



6. Cooperación

El campo de la medicina cada día se extiende más y así el cuidado de la salud. Las instituciones que se dedican a la misma cada vez más experimentan la necesidad de estar interrelacionadas; en especial cuando se trata de entrar en una red nacional o a veces internacional de prestadores de servicios de la salud. Es en estas circunstancias cuando se presenta el problema de la cooperación de un hospital católico con hospitales o centros de salud no católicos; hay ocasiones en las que esta cooperación aparece como necesaria, otras veces como útil o al menos conveniente.

Para la cooperación de un hospital católico o un centro de salud del género con otros hospitales no católicos, muchas veces se presenta el problema de la cooperación en el ramo moral. Hay centros de salud cuyas prácticas no son compatibles con la posición de la Iglesia al respecto, en especial frente a la vida en sus etapas iniciales y terminales. Para responder a estas necesidades de cooperación vale lo que la doctrina católica afirma con relación a la cooperación a una acción moralmente inconveniente.

En primer lugar hay que excluir cualquier escándalo. Incluso cuando no se trata de cooperar a una acción intrínsecamente mala, sino aparentemente mala, aunque en sí sea aceptable, si de esta cooperación se sigue escándalo grave, no es lícita la cooperación.

Después debemos dejar asentado que cualquier hospital o centro de salud católico no debe cooperar a ninguna acción moralmente inaceptable. Cualquier cooperación formal a esta acción hace a la institución católica culpable de la misma acción reproducible a la que coopera.

En el caso de que se vea obligado a cooperar, habría que hacer que la cooperación se torne material y no formal y según las normas de la posibilidad de una cooperación material que explicita la Moral católica. Que sea absolutamente necesaria la cooperación, que haya una causa proporcionalmente grave para cooperar, que se excluya cualquier intención reproducible, etc²⁰.

A manera de conclusión podemos decir que el hospital católico forma parte de la misma Iglesia, y como tal se engloba en la llamada por la cual Cristo funda a su Iglesia. Su identidad más profunda radica en esta llamada con la que Cristo lo constituye. Es una llamada a la salud, una llamada a la vida, si bien es cierto, por el camino difícil de la cruz, pero que no nubla la meta que es la resurrección. El curar a los enfermos es un signo del Reino de Dios, pues es un preámbulo de la vida en abundancia que constituye la felicidad que Cristo nos da, y que así nos sirve para comprender y responder a esa llamada por la cual somos constituidos como Iglesia.

Esperamos que esta eclesialidad reflejada en el conjunto de rasgos que nos aproximan al hospital católico ayuden para vivir y profundizar más eficazmente en lo que se requiere para un verdadero hospital católico.

Notas

¹ Cf. "Camillianum", *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Edizioni Camilliani, 800-804

² Cf. *El trabajo sanitario y el Catolicismo*, en, *El hospital católico*, Labor hospitalaria (188/XV), 105-110.

³ Cf. *Palabras de Bienvenida*, en La-

bor hospitalaria, *ibid.*, 70-71

⁴ Cf. NCCB, *Ethical and religious directives for catholic healthcare services*, en *Medicina e Morale*, 1996/2, 340-384

⁵ Cf. SETIÉN JOSÉ MARIA, *Dimensión eclesiológica y principio de subsidiariedad que subyace*, en, *El hospital católico*, Labor hospitalaria (188/XV)1983, 93

⁶ Cf. PETRINI MASSIMO, *Ospedale cattolico*, en "Camillianum" *Dizionario di Teologia pastorale sanitaria*, Edizione Camilliane, 800-801.

⁷ Cf. E. SCHILLEBECKX, *El trabajo sanitario y el Catolicismo*, en *El hospital católico*, en Labor hospitalaria (188/XV), 105-110

⁸ Cf. PETRINI MASSIMO, *Ospedale cattolico...*

⁹ La Conferencia episcopal de los Estados Unidos de América en su documento "*Ethical and religious directives for catholic health care services*" (*Medicina e morale* 1996/2 340-384) especifica los tres ministerios del Obispo en el hospital de una manera clara. Dice que el Obispo como pastor se encuentra en una posición única para animar en los fieles la gran responsabilidad en el ministerio sanante de la Iglesia. Como maestro asegura la identidad moral y religiosa de este ministerio. Como sacerdote provee al cuidado de los enfermos. Estas responsabilidades, dicen los Obispos, requieren de una progresiva comunicación entre el Obispo y los agentes de la salud, especialmente ahora que asistimos a un cambio tan grande en el campo de la medicina, ofreciendo una enseñanza autorizada en los campos morales y pastorales, proveyendo así de guía y de dirección, aunque no tenga respuesta a todos los dilemas que se le presenten...

¹⁰ La Conferencia episcopal de Estados Unidos dice a este respecto cómo un hospital católico debe trabajar en colaboración con las parroquias locales, debe privilegiar la administración de los sacramentos, en especial de la Eucaristía, debe proveer a la administración del sacramento de la Penitencia, se deben preparar ministros de la comunión de acuerdo a las prescripciones de la Iglesia, dicen que se debe tener un especial cuidado en la administración

de la Unción de los Enfermos y cómo todos los católicos tienen derecho a recibir el S. Viático cuando las circunstancias lo requieran; cómo se deba proveer lo referente al Bautismo de emergencia y cómo en ese caso deba administrarse por el sacerdote el sacramento de la Confirmación. (*Ethical and religious...*340-384).

¹¹ MASSIMO PETRINI, en el lugar citado menciona la posición del P. Gemelli hacia este respecto, y cómo aquí él encuentre una de las características más fuertes del hospital católico.

¹² La *Carta de los Agentes Sanitarios*, del Pontificio Consejo para la pastoral de los Agentes de la Salud, es muy explícita en abundar en estos derechos, especialmente en el momento de la muerte del paciente, (cf *Carta de los Agentes Sanitarios...* CD. Del Vaticano 1995, pp. 107-109. Cf también NCCB, *Ethical...*, 340-384.

¹³ *Carta de los Agentes...*66-73

¹⁴ Cf Comisión de hospitales de la Iglesia católica, *Configuración del hospital católico*, en Labor hospitalaria (188/XV)1983, 72-77

¹⁵ Cf NCCB, Lc.

¹⁶ Para un desarrollo de todo lo aquí tratado, cf *Carta de los Agentes de la salud...*pp. 23-48, y NCCB, l.c.

¹⁷ La citada *Carta de los Agentes de la Salud*, dedica toda su tercera parte a este punto bajo el rubro *Morir*, cf. pp. 95-124. Los Obispos de Estados Unidos de América también consideran este punto, cf NCCB, Lc.

¹⁸ Cf MICHAEL PLACE, *Report of the catholic health association of the United States*, Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, Simposium de sept. 25-26 de 1998.

¹⁹ Así Schillebeckx habla de la necesidad de practicar la justicia retributiva con todos los que trabajan en un hospital católico, en *El hospital católico...*l.c.. En este mismo sentido se pronuncia la Comisión de hospitales de la Iglesia católica, cf. Labor hospitalaria, *Configuración del hospital católico...* 72-77

²⁰ Así dicen los Obispos de la Conferencia Episcopal de Estados Unidos de América, en la declaración citada, *Ethical and religious directives...*, l.c.



Ética y administración de un hospital católico

Esquema

- 1) Medir los costos, respetar la justicia y reconsiderar la calidad de la vida.
- 2) El respeto de la persona y el valor de la vida humana.
- 3) El papel del manager católico y leadership.
- 4) Búsqueda de líneas-guía.

Introducción

En las distintas competencias representadas alrededor de esta mesa se puede ver la complejidad de los problemas que subsisten en todo el mundo de la salud.

Para mi breve intervención deseo someter a la atención de los ilustres profesionales presentes que cuando se habla del tema de la sanidad quizás es necesario cerrar la fase de los análisis detallados.

Ya conocemos todo acerca de los costos de la sanidad, de su impacto en el Welfare, de las dificultades de los ciudadanos de todo el mundo. Ahora bien, es necesario tener una visión de conjunto y diseñar estrategias locales para pasar de las teorías analíticas abstractas a las realizaciones concretas que mejoren la sanidad en favor de las personas enfermas.

Según mi modo de ver, el binomio salud y sanidad representa de manera clara el nexo entre las necesidades concretas de la persona enferma y los problemas estructurales de los sistemas sanitarios.

En efecto, en todas nuestras reflexiones no deben faltar la referencia sustancial a la necesidad de salud que pone las bases e invoca el recurso a las estructuras y al sistema sanitario.

De todas partes se afirma que el servicio sanitario, y no sólo en los países industrializados, ha comenzado a confrontarse con los diferentes sistemas económicos sociales existentes. En particular, en vista de la contención de los costos y con la intención

de incrementar la eficiencia del Estado, nos encontramos en la situación de tener que replantear toda la organización sanitaria.

Del Norte al Sur de la Tierra corre una sola palabra de orden: 'Racionalización del gasto social'. Esto quiere decir, cambio radical de la gestión administrativa, de la organización y erogación de los servicios, de la distribución de los recursos humanos y financieros.

De aquí nacen algunos problemas que deseo someter rápidamente a vuestra consideración:

– *Repensar la calidad de la vida, medir los costos, respetar la justicia.*

– *Garantizar la accesibilidad de los servicios a todos los ciudadanos: la información.*

1. Medir los costos y respetar la justicia

No les parezca excesivo en este encuentro, recordar la enseñanza del Papa Juan Pablo II en materia económica.

En la encíclica *Centesimus Annus* del 1991, el Santo Padre reafirma la importancia de la internacionalidad en la economía de mercado. Mediante el acceso al mercado internacional es posible permitir el desarrollo a todas las economías nacionales, sobre todo valorizando los recursos humanos al lado de aquellos naturales.

El Papa no ve como contrario a la enseñanza tradicional de la Iglesia, que el libre mercado sea reconocido como el instrumento más eficaz para colocar los recursos y responder de manera eficaz a las necesidades. Relacionando dicho pensamiento a nuestras problemáticas, reconocemos que la entrada del mercado en la sanidad puede constituir una ayuda válida para evitar despilfarros y para dirigir mejor el gasto. Pero justamente con respecto a la sanidad hay que hacer un discurso complementario para unir las exigencias de

control del gasto con el respeto de las necesidades de todas las personas enfermas.

En efecto, el Santo Padre distingue el papel del libre mercado con respecto a las diferentes áreas de las necesidades y dice: «Sin embargo, esto vale sólo para aquellas necesidades que son 'solventables', con poder adquisitivo, y para aquellos recursos que son 'vendibles', esto es, capaces de alcanzar un precio conveniente. Pero existen numerosas necesidades humanas que no tienen salida en el mercado. Es un estricto deber de justicia y de verdad impedir que queden sin satisfacer las necesidades humanas fundamentales y que perezcan los hombres oprimidos por ellas» (CA 34).

La necesidad de salud, que se configura en ciertas Constituciones incluso como un ambiguo derecho a la salud, es obviamente una necesidad que no puede ser monetizada. Por esta razón es hora de que se distinga el costo real de los servicios del plus-valor de la asistencia al enfermo, que debería ser valorada en términos de calidad global y – por qué no – incluso "pagada como añadidura".

La empresa sanitaria, en efecto, no puede reducirse a una simple empresa que se basa en el beneficio, aunque el beneficio indique el buen rendimiento de una empresa sanitaria.

En el caso específico, el Papa nos sugiere que el provecho no puede ser el único índice para medir la eficiencia de una empresa: «Finalidad de la empresa, no es simplemente la producción de beneficios, sino más bien la existencia misma de la empresa como *comunidad de hombres* que, de diversas maneras, buscan la satisfacción de sus necesidades fundamentales y constituyen un grupo particular al servicio de la sociedad entera» (CA 35).

En otros términos, la contabilización de los costos debe incluir el costo de aquel bien incommensurable que es la dedica-

ción de los profesionales que, repito, debe ser pagada como un servicio de calidad que no sería tal sin la entrega de los agentes sanitarios.

En todos los países del mundo, los problemas sanitarios han puesto al centro el problema de la medición de la calidad de la vida.

En efecto, para los economistas, también el gasto sanitario debe adecuarse a los criterios de eficiencia/eficacia típicos del sistema productivo industrial.

Esto presupone que existan hombres cuya vida valga más y otros cuya vida tenga menos valor y por tanto personas de corazón y otras no.

Para los cristianos esto es inaceptable, justamente porque para nosotros el fundamento de la ética consiste en considerar igualmente importantes a todos los seres humanos cuya vida e intereses deben ser tratados de manera equitativa, sin distinción alguna. Pensemos en las desastrosas consecuencias a las que iríamos a parar si considerásemos, como lo propone cierto legislador, menos importante la calidad de la vida de un anciano o de un minusválido psíquico, o redujésemos al utilitarismo los criterios para proporcionar ayudas a los pueblos en vías de desarrollo.

No es posible que por simples razones económicas se excluyan de los criterios de decisión aquellos referentes al:

- valor de la vida
- al principio de la equidad en los cuidados
- al respeto de los derechos civiles

Tratando de aplicar a la sanidad el concepto de A. Sen de calidad de la vida, podemos mencionar aquí la complejidad de conceptos que este agudo economista, de origen hindú, pone en juego cuando habla de la atención que el gobierno colectivo debería dar justamente al nivel de bienestar y calidad de vida a la que aspiran los ciudadanos.

Tratando de entender a fondo las razones por las que una persona puede estar satisfecha de su propio estado, A. Sen afirma: «Existen muchas formas fundamentalmente diferentes de considerar la calidad de la vida y cierto número de ellas posee una plausibilidad inmediata. Se podría ser ricos sin estar bien. Se podría estar bien sin tener la po-

sibilidad de llevar una vida como deseáramos. Se podría tener la vida que se había deseado sin ser felices. Se podría ser felices sin tener mucha libertad. Se podría tener mucha libertad sin tener mucho y así en adelante» (A. Sen, *Il tenore di vita tra benessere e libertà* – Venecia, 1993).

Vemos que desde esta perspectiva podemos oponer al utilitarismo ingenuo una concepción muy problemática. En ésta, la autodeterminación individual que pasa a través del juego de las “preferencias”, se convierte en un recorrido lleno de obstáculos. Dicho recorrido se vuelve un hecho cultural complejo con el que pueden interferir toda una serie de condiciones “inhabilitantes” que a menudo se pueden superar sólo de manera parcial (se piense en la enfermedad, en la discapacidad física y mental, en la vejez).

A la consoladora perspectiva utilitarista, según la cual el hombre es tal cual es, se le opone una idea inquietante: “El hombre es lo que le es permitido ser”.

El problema éticamente importante de la justicia social tal como interesa a la bioética, no es sólo de asegurar a todos los recursos suficientes para satisfacer sus preferencias y aspiraciones, sino más bien *asegurar a todos la oportunidad para que desarrollen sus propias aspiraciones y capacidades*.

El recurso realmente escaso es lo que podríamos definirlo como “las oportunidades de desarrollo humano”; es la falta de respeto del desarrollo del hombre la que crea las condiciones materiales para la injusticia.

La injusticia de quien sufre la privación de bienes o de salud no constituye para la bioética una razón para ser privado de los cuidados necesarios para captar la propia “oportunidad” de vivir.

Al parecer, no es de gran ayuda el indicador de desarrollo humano elaborado por el programa para el desarrollo de la ONU (Undp), porque los valores que considera no son suficientes para garantizar el respeto de la persona humana en las diferentes situaciones existenciales y condiciones de vida.

Para la ONU el desarrollo de una población es el resultado de la valoración de cuatro factores: producto interno bruto pro-capite, tasa de alfabetización, esco-

larización secundaria, esperanza de vida.

El término “esperanza de vida” no es sinónimo de calidad de vida, sino tiende a introducir una cierta dependencia material/mensurable entre la espera de vida, las condiciones de salud y la dependencia permanente de ayudas externas. En esta perspectiva resultaría un peso mantener a aquellas personas inhábiles que por varias razones no son capaces de producir una renta.

Desde el punto de vista personalista, el cuidado global de la persona humana no reconoce como valor la parcialidad del cálculo económico que se basa en el análisis de la relación costo/eficacia y propone la recuperación del papel del investigador biomédico, del médico y del enfermero como defensores de la vida y garantes de los derechos de cada persona humana.

2. El respeto de la persona y el valor de la vida humana

Persiguiendo un cierto perfil histórico, quisiera recordar la gran lección del Concilio Ecueménico Vaticano II que, en la Constitución Pastoral sobre la Iglesia en el mundo contemporáneo *Gaudium et spes*, delineó un gran cuadro que sirviera como referencia para la vida del creyente empeñado en el mundo.

Debemos retornar siempre a esa enseñanza si queremos actualizar la doctrina de la Iglesia con relación al respeto de la persona humana y a la correlación entre amor humano y dignidad de la vida (cf. *GS* 51).

Recordemos al respecto este pasaje: «Todo lo que atenta contra la vida – homicidios de cualquier clase, genocidios, aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado –; cuanto viola la integridad de la persona humana como, por ejemplo, las mutilaciones, las torturas morales o físicas, los conatos sistemáticos para dominar la mente ajena; cuanto ofende a la dignidad humana, como son las condiciones infrahumanas de vida, las detenciones arbitrarias, las deportaciones, la esclavitud, la prostitución, la trata de blancas y de jóvenes; o las condiciones laborales degradantes, que reducen al operario al rango de mero ins-

trumento de lucro, sin respeto a la libertad y a la responsabilidad de la persona humana: todas estas prácticas y otras parecidas son en sí mismas infamantes, degradan la civilización humanizada, deshonran más a sus autores que a sus víctimas y son totalmente contrarias al honor debido al Creador» (GS 27).

Pero en el contexto más reciente de la globalización de los mercados europeos y mundiales, me parece que es de gran interés el llamado con el cual la encíclica *Centesimus annus* relaciona los delitos contra el hombre con el ateísmo. El Papa afirma que la subjetividad social nunca puede ser separada de la subjetividad personal que garantiza la autonomía del individuo frente a las instituciones.

El ateísmo, afirma el Papa, había anulado a la persona reduciendo al hombre a un producto de engranajes sociales (CA 13).

De la ruptura entre Dios y el hombre nace la pérdida del respeto por la dignidad de la vida humana y quizás aquel relativismo ético atacado y rechazado recientemente por la Encíclica *Evangelium vitae*.

De estos fragmentos del Magisterio comparados con el que vivimos todos los días, se nota como el concepto de persona se ha convertido en objeto de contiendas. No obstante las apariencias, dicho concepto, fácil de compartir a primera vista, es interpretado de manera cada vez más reduccionista.

Ciencia y sociedad en convulsa evolución, proyectadas hacia metas cada vez más sorprendentes, que poseen tecnologías eficaces, se descubren extrañas a los lazos de la moral y buscan cohartadas para una más amplia e incontrolada libertad de acción.

En dicha situación de respeto formal por la persona y al mismo tiempo de frenesí libertario, la concepción cristiana de la persona se vuelve un obstáculo justamente por su absolutez por la cual todo 'individuo humano' se vuelve prácticamente 'intangible'.

En la encíclica *Evangelium vitae* se pone en discusión justamente la cultura de muerte que por ser una estructura de pecado 'condiciona' las elecciones para valorar y obrar en la vida humana.

Contrariamente a lo que sucedía antes, este documento de-

nuncia las amenazas contra la vida que provienen tanto de la situación de violencia generadora de homicidios y masacres de los débiles, como de la «inicua distribución de las riquezas». Nunca como ahora el Magisterio ha querido equilibrar la afirmación de los principios ideales recordando las contradicciones prácticas que los creyentes mismos deben tratar de superar.

A la 'miseria' el Papa – como lo hacía Sor Teresa de Calcuta – atribuye una enorme responsabilidad en lo que se refiere al desprecio de la vida. Porque el valor de la vida humana se eclipsa cada vez más según como aumentan los conflictos raciales, las guerras tribales, el escandaloso comercio de armas, la difusión criminal de la droga. Todos son definidos como reales y verdaderos atentados contra la dignidad de la vida.

Este es el texto del Papa en su aguda lógica: «¿Cómo se ha podido llegar a una situación semejante? Se deben tomar en consideración múltiples factores. En el fondo hay una profunda crisis de la cultura, que engendra escepticismo en los fundamentos mismos del saber y de la ética, haciendo cada vez más difícil ver con claridad el sentido del hombre, de sus derechos y deberes. A esto se añaden las más diversas dificultades existenciales y relacionales, agravadas por la realidad de una sociedad compleja, en la que las personas, los matrimonios y las familias se quedan con frecuencia solas con sus problemas. No faltan además situaciones de particular pobreza, angustia o exasperación, en las que la prueba de la supervivencia, el dolor hasta el límite de lo soportable, y las violencias sufridas, especialmente aquellas contra la mujer, hacen que las opciones por la defensa y promoción de la vida sean exigentes, a veces incluso hasta el heroísmo.

Todo esto explica, al menos en parte, cómo el valor de la vida puede hoy sufrir una especie de 'eclipse', aun cuando la conciencia no deje de señalarlo como valor sagrado e intangible, como demuestra el hecho mismo de que se tiende a disimular algunos delitos contra la vida naciente o terminal con expresiones de tipo sanitario, que distraen la atención del hecho de estar en juego el derecho a la existencia de una persona huma-

na concreta» (EV 11).

En este trasfondo nace la bioética que quiere valorar en sus implicaciones éticas el fenómeno del aborto, la práctica de la contracepción, las técnicas más sofisticadas de reproducción artificial, el rechazo de los cuidados o el ensañamiento terapéutico con las personas ancianas o incurables.

La bioética de inspiración cristiana es una invocación al respeto de la dignidad del hombre, sobre todo porque la vida humana es un don de Dios.

Es en esta conexión entre el 'sentido de Dios' y el significado de la vida que se debe insistir para fundar la bioética.

Más allá de las sutiles discusiones científico-filosóficas, que tienen un valor propio, lo que cuenta es redefinir la naturaleza trascendente de la vida humana que es al mismo tiempo una misteriosa manifestación de la creatividad de Dios y una prodigiosa acumulación de energía organizada.

Recordémoslo, como hace el Papa, con las palabras del Concilio Vaticano: «La criatura sin el Creador se esfuma... Antes bien, el olvido de Dios deja sin luz a la criatura misma» (GS, 36). El hombre, encerrado en el estrecho horizonte de su fisicidad, de algún modo se reduce a una cosa y ya no capta el carácter trascendente de su existir como hombre. De este modo la vida que nace o que muere no nos interroga más sobre el significado de nuestro ser, sino se impone como un hecho que se debe tratar sólo desde el punto de vista médico para resolver con mayor eficacia un determinado problema sanitario.

El valor de la vida humana debe buscarse y afirmarse justamente para colocar al hombre en su destino de criatura de Dios contra el materialismo práctico que genera individualismo, utilitarismo y hedonismo.

La relación con Dios da un sentido diferente a la corporeidad, a la sexualidad, a la salud y a la enfermedad. Porque la vida puede ser vivida como compromiso ético y no sólo como hecho natural "casual" o como fruto de la manipulación de los hombres.

«En lo íntimo de la conciencia moral – afirma el Papa – se produce el eclipse del sentido de Dios y del hombre, con todas sus múltiples y funestas conse-

cuencias para la vida. Se pone en duda, sobre todo la conciencia de cada persona, que en su unicidad e irrepetibilidad se encuentra sola ante Dios» (EV, 24).

De este modo, la vida humana asume valor y consistencia muy originales que no pueden ser traicionados sin traicionar nuestra misma fe en Dios. Restablecer este vínculo es la tarea que compete a los cristianos en el tercer milenio.

3. El papel del manager católico y leadership

Para ser testigos eficaces, los hospitales deben estar confiados a una leadership coherente y competente.

¿Cuáles son las tareas de los administradores? La respuesta no es simple. En efecto, existen criterios para diseñar el mapa de los roles que no coincide con los organigramas, porque a lo más ellos indican la posición de este o de aquel nivel jerárquico. Uno de dichos criterios consiste en la comprensión de la *calidad y cantidad de las necesidades sanitarias*, del nivel de competencia y madurez del personal, de la naturaleza de la tecnología disponible y de aquella que se puede insertar en nuestros hospitales; pero es importante también comprender cuánto de “personal” (factor P) en cada rol es útil para el ejercicio del mismo y, en cambio, cuánto es dañino. En efecto, sabemos que cada uno de nosotros ‘interpreta’ un papel y esto es inevitable; pero para que el estilo personal resulte positivo, es necesario que de vez en cuando la *estructura ponga en discusión* incluso esta interpretación, de manera que los actores sean respetuosos *tanto de la ‘parte’ como de la propia naturaleza e inclinación*.

Estoy seguro de una cosa: nosotros no podremos recitar bien nuestra parte si no pondremos en práctica sistemas correctivos y periódicos de nuestro modo de proceder, con el fin de remodelar actividades, actitudes, estilos de ejercicio del poder, en el respeto *de los deberes de competencia y del derecho de cambiar* – con fines de bien y en una total transparencia organizativa – nuestro actuar cotidiano.

Mucho se habla de leadership en el mundo actual. Es tanto más necesaria cuanto más com-

plejo se vuelve el sistema en el que trabajamos. Es la sociedad misma que tiene necesidad del leader.

Pero el leader es tal sólo después de haber desarrollado una actitud a la *comprensión* de lo que ocurre, de lo que sirve, de lo que es esencial para nuestros colaboradores (que debemos guiar y sostener) y para los enfermos (que debemos curar para darles salud y salvación).

Por tanto, no se llega a ser leader, y quizás ni siquiera manager, permaneciendo cerrados y en la defensiva en los sectores operativos, prontos a defendernos contra quienes tratan de acercarse a nuestro puesto de mando, y tampoco disparando desde lo alto órdenes sin sentido.

En cambio, se llega a leader si la molécula de la Organización – junto a aquella insertada en el fármaco “*Personalidad*” del Dirigente – es estudiada, aplicada, mejorada. Esto obliga a los administrativos no sólo a cuentas económicas o financieras, sino también a aquellas que incluyen la Calidad de la organización. Porque también la organización se enferma, degenera, muere... salvo que encuentre “doctores” atentos para ponerla en la camilla para efectuar diagnosis inmediatas y reales y aplicar las terapias necesarias.

– ¿Cómo comprender el estado de salud de los cargos directivos en nuestros hospitales?

– ¿Cómo definir los papeles que se auspician para cada Centro y en un determinado momento histórico y social?

– ¿Cómo pasar de los cargos existentes – cuando son carentes o inadecuados – a aquellos posibles y auspiciables?

– ¿De quién deben partir las iniciativas necesarias para identificar los nuevos roles y las nuevas funciones dentro del viejo Rol?

– Existe la intención y la convicción, dentro de nuestros centros de acoger también la rotación de los cargos directivos?

– ¿Existen condiciones para evitar la nostalgia del presente o del pasado y para acercarnos todos juntos en la misma dirección?

Por más que pueda servir mi experiencia, tengo que decirles que no hay enriquecimiento y/o ampliación de un Rol sin fatiga y sufrimiento, de la Persona y de la Organización.

Nace con fatiga el Dirigente, incluso en nuestros centros. Por tanto, es una conquista asumir un nuevo Rol que, lo repito, ninguno nos puede regalar.

Sin embargo, existe un amigo precioso que os puede sostener en el largo y fascinante viaje en la compleja jerarquía de nuestros hospitales. Tiene un nombre sencillo: vuestra *conciencia* como ciudadanos, como profesionales, como observadores inteligentes de la realidad social y sanitaria, como *católicos comprometidos* cada día en el ámbito ‘sanitario’. La conciencia, conoce bien vuestras ignorancias y nuestra inmadurez, pero no por esto se abate ante los límites humanos que nos pertenecen.

Nuestra conciencia, conoce también las pesadas debilidades del que sufre, de quienes tienen la “piel demasiado sutil” y no son capaces de resistir a los impactos de la vida externa e interna. Por esto, nuestra conciencia, inspirada también desde hace siglos en el compromiso humano y espiritual de los religiosos, sabe que una verdadera ciudadela terapéutica es una realidad que nos desafía y nos estimula: somos importadores de una personalidad y de una función.

Pero no es posible llegar a ser personas y profesionales de la sanidad y de la administración en nuestros centros sin una consciente y viva atención hacia nuestra formación permanente: formación que desarrolla no sólo nuestras dotes de manejo y técnicas, sino también aquellas humanas: la valentía, la creatividad, la colaboración, la humanidad.

Lamentablemente las dotes humanas no reciben mucha atención ni siquiera en el ámbito de nuestros centros. Los talentos personales son considerados sin mayor influencia o incluso contraproducentes en la vida laboral y en los recorridos de una carrera.

¿Lo sabéis que los dirigentes de todo el mundo dedican años de estudio para lograr dotes técnicas y directivas y poquísimos tiempo para cultivar las capacidades humanas, presentes en cada ser e indispensables para una vida civil, humana, solidaria?

Pero si esta es la situación, no debemos temer. Existen en la actualidad métodos comprobados incluso para crecer como personas. La única condición es la de ser conscientes que for-

marse – dar forma y vida a nuestros talentos – significa ponerse en discusión, aprender a pensar y a sentir, significa saber expresar pensamientos y reconocer nuestros sentimientos, de manera que entendamos antes de actuar.

Las reformas sanitarias, la aparición de nuevas necesidades, los acontecimientos futuros del hospital católico, la búsqueda del bienestar de nuestros colaboradores, las crisis económicas y morales, todo lo que sucederá en el próximo futuro, puede ser ocasión favorable para los *nuevos proyectos* que apuntan a la calidad total de nuestros centros. Estos no son ni inmutables ni pueden ser administrados sólo por los católicos.

Están hechos para los necesitados de nuestro tiempo y del futuro y, por tanto, están sujetos al devenir, a la búsqueda, a la mutación.

El pecado más grande que podemos cometer es no hacer lo que en verdad es posible hacer.

Lo ‘posible’ choca siempre contra lo ‘existente’: este es mucho más tranquilizador que el primero.

Por esto lo ‘posible’ requiere un compromiso mayor, la soporación de las críticas y de la confusión, la asunción de delicadas cargas de responsabilidad y de utopía.

La utopía no es lo opuesto a lo concreto, antes bien, es lo concreto del mañana, lo que no está previsto y no ha sido pensado ni siquiera por dirigentes y superiores. No deja de lado el pasado ni el presente, sino lo reinterpreta para prepararlos mejor al futuro y a lo posible. Personalmente, he abrazado la utopía desde hace muchos años, hermana de la verdadera hospitalidad y no me arrepiento de ello. La hospitalidad católica del futuro tendrá necesidad de roles adecuados, bien interpretados por personas capaces de ideas, proyectos y entusiasmo y no sólo de servicios directivos.

Toca también a vosotros administrativos, custodios quizás celosos del Archivo hospitalario, inventar y conservar el archivo de las ideas, de los proyectos y de las personas generosas. El archivo de las ideas se construye con paciente atención a todas las ideas. Para recogerlas es necesario reunirse, en todos los niveles, para que el viento de las ideas sople en todas partes y

no sólo en los locales de la Dirección.

También podemos preguntarnos: ¿es posible, en la sanidad, enseñar la ética?

La respuesta nace de cierto sentimiento de escepticismo, especialmente en aquel agente que pretende actuar técnica o administrativamente sin ningún contacto con la complejidad y con el contenido humano de su área de influjo y de reflejo.

Ciertamente, sobre todo en la sanidad, no se puede aceptar la afirmación de moda que dice: más ética igual a mayor beneficio.

Nosotros afirmamos que la ética es esencial para quien desea trabajar en el campo sanitario, pero si obra sin el alma de la hospitalidad, camina hacia la deshumanización de la medicina y de los centros asistenciales.

De todo esto sobresale una vez más con prepotencia la exigencia fundamental de cierto tipo de formación de base y de la irrenunciable necesidad de la formación permanente.

No deseo hacer aquí una disquisición sobre qué tipo de formación en general sea mejor o sobre el modo de organizarla. Lo cierto es que si queremos hablar de ética sin un proyecto formativo concreto, participativo y vivo, corremos el riesgo de vivir una vida sólo en la dimensión del atardecer.

La finalidad formativa asume una importancia superior a la que podría atribuirse a varios códigos deontológicos y de autoreglamentación. O, mejor, estos serán eficaces sólo si los destinatarios tendrán la capacidad de interiorizar los valores morales presentes en dichos códigos.

¿Cómo? A través de oportunidades formativas que acompañen a la experiencia profesional.

El objetivo es adquirir la capacidad de razonar éticamente sobre todo en aquellos casos que inevitablemente escapan a la reglamentación.

Para resolver el problema sería necesario profundizar las problemáticas morales específicas de cada profesión y actividad.

Pero se trata de una operación que podría generar un equívoco: afirmar que existen varias éticas especiales, la ética del empresario, del sindicalista, del médico, del abogado, etc. con principios, valores y normas morales completamente diferentes, con res-

pecto a los cuales al final de todo tendrían derecho de expresarse sólo los directos interesados.

Es razonable suponer, en cambio, que no obstante se pueda admitir la legitimidad de algunas atenciones y particulares morales propias de cada profesión y actividad, existen constantes y valores comunes, así como también se puede imaginar la existencia de dilemas éticos muy semejantes, que cada uno por su cuenta y por la tarea que le compete está llamado a valorar críticamente.

Por este motivo se puede hipotizar que la formación moral tiene el mismo fundamento y que una eventual enseñanza de ética y en especial de ética aplicada, puede crecer en un terreno común. Por tanto: formación ética y formación moral que crecen en un campo común para formar una verdadera sensibilidad y *vibración* de la propia conciencia.

Una conciencia moral madura es capaz de valorar con mucha atención lo que pueden ser las posibles consecuencias de las propias elecciones. En otros términos, para usar la célebre distinción de Max Weber, no es suficiente actuar según la ética de la convicción, es decir según principios universales, considerados justos en sí, prescindiendo de sus consecuencias: a la ética de la convicción se debe acompañar la ética de la responsabilidad, de acuerdo con la cual el sujeto agente juzga, con verdadero sentido de responsabilidad, los efectos del propio actuar. La formación moral no puede, pues, sino proporcionar un equilibrio entre ética de la convicción y ética de la responsabilidad. En efecto, como recuerda Weber, las dos éticas no son «antitéticas sino se complementan recíprocamente, y sólo juntas forman el verdadero hombre».

En otros términos, una personalidad madura, un ‘verdadero hombre’, sabe razonar éticamente adoptando principios universales y coherentes pero, frente al dilema ético y frente al conflicto entre valores igualmente merecedores de consideración, también es capaz de elegir contrando la mejor síntesis de valor posible. Una formación que tiende a la adquisición y a la interiorización de los principios fundamentales y que, al mismo

tiempo, habilite a razonar éticamente en lo concreto de las situaciones de vida, ciertamente no puede ser acusada de abstraccionismo o de genericidad. Antes bien, permitirá alejar los riesgos del adoctrinamiento y de moralismos falsos que en fin de cuentas destruyen la conciencia.

Sin esta labor, será difícil servir y promover la vida *como* nosotros queremos.

4. Búsqueda de líneas-guía

No quisiera que mis palabras fuesen leídas como un ataque a la sanidad del mundo industrializado. Pero debo decir con franqueza que el sistema sanitario mundial, tal como se ha reducido, se ha vuelto un problema. Ante todo porque se ha venido siempre aislando del resto de la sociedad, habiendo confiado el propio éxito a los servicios espectaculares de ilustres médicos y se ha encerrado en una especie de laberinto donde pueden entrar sólo los iniciados. Contra este cierre debe intervenir una nueva cultura humanizante de la medicina y una nueva formación de los profesionistas.

La empresa sanitaria debe presentarse de manera creíble a los ojos de todos, ya no como empresa 'de los sanitarios', sino como un instrumento fundamental para promover la salud a través de programas de educación sanitaria, mejora de la calidad de servicios, atención a las personas más débiles.

Todo esto comporta un nuevo modelo informativo que empeñe a las instituciones sanitarias a acercarse más a la gente, a todos los potenciales usuarios. Es preciso acercar la sanidad a los ciudadanos explicando a todos con lenguaje accesible lo que es posible obtener del servicio sanitario de propio país.

La accesibilidad de los servicios sanitarios no es sólo una cuestión de barreras arquitectónicas, sino sobre todo de cultura del servicio.

Si a las personas no se les ayuda a reconocer cuáles son y cómo funcionan las instituciones sanitarias, ni siquiera tienen la capacidad de orientar sus peticiones y de obtener adecuadas respuestas.

En este delicado pasaje interviene el nuevo papel que puede y debe desarrollar el voluntariado católico hospitalario.

La timidez de los primeros pasos de dicho movimiento debe ser dejado de lado para dar lugar, en cambio, a una actividad programática de conexión en el doble sentido entre ciudadanos e instituciones sanitarias.

Abandonando la situación de suplencia en la que a menudo ha sido visto, el voluntariado debe dirigir sus pasos hacia la construcción de una sociedad civil más equitativa y solidaria, garantizando a los ciudadanos la posibilidad de satisfacer sus necesidades como ejercicio de un derecho.

Los profesionales sanitarios y los voluntarios hospitalarios católicos deben asumir la tarea de delinear un nuevo pacto de solidaridad entre las instituciones y los ciudadanos, si no se quiere correr el riesgo de destruir la unidad de la sociedad humana.

Para concluir, no puedo callar sobre lo que debe ser, en este futuro próximo, el papel de los hospitales católicos; 'católicos', esto es, *universales* por vocación.

Nuestros hospitales deben encontrar un modo para expresar la unicidad y la originalidad de su vocación. Un hospital católico, inspirado por la caridad de Dios hacia el hombre, debe reconocer aquel estilo de comunión que mientras cura los cuerpos se preocupa de la salvación de las personas, para construir la comunidad de los salvados.

Por esta razón debemos animarnos para encontrar líneas comunes de acción; retomando algunas reflexiones sobre la identidad católica desarrolladas en otros sectores, quisiera sintetizarlas de este modo: la catolicidad de una estructura tiene como perno, de manera crítica, el empeño de su personal de concebir la asistencia sanitaria como un ministerio. *En esta perspectiva son vitales tres factores: el cuidado de la calidad, la búsqueda de la justicia social y la atención a los pobres.*

3.1 La calidad de la asistencia médica proporcionada en las estructuras católicas no puede ser inferior a la que proporcionan las instituciones correspondientes no católicas o laicas. Sin embargo, una estructura católica asiste a toda la persona – cuerpo, mente y espíritu. Esta asistencia global requiere que nos dediquemos no sólo a la calidad científica de la asistencia médi-

ca que se ofrece, sino al modo con el que es ofrecida.

Aunque no existe nada exclusivamente católico en lo que respecta a la calidad, una opinión difundida distingue las estructuras cristianas de aquellas seculares en virtud de este trato personal.

3.2 La credibilidad de la proclamación del Evangelio de la parte de la Iglesia es minada en su raíz cuando su vida interna, que incluye la de sus estructuras de asistencia sanitaria, no refleja la justicia que predica. Es necesario que las estructuras católicas estén atentas a los requerimientos de justicia social cuando toman decisiones sobre los servicios por ofrecer o sobre la distribución de los recursos. Estas decisiones deberían tomarse sobre todo a la luz de las reales necesidades de asistencia sanitaria de las comunidades servidas por las estructuras católicas, más que a consideraciones simplemente financieras. La enseñanza social de la Iglesia debe poner su sello en estas estructuras, incluso en las relaciones de trabajo con empleados y empleadores.

3.3 Atención a los pobres. En el próximo futuro, las presiones del mercado podrán impedir que las estructuras católicas incrementen sustancialmente la cuota de asistencia para proporcionarla a los indigentes. No obstante, ellas pueden respetar la dignidad de los pacientes pobres que asistirán, reservándoles la misma calidad de atención y la misma asistencia personal que ofrecen a los más ricos. También pueden invocar, con energía, políticas públicas que aseguren una equidad en el acceso de los pobres al sistema de asistencia sanitaria siguiendo las insistentes invitaciones del Santo Padre.

Las decisiones sobre las localizaciones de las estructuras, sobre los tipos de servicios a proporcionarse o por suspender, y sobre el género de equipos por comprar, deberían ser tomadas a la luz de su impacto en los pobres (cf. en particular J. Baul en *Concilium* N° 5, 1994 – pp. 115-119).

Quizás no es una receta, pero es un modo decisivo de plantear el problema de la coherencia moral que el Evangelio pide a todos los agentes sanitarios.

Encuentro de los Obispos responsables de la Pastoral de la Salud de Asia, sobre el tema: “Programación y organización de la Pastoral de la Salud a nivel nacional, diocesano y parroquial”.

Auditorio de la Universidad Espiritu Santo de Kaslik – Beirut, 10 de febrero 1999

INTERVENCION DE S.E. MONS. JAVIER LOZANO,
PRESIDENTE DEL PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LA SALUD

Organismos episcopales nacionales, diocesanos y parroquiales para la pastoral de la salud

73

Gracias a Dios en casi todas las Conferencias episcopales en la Iglesia católica hay ya un Obispo encargado de la Pastoral de la Salud, y en muchos lugares su actuación es muy eficaz. En bastantes diócesis y parroquias se lleva a cabo un trabajo muy satisfactorio.

Sin embargo, en algunas partes quizá no se encuentre diseñada con toda claridad la naturaleza, finalidad y operatividad de este Organismo, Secretariado, Comisión, Departamento, o como se le quiera llamar en cada Conferencia Episcopal, y no estaría de más tener sugerencias al respecto. Lo mismo valga para la organización de la Pastoral de la Salud en cada diócesis y aun en cada parroquia.

Pretendemos diseñar algunas ideas que puedan servir para la estructuración de estos Organismos. Son orientaciones que se basan en la misma naturaleza del Pontificio Consejo, que es descrita por la Constitución Apostólica “*Pastor Bonus*” en sus números 152-153. Las ofrecemos a todos como una colaboración de este Pontificio Consejo para facilitar el trabajo a realizar en la Iglesia en el ámbito de la Pastoral de la Salud.

Procedemos por una analogía: lo que el Papa dice del Consejo Pontificio lo aplicamos en lo aplicable a la consti-

tución del Organismo nacional para la Pastoral de los profesionales de la salud, y lo mismo, en su debida proporción, lo podemos usar para la realidad de una diócesis y aún de una parroquia.

Como la línea que seguiremos para diseñar la naturaleza, finalidad y operatividad del Organismo de pastoral de la salud en las Conferencias episcopales, en las diócesis y en las parroquias es la que el Santo Padre Juan Pablo II ha marcado para la naturaleza, finalidad y operatividad de este Dicasterio Pontificio, presentamos a continuación los dos artículos de la citada Constitución “*Pastor Bonus*”, nn. 152-153, ya que lo que ofrecemos será una especie de comentario a dichos artículos, acomodando su contenido al diseño de un posible Organismo de pastoral de la salud en la Conferencia episcopal y en los demás niveles.

Constitución Apostólica “*Pastor Bonus*”, aa. 152-153: **Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud.**

Art. 152:

“*El Consejo manifiesta la solicitud de la Iglesia por los enfermos, ayudando a los que llevan a cabo el servicio hacia ellos y hacia los que sufren, para que el apostolado de la misericordia, del que se ocupan, responda siempre mejor a las nuevas exigencias.*”

Art. 153:

&1. *Le corresponde al Consejo hacer conocer la doctrina de la Iglesia sobre los aspectos espirituales y morales de la enfermedad y el significado del dolor humano.*

&2. *El Consejo ofrece su colaboración a las Iglesias locales, para que los profesionales de la salud puedan recibir la asistencia espiritual al desarrollar su actividad según la doctrina cristiana; y para que además, no les falten los subsidios adecuados en el cumplimiento de su trabajo a aquellos que llevan a cabo la acción pastoral en este sector.*

&3. *Favorece la actividad teórica y práctica, que en este campo de varias maneras desarrollan, sean las Organizaciones católicas internacionales, sean otras Instituciones.*

&4. *Sigue atentamente las novedades en el campo legislativo y científico que ven a la salud, con el fin principal que se tengan oportunamente en cuenta en la acción pastoral de la Iglesia”.*

NATURALEZA, FINALIDAD Y OPERATIVIDAD DE UN ORGANISMO DE LA PASTORAL DE LA SALUD

Para evitar repeticiones hablamos especialmente del Or-

ganismo episcopal nacional de la Pastoral de la Salud, pero en la inteligencia de que lo que aquí decimos, como lo hemos ya afirmado, se pueda aplicar en su debida proporción tanto a una diócesis en particular, como también a una parroquia.

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

Este aumento de la misericordia de los profesionales de la salud significa que su acción sea adecuada al trabajo pastoral que llevan a cabo, tanto en sí mismo, como a las circunstancias bajo las cuales se realiza. Estas circunstancias van cambiando, en especial en los tiempos actuales en los que tantas novedades se encuentran en el campo de la salud, del dolor y el sufrimiento, de la enfermedad, de la muerte. El Organismo de la pastoral de la salud tiene así como destinatarios a los profesionales de la salud y si queremos sintetizar la acción que debe realizar, decimos que su finalidad es: *Manifiestar la solícitud de la Iglesia por los enfermos, ayudando a los que llevan a cabo el servicio hacia ellos y hacia los que sufren para que el apostolado de la misericordia del que se ocupan responda siempre mejor a las nuevas exigencias.*

La pregunta ahora es sobre la manera de hacerlo, su operatividad: *¿cómo proceder en la práctica?* La respuesta la damos según el artículo 153 de la citada Constitución "*Pastor Bonus*", desde cuatro capítulos de acción que titulamos: *Enseñanza, Colaboración, Favorecimiento y Seguimiento.*

I. ENSEÑANZA

El Organismo de la pastoral de la salud tiene a su cargo una

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

1. La salud

Comenzamos por la salud. En el mundo actual de la salud se está dando un vuelco: el objeto primario de su atención no es ya la enfermedad en cuanto tal, sino la salud. De hecho va siempre ganando terreno la medicina preventiva frente a la curativa. Se exige así para empezar, tomar posición frente a la salud. Se ha dicho que la salud es el silencio de los órganos; pero en realidad, ¿qué es la salud?

Pareciera que la salud es algo tan claro que no se necesita describirla, se siente y basta; pero no, debemos partir de una precisión de su concepto. Qué entendemos por salud: podemos decir que entendemos por salud *un proceso armónico de bienestar¹ físico, psíquico, social y espiritual, y no sólo la ausencia de enfermedades, que capacita al hombre a cumplir la misión para la que Dios lo ha destinado, de acuerdo a la etapa de la vida en que se encuentre.*

Según esta descripción de la salud, vemos que no se trata de algo estable de manera que constituya un estado, sino de algo dinámico que es un proceso; por tanto se puede hablar de poca o de mucha salud. Es un proceso armónico, donde los cuatro elementos básicos se relacionan mutuamente y se influyen de tal manera que no se trata de secciones cerradas sino de vasos comunicantes. No se excluye del concepto de salud la misma enfermedad, pues puede coexistir ésta con la salud ya que se trata de un proceso que avanza más o menos y da como resultado cierto bienestar que como tal no excluye necesariamente el dolor sino que lo envuelve como integrante de la vida del hombre. En todo caso, hablaríamos de mayor o menor salud.

Se habla ahora de cuatro aspectos de la salud, o de las

cuatro vertientes enunciadas: salud física, salud psíquica, salud social y salud espiritual. Nuestras reflexiones se centran de preferencia en lo relativo a la salud espiritual, lo que no significa que excluyamos las otras tres, sino que presentamos la espiritual como englobante², como la que da la armonía saludable a los aspectos físicos, psíquicos y sociales, que el agente pastoral de la salud debe tener en cuenta, aunque no le toquen directamente sino que caigan sobre otras profesiones de la salud.

Lo básico en el concepto cristiano de salud es que la persona humana pueda tener el bienestar físico, psíquico, social y espiritual necesarios para llevar a cabo la misión que Dios le ha entregado y que va cambiando de acuerdo a cada etapa de la vida. El proceso de salud de un joven o de una persona de edad madura no es el mismo, absolutamente hablando, que el de una persona que llega a la tercera o cuarta edad, pero puede ser el mismo relativamente, esto es, con relación a la capacidad para la misión que Dios le ha asignado que cumpla en tal o cual etapa de su existencia. En cada etapa puede tener el bienestar suficiente y capaz para llevar a cabo su cometido, y siendo así se puede decir que goza de salud.

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

2. Sentido del Dolor

En cuanto al dolor humano³, no es lo mismo carencia de dolor que salud, sin embargo, la carencia de salud ordinariamente va acompañada del dolor. La manera cómo el dolor no interrumpe el proceso de salud es su concepción y realización espiritual, de acuerdo a su realidad cristiana. El dolor debe entenderse y vivirse desde el dolor de Cristo. Cristo redime con su dolor y nos libra definitivamente del dolor. Sabemos que éste es el sentido

de su muerte y resurrección redentoras.

Lo admirable del dolor de Cristo es que asume en él todos nuestros dolores y les quita su etiqueta de mal para transformarlos en fuente de bien. Cristo sufre en sí mismo nuestros dolores y en su sufrimiento, nuestros propios dolores se hacen redentores, pues participan del dolor de Cristo. Así el dolor no quita la felicidad, así el dolor no turba la armonía física, psíquica, y social, sino que desde su espiritualidad la consolida, le da su sentido en la verdadera espiritualidad que consiste en el amor oblativo de Cristo al Padre y a los hermanos amor que lo lleva a la muerte y a la resurrección. En este sentido nos explica el dolor el Papa Juan Pablo II en la “*Salvifici Doloris*” (25-27).

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

Esto no quiere decir que se busque el dolor en sí mismo; éste en sí mismo es malo y el mal no se busca; sino que se acepta el dolor oblativo de Cristo a Dios y a los hermanos, y en Cristo, el amor oblativo de nosotros mismos; amor que desde esta oblación resulta bueno para vencer a la muerte y así al dolor. Nuestra actitud es una actitud de combate al mismo dolor, es llevar a cabo la actitud del Buen Samaritano y seguir la línea que Cristo nos expone en el juicio final: “...estuve enfermo y me visitaron...” (Mt 25,36)

La iluminación que en la fe debe dar el Organismo nacional de pastoral de la salud es una iluminación específicamente cristiana. En muchas partes nos encontramos, como mencionábamos anteriormente, con una actitud plenamente secularista, se esconde el dolor lo más que se puede, lo mismo se hace con la muerte. Nosotros nos encontramos en el dolor con el núcleo del mensaje cristiano: el sentido de la Pascua de Cristo como centro de nuestra fe y así de la pastoral de la salud.

3. Adecuación a los nuevos tiempos.

En el mundo actual se nota por dondequiera una preocupación total por la salud, y es correcta: el fruto de todos los esfuerzos, del desarrollo, de la globalización, de la mundialización actual, el fruto de toda la política, de la socialidad, el fruto de toda la cultura tiene siempre en su centro la vida y por tanto la salud. La misión del Organismo de la pastoral de la salud es redimensionar esta ansia de salud del mundo actual, no negarla, es básica y esencial al hombre, es un deseo justo, legítimo, y además, que se identifica con la propia vida; pero hay que darle su justa perspectiva desde un concepto cristiano de la salud y del dolor.

La acción pastoral del agente de la salud debe acomodarse a los nuevos tiempos en los que se encuentran innumerables problemas a los que hay que dar una solución adecuada; pensemos por ejemplo en lo que lleva consigo la globalización y sus efectos que presenta en la pastoral de la salud. Aquí nos vamos a fijar sólo en tres problemas actuales que son de inmediata importancia para el agente pastoral de la salud: La Socialización de la salud, las Cuestiones de Bioética y la Educación para la salud.

3.1 Socialización de la salud

En cuanto a la socialización de la salud encontramos lo siguiente: hay países en los cuales el Estado no está todavía capacitado para cuidar de la salud de los ciudadanos, y entonces en ellos la profesionalización de la medicina y de los cuidados que se brindan a la población se realizan en el ámbito privado, lo que significa un acceso restringido a quienes gozan de cierto bienestar económico, dejando para los pobres la medicina tradicional o alternativa. Aquí la Iglesia ha desarrollado y sigue desarrollando una acción intensa con sus instituciones de salud en las que, como es lógico, debe privilegiar a los más pobres.

Hay en cambio otros países en los que se ha empezado o

bien se lleva ya muy avanzado el sistema de seguridad social y cubre una parte de la población o ya toda la población.

Los servicios sanitarios estatales, especialmente ahora en tiempos de la globalización, cada vez se van reglamentando más, incluso en cuanto a la permanencia de los enfermos en los centros de salud. El concepto de la larga permanencia en el hospital cada vez va siendo desplazado, atendiendo al enfermo sólo en sus fases agudas y enviándolo a su casa para los cuidados ordinarios del mismo. Hay ciertos peligros de favorecer en estos casos la eutanasia.

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

3.2 Cuestiones de Bioética

Es otro de los puntos de actualidad de los que el Organismo de pastoral de la salud debe de ocuparse. El Santo Padre Juan Pablo II ha escrito su Carta “*Evangelium Vitae*”, donde se encuentran los elementos claves para una iluminación en estos terrenos. La Congregación para la Doctrina de la Fe ha también publicado su Instrucción “*Donum Vitae*”, que explica estos aspectos. El Catecismo de la Iglesia Católica delinea con claridad la posición de la Iglesia. Nuestro Pontificio Consejo ha editado la “*Carta de los Profesionales de la salud*” donde desde sus diversas partes enunciadas como “*Nacer*”, “*Vivir*” y “*Morir*”, trata las cuestiones que se presentan en este campo. En especial destacan ahora los problemas que impone la Ingeniería genética, la Terapia genética, la Clonación, y la Eutanasia.

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

Respecto a la eutanasia, vale también el mismo principio, la vida es un don de Dios, por tanto no está en el hombre quitársela directamente a otro hombre inocente. Hay que aceptar el derecho a una muerte digna, sin el encarnizamiento terapéutico, es verdad, pero a la vez, usando de todos los medios proporcionalmente aptos para mantener la vida que Dios ha dado.

3.3 Educación para la salud

Hoy la prevención y los cuidados primarios están a la orden del día; la Pastoral de la Salud deberá asumir esta misión solidaria y subsidiaria de educar para la salud.

Se debe también educar para el acompañamiento del enfermo, la terapia del consuelo es un elemento esencial en la acción pastoral, incluida la consejería personalizada.

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

Se debe presentar la Evangelización de este sector con el descubrimiento de nuevos métodos y nuevas expresiones

que en la Pastoral de la salud tienen una originalidad propia.

Se debe educar para saber cuáles deban ser las relaciones entre médico y paciente y cuál el consentimiento informado, como elementos indispensables de una medicina de calidad y una Pastoral de salud integrada en el medio sanitario.

II. COLABORACION

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

¿Cuáles son los principales agentes de salud?: como algo colectivo recensionamos aquí a las *parroquias y a los hospitales católicos*, y ya en particular, *a los capellanes, a las religiosas, a los médicos, a las enfermeras y enfermeros, al personal paramédico, a los farmacéuticos, al voluntariado y a las autoridades sanitarias y asociaciones de enfermos.*

1. Parroquias

La pastoral de los profesionales de la salud, para que realmente llegue a su efectividad concreta tiene que estar asentada en la misma parroquia. Lo que decimos acerca de la doctrina, de la colaboración, fomento y seguimiento en la pastoral de la salud, para que

tenga concreción, debe ser llevado a cabo en su debida proporción por cada uno de los párrocos.

Los enfermos y en especial, los ancianos, se encuentran con mucha frecuencia en sus propios domicilios y es allí donde los agentes de pastoral de la salud los deben buscar para ejercer su labor de misericordia. La pastoral parroquial no será completa si no tiene en cuenta este campo tan importante y decisivo. Es algo que deben llevar a cabo los párrocos, que se ayudan de los capellanes para que la mutua colaboración se pueda desarrollar lo mejor posible. Se impone integrar la pastoral sanitaria en la pastoral de conjunto que va dirigida tanto a enfermos como a sanos.

2. Hospitales católicos

Sería conveniente que cada Organismo de pastoral de la salud a nivel nacional, revisara el "Index" de nuestro Dicasterio para saber si los que allí se anotan como hospitales católicos sean los que realmente pueden llevar este título, si hay otros más, si debemos quitar algunos o no.

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

Con respecto a la economía, quiere decir que el centro de salud que se llame católico no sea un negocio para ganar dinero, sino verdaderamente un centro en el que se aplique el mensaje evangélico incluso en la comunicación cristiana de bienes, en la forma práctica que se piense más oportuna; teniendo en cuenta la necesidad de cada hospital de subsistir económicamente, pero también



que un hospital del género debe ser un hospital abierto a los pobres y a los necesitados.

En algunos países el hospital católico es afectado por la disminución del personal religioso y por la nueva forma de sostenimiento debido a las erogaciones del Gobierno y de las Compañías de Seguros en el mismo. Varios hospitales han tenido que unirse e incluso formar una nueva personalidad jurídica dirigida por laicos y ya no por religiosos, más aun, la dirección a veces ha caído en manos de no católicos. En estos casos, que cada vez son más frecuentes, hay que proveer a que no se pierda la identidad del hospital católico, influyendo eficazmente para que se acepte de manera completa el Magisterio de la Iglesia al respecto.

Quedará entonces claro que para que un hospital se llame católico no es suficiente que pertenezca a católicos, o incluso a una Orden o Congregación religiosa, sino que es necesario conocer su actitud en la línea mencionada. Por el contrario, un hospital privado o estatal, que reconoce y acepta la dirección del Magisterio de la Iglesia, puede ser reconocido por la autoridad competente como un hospital católico.

3. Capellanes de hospitales

La figura del Capellán de hospital o de un centro de salud cualquiera, está cada vez cobrando mayor importancia, ha evolucionado de alguien que se dedicaba sólo a la pastoral sacramental con los enfermos, a quien también da el sentido cristiano de la salud y la enfermedad y atiende a toda la problemática resultante, en el mismo nivel y ambiente de los demás profesionales de salud: médicos, enfermeros, administradores de hospital, farmacéuticos, etc. Se requiere una formación especial para desempeñar eficazmente este ministerio en la Iglesia. Sin embargo, nunca se debe descuidar la pastoral sacramental, que es la culminación de la evangelización en el ramo de la salud y de la enfermedad. Los sacramentos deben prepararse de una

manera especial en las Instituciones de salud. La Eucaristía debe ser el centro alrededor del cual gire toda la pastoral sanitaria.

En la línea de las Capellanías de hospitales, con cierta analogía, se han venido desarrollando ciertos equipos de atención pastoral sanitaria formados por diáconos, o religiosas, o laicos, que trabajan en equipo o por separado. Sus competencias son distintas dentro de la Pastoral sanitaria, de acuerdo a la doctrina de la Iglesia. En todo caso, su relación con el Presbítero encargado de la pastoral de la salud de dicho centro, o bien, párroco de la parroquia a la cual pertenece el hospital, y en último término con su propio Obispo, debe ser muy estrecha.

4. Religiosas

En algunos lugares se está observando el fenómeno de que los hospitales regidos por Ordenes o Congregaciones religiosas van siendo abandonados. Es cierto que, como hemos visto, las circunstancias van cambiando y que cada vez es más difícil el trabajo de los y las religiosas en el ámbito hospitalario y que las vocaciones para esta pastoral están disminuyendo en algunos países. Sin embargo, es ahora cuando el religioso y la religiosa necesitan hacerse más presentes en estos lugares, tanto porque se está recuperando la visión espi-

ritual en el campo de la salud, como porque por otra parte, se va acentuando cada vez más la secularización del mundo de la medicina. Debemos orar por estas vocaciones de consagrados a la pastoral de la salud. Se está trabajando en el Dicasterio para ayudar a formar la Unión de Mujeres Consagradas a la pastoral de la salud.

5. Médicos

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

El problema económico se les presenta muy fuerte, en este campo hay que evangelizar este ramo de los profesionistas de la salud a través de la comunicación cristiana de bienes, entendiendo al médico católico más que como un mero profesionista, como uno que ejerce el ministerio pastoral de la salud, como dice la Carta de los profesionales de la salud de nuestro Dicasterio.

6. Enfermeros y enfermeras

Existe la Asociación Internacional Católica de Enfermeras y Asistentes Médico-sociales que hay que intensificar y promover en cada país. Es muy grande la importancia de las enfermeras en la pastoral de la salud. Especialmente ahora que asistimos a un abandono de los hospitales de parte de las religiosas, es la enfermera no religiosa y el enfermero quienes deben también hacerse cargo de la asistencia pastoral directa del enfermo en



el trato de todos los días. Este trato directo es el que los pone en las circunstancias más adecuadas para poder ejercer la misericordia hacia los enfermos. La formación ética y profesional de los enfermeros y enfermeras católicos es de mucha importancia, y es algo a promover de parte de los diversos Organismos de pastoral de la salud en las Conferencias episcopales. Piénsese en especial en las enfermeras que atienden salas de maternidad por lo que respecta al Bautismo de emergencia.

7. Farmacéuticos

También existe la Federación Internacional de Farmacéuticos Católicos. Su importancia se realiza cada vez más. El farmacéutico católico debe dar ahora un gran aporte en la provisión de medicamentos adecuados. Se subraya su papel en el control de la droga. Especialmente respecto a sustancias psicotrópicas, a precursores químicos y a las drogas sintéticas.

Otro punto muy importante a tratar es el relativo a la comunicación cristiana de bienes en el terreno de la Farmacia, sus relaciones económicas con el paciente y con los laboratorios, el aporte de medicamentos, su carestía, la provisión de los llamados medicamentos esenciales o genéricos, etc. Este es otro de los campos en los que el Organismo episcopal nacional de pastoral de la salud tiene un lugar privilegiado.

8. Voluntariado

En muchos países se ha promovido grandemente el Voluntariado cristiano en la pastoral de la salud. Antiguamente se hablaba por ejemplo de las Damas de San Vicente, y quizá todavía estén presentes hoy en muchos países. Así como estos agentes de pastoral de la salud, otros surgen con profusión en muchas partes bajo el título de Voluntariado cristiano para la pastoral de la Salud. Son verdaderos apóstoles de la pastoral de la misericordia con los enfermos. Es otro espacio con

el que deben contar los Organismos episcopales de pastoral de la salud.

9. Autoridades sanitarias.

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

10. Asociaciones de enfermos

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

Ayuda dentro de la Subsidiariedad

El Organismo episcopal nacional de pastoral de la salud tiene como función servir y



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

Puede también servir de puente para la ayuda efectiva tanto de una diócesis con otra en la misma Conferencia episcopal, como para la ayuda que se pueda recibir de otras Conferencias, en especial a través del Pontificio Consejo para la pastoral de los profesionales de la salud.

III. FAVORECIMIENTO

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

Estas organizaciones católicas pueden ser muy variadas y de muy diferente tipo. Destacan los Fundaciones y Santuarios, las Facultades de Medicina en las Universidades católicas y las Organizaciones diversas como Cruz Roja, Caritas, etc.

1. Fundaciones y Santuarios

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

2. Facultades de Medicina

Es muy conveniente que el Organismo episcopal nacional de pastoral de la salud tenga una función orientadora de las Facultades de Medicina católicas del propio país. En la actualidad en muchas Facultades

chas. En algunas partes será el Paludismo, en otras el SIDA, en otras la Droga, en otras la Lepra, la Tuberculosis, el Cáncer o bien el Tabaquismo, etc. Y en este campo serán muy bienvenidas las orientaciones pastorales que el Organismo dé para una ayuda a las propias Conferencias episcopales.

CONCLUSION

Hemos tratado de dar algunas ideas para diseñar la finalidad y operatividad del Organismo para la Pastoral de la Salud en una Conferencia Episcopal, y proporcionalmente, de una diócesis y de sus parroquias. Como habíamos dicho, se trata de una adecuación de la naturaleza, finalidad y operatividad del Pontificio Consejo para la pastoral de los profesionales de la salud, a los diversos niveles. Así como la función del Pontificio Consejo es de propiciar la comunión eclesial en el ramo de la pastoral de la salud, así también el objetivo de cada Organismo episcopal nacional para la pastoral de la salud es el de propiciar esta comunión en dicho campo de parte de las Iglesias particulares, como un servicio pastoral subsidiario a las diócesis; el de las diócesis es el de promover, orientar y coordinar mediante su organismo diocesano correspondiente la pastoral de la salud en la misma, y

el de las parroquias, el de llevarla a cabo.

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

En esta forma el Pontificio Consejo para la pastoral de los profesionales de la salud intenta prestar un servicio de comunión eclesial en su ramo, de manera que los profesionales de la salud, tanto en el nivel nacional como en el diocesano, como en el parroquial, puedan recibir la asistencia espiritual requerida para desarrollar su actividad según la doctrina cristiana y no les falten los subsidios adecuados en el cumplimiento de su propio trabajo (Cf. Const. Apost. "*Pastor Bonus*", 153,2).

La misericordia de los agentes de pastoral es muy grande para con sus hermanos enfermos, lo que tratamos de hacer es incrementarla aún más, adecuándola a las exigencias de los tiempos actuales, explicando la doctrina de la Iglesia al particular, colaborando con las

Iglesias particulares, favoreciendo la actividad teórica y práctica de las diversas Organizaciones y siguiendo atentamente las novedades jurídicas y científicas en el campo de la salud en sus resonancias pastorales. Como decíamos, estas son las líneas que nos ofrece la Const. Apost. "*Pastor Bonus*".

Encomendamos el trabajo de la organización de las Comisiones episcopales, diocesanas y parroquiales para la pastoral de la salud a la Santísima Virgen, "*Salus Infirmorum*", para que Ella nos sostenga, nos conforte y anime continuamente a desempeñar siempre mejor esta manera decisiva de construir el Reino de Dios en nuestro mundo desde el campo de la pastoral de la salud.

Notas

¹ Hablamos de "bienestar"; algunos prefieren que se use la expresión "bien ser", que no existe en español; en todo caso, bajo la expresión "bienestar" entendemos no sólo estar sino ser, la entendemos como expresión englobante de ambas significaciones.

² Entendemos lo espiritual como un proyecto unitario de vida, que por tanto unifica todos los demás aspectos del hombre - físicos, mentales y sociales -, y se refiere a él complexivamente.

³ Algunos suelen distinguir el dolor del sufrimiento y entienden el dolor sólo en el campo físico; aquí bajo el término dolor englobamos también como sinónimo el sufrimiento. Así entendemos dolor o sufrimiento tanto en lo físico, como en lo mental, lo social y lo espiritual.

