

1984

**CORINTIOS XIII**

29

revista de  
teología y pastoral  
de la caridad



**LA PASTORAL  
DE LA CARIDAD  
SANITARIA, HOY**

## CORINTIOS XIII

REVISTA DE TEOLOGIA  
Y PASTORAL DE LA CA-  
RIDAD

Núm. 29 Enero/Marzo 1984

DIRECCION Y ADMINIS-  
TRACION: CARITAS ESPA-  
ÑOLA. San Bernardo, 99 bis.  
Madrid-8. Apto. 10095  
Tfno. 445 53 00

EDITOR: CARITAS ESPA-  
ÑOLA

COMITE DE DIRECCION:

Joaquín Losada  
(Director)

S. Ambrosio  
R. Franco  
A. García-Gasco Vicente  
J.M. Osés  
R. Rincón  
A. Torres Queiruga

Felipe Duque  
(Consejero Delegado)

IMPRIME: Artegraf  
Sebastián Gómez, 5. Madrid-26

DEPOSITO LEGAL:  
M-7206-1977

ISSN 0210-1858

SUSCRIPCION:  
España: 1.350 ptas.  
Precio de este ejemplar:  
400 ptas.

# corintios XIII

REVISTA DE TEOLOGIA  
Y PASTORAL DE LA CARIDAD

Todos los artículos publicados en la Revista "Corintios XIII" han sido escritos expresamente para la misma, y no pueden ser reproducidos total ni parcialmente sin citar su procedencia.

La Revista "Corintios XIII" no se identifica necesariamente con los juicios de los autores que colaboran en ella.

## SUMARIO

Presentación. . . . .	5
CARLOS NICOLAS ORTIZ "La sanidad española, hoy". . . . .	11
JESUS ALVAREZ GOMEZ "La Iglesia y la asistencia sanitaria a los enfermos". . . . .	25
ANDRES TORNOS "Presencia de la Iglesia en el mundo de la salud". . . . .	55
FRATERNIDAD CRISTIANA DE ENFERMOS Y MINUSVALIDOS "Misión del enfermo en la Iglesia y en la sociedad". . . . .	77
JESUS CONDE "La pastoral sanitaria. Campo de acción, problemática y objetivos". . . . .	95
Experiencias. . . . .	111
Documentos. . . . .	139
Bibliografía . . . . .	161



## P R E S E N T A C I O N

Los tiempos van cambiando mucho y, con ellos, bastantes cosas, gracias a Dios.

Hablar de cómo se vivía y ejercitaba la caridad en aquellas épocas en las que ni la sociedad ni la Iglesia estaban suficientemente sensibilizadas ante las injusticias, podría llevarnos a la conclusión de que, entonces, el pregonar la caridad y el hacer la caridad eran un sinónimo de olvidar la justicia, cuando no de encubrir las injusticias. En ese entorno, el pensar en amar a los enfermos resultaba con frecuencia el equivalente a una caridad que no se planteaba demasiado los derechos propios del enfermo.

Naturalmente nosotros no juzgamos —bien lo sabe Dios— las actitudes personales de quienes en aquellos momentos y circunstancias hacían la caridad, porque entre ellos hay ejemplos admirables, cuyo grado de amor heroico a Dios, a los enfermos y a todos los necesitados ojalá pudiéramos nosotros imitar. Simplemente queremos decir que, ante las nuevas sensibilidades del hombre de hoy, el Espíritu de Dios va suscitando otros horizontes en la respuesta de la caridad, y de la caridad con los enfermos, y que, para nuestra realidad actual, son insuficientes los modos de ejercer la caridad del ayer.

La caridad no es amor cristiano, si disimula las injusticias; ni la atención cristiana al enfermo puede revestirse de pura compasión y de beneficencia.

A mi modesto entender, en la acción de la Iglesia española, la Cáritas y la Pastoral Sanitaria caminan hoy del brazo, estrechamente unidas. Podemos decir en pocas palabras que la Pastoral Sanitaria es la concreción de una caridad que pone sus ojos especialmente abiertos al mundo de los enfermos.

Por eso, me resulta tan normal este número de la revista de Cáritas, "Corintios XIII", dedicado monográficamente a la Pastoral de la Caridad Sanitaria: es como un fruto maduro del árbol de una Iglesia, la comunidad de Jesús, que quiere ser ante el mundo testigo del amor de Dios a los enfermos.

Con cuanto antecede nosotros no decimos que la Pastoral Sanitaria y la Caridad Sanitaria son realidades eclesiales que las estrenamos nosotros. Nos convertiríamos en unos pobres orgullosos y pedantes, ya que si algo hay evidente en la historia de la Iglesia, algo que en ella es como una constante ininterrumpida y sin treguas a través de los siglos, eso es su caridad y su atención a los enfermos.

Ya en las primeras salidas de los Apóstoles al mundo, siguiendo el mandato de Jesús y llevados por su Espíritu, aparece la solicitud que tienen por los que sufren, y la atención a los enfermos se cuenta entre las preocupaciones principales de la comunidad cristiana primitiva. Habían aprendido muy bien esta primera lección del mensaje y de la actuación de Jesús. Y, aunque debemos reconocer que a veces en el decurso de los tiempos algunos valores evangélicos parecen quedar eclipsados, tenemos que proclamar, con sencillez y gozo, que la Iglesia ha estado siempre en la brecha del amor, del cuidado y de la atención a los enfermos.

Ello es prueba evidente de que la Iglesia lleva, en la más profunda entraña de su ser, el Espíritu de Jesús, que pasó por el mundo curando a muchos y sanando toda clase de dolencias, como prueba significativa de su identidad mesiánica.

Hoy la acción de la Pastoral Sanitaria en la vida eclesial sigue siendo uno de los signos que acreditan con más vigor la autenticidad de la Iglesia como comunidad de Jesús, pues la



Pastoral Sanitaria no es sino la misma caridad cristiana que con lucidez e imaginación va descubriendo las infinitas posibilidades de amor al hombre concreto, al hombre enfermo, en los diversos lugares y en las distintas culturas en que éste se encuentra.

La Pastoral Sanitaria saluda con gozo las aportaciones de la actual reflexión teológica sobre el dolor y la enfermedad. Vistos desde la fe, se supera la visión puramente dolorista y resignada de ambas realidades humanas y nos aproximamos al talante pascual de Jesucristo que, con su muerte y resurrección, venció el dolor y lo convirtió en fuente de fecundidad salvadora.

La Pastoral Sanitaria vive la caridad hacia el hombre enfermo como el gesto de amor que se da a alguien a quien hay que animar a vivir su enfermedad desde la fe y no sólo como la actitud compasiva en favor de alguien a quien hay que ayudar a bien morir.

En una sociedad en la que la utilidad y la inutilidad del hombre se miden por su capacidad de producir, la caridad cristiana nos adentra en otras profundidades del hombre, en otros valores que trascienden lo que se ve y se toca o lo que económicamente es productivo.

Hoy vamos descubriendo que la caridad de los cristianos no puede ser un amor ciego, sino que es la participación del Dios que es, a la vez, amor, luz y verdad.

Hoy hemos entendido que no se puede amar cristianamente, si no asumimos e integramos en nuestro amor el maravilloso progreso que las ciencias aportan en favor del hombre.

Amar al enfermo es ofrecerle, con responsabilidad y competencia, las conquistas de la ciencia y de la técnica en bien de la salud. Y la caridad hacia el hombre nos hace descubrir que la respuesta total al misterio de la persona humana no está exclusivamente en manos de la humanidad, de su ingenio, de sus posibilidades y logros científicos, sino que se halla en la caridad de Dios al hombre, en los dones gratuitos de Dios, que escapan al control humano.

El amor al hombre ayuda a la Iglesia a situarse correctamente en esta sociedad del progreso, de la secularización y del pluralismo.

Hoy la Iglesia no mira al enfermo como un patrimonio exclusivo suyo, sino que se alegra porque, cada día con más empeño, la propia sociedad va tomando como algo que le es muy propio las riendas del mundo de la salud. La Iglesia descubre que el mundo y la sociedad dan pruebas de solicitud por la salud de los ciudadanos, pero, a la vez, contempla que el enfermo puede convertirse en un objeto y víctima de la técnica, olvidando ésta la dimensión integral de la persona.

En una sociedad de los derechos humanos, la caridad lúcida de la Iglesia es muy consciente de los derechos del enfermo y de que el verdadero amor al enfermo va precedido y acompañado de la valiente defensa de sus derechos.

La Iglesia no quiere ni añora el protagonismo en el mundo de la salud, pero quiere, añora y ama al hombre enfermo. Quiere defenderlo y salir por los fueros de su conciencia y de su libertad religiosa. Si la Iglesia quiere estar en los centros hospitalarios, es para servir al enfermo en sus dimensiones más profundamente personales y trascendentes: en sus interrogantes, en sus aspiraciones y en su hambre de Dios.

Pienso que la Cáritas Española ya está diciendo hoy cuál debe ser su relación con la Pastoral Sanitaria. En la vida de la Iglesia diocesana, Cáritas intenta ser la conciencia que grita y aviva la memoria del ser más íntimo de la Iglesia, que es el amor, la caridad.

Cáritas nos está diciendo que la Iglesia es la comunidad de Jesús, unida por la acción del Espíritu, que es amor; que el verdadero amor no se reduce a las palabras, sino que se traduce en las obras; que, por voluntad de Dios, el amor tiene un destinatario privilegiado: el hombre débil y marginado, como es el enfermo.

En este sentido, la Cáritas ayuda a la Pastoral Sanitaria a no perder su identidad, y, a su vez, la Pastoral Sanitaria ofrece a la Cáritas una de las dimensiones más ricas del hombre, a quien la Iglesia debe mirar con ojos de amor: la enfermedad.

La Pastoral Sanitaria le ayuda a la Cáritas haciendo que el amor se cristianice más, porque se convierte en la imitación de Jesús, que tuvo sus preferencias por los enfermos.

A través de la lectura de este número de la revista de Cáritas Española, "Corintios XIII", creo que se descubren, casi sin darse cuenta, la profunda relación existente entre la Cáritas y la Pastoral Sanitaria, y también la línea actual, tanto de la Cáritas como de la Pastoral Sanitaria.

Este número de la revista "Corintios XIII" es un buen servicio: uno más entre los muchos y buenos a los que nos tiene acostumbrados Cáritas Española.

*+ Javier Osés, Obispo de Huesca.*



# LA SANIDAD ESPAÑOLA, HOY

---

CARLOS NICOLAS ORTIZ  
Periodista

De un tiempo a esta parte asistimos a un juicio crítico de nuestra sanidad. No podía ser menos, pues nos encontramos ante un sistema por hacer, en donde los intereses —personales y colectivos— y la inercia juegan un papel nada despreciable. Sin embargo, debe definirse el modelo sanitario, pues —y aquí seguimos el juicio del gran experto Brian Abel Smith— los problemas que presentan la organización y la financiación de la sanidad no pueden resolverse mediante teorías neutras. En España comienza a definirse el sistema sanitario. Y, como toda definición que se precie de tal, deberá delimitar los campos. Entre nosotros coexisten, conviven y se imbrican dos modelos, uno público y otro privado, de asistencia sanitaria, parasitando en ocasiones el uno al otro. Pues uno y otro modelo de actividad —pública y privada— se ejerce, normalmente, por los mismos profesionales y sobre el mismo colectivo. De ahí que no resulten extrañas las informaciones que se vienen sucediendo en los últimos años, consecuencia de las auditorías e inspecciones realizadas, en que se pone de manifiesto cómo la sanidad privada, en múltiples ocasiones, vive a costa de la pública.

La delimitación que se quiere impulsar desde la llegada al poder del Partido Socialista Obrero Español (PSOE), está generando enfrentamientos continuos. A pesar de que, en estos momentos, las tendencias mundiales y las declaraciones internacionales abogan por un modelo socializado de medicina, independientemente del régimen político, y por una potenciación de la medicina preventiva, frente a la eminentemente curativa que domina en nuestro país. El problema grave de la sanidad española radica en que, pese a que han ido desapareciendo las anteriores relaciones médico-enfermo, no han sido sustituidas por unas relaciones acordes con la medicina en equipo y la concepción de los servicios médicos como un bien de uso colectivo no mercantilizado. En un estudio sobre "la salud, exigencia popular", de un colectivo de especialistas catalanes, se explica que "la masificación, cuyos efectos padece el usuario, no es el resultado de la llamémosle medicina social, sino la causa de la falta o desproporción de medios, la burocratización piramidal y la centralización a ultranza en la gestión de dicha medicina social".

El profesor Laín Entralgo, catedrático de Historia de la Medicina y actualmente presidente de la Real Academia Española, afirma en un reciente escrito que "nadie puede desconocer que la colectivización, más o menos socializada, de la asistencia al enfermo es un hecho irreversible en la historia de la humanidad". También considera que, hoy por hoy, el Servicio Nacional de Salud es el modelo de que se debe partir para una mejora de la asistencia sanitaria. ("Estudio sociobiográfico de la Medicina". Prólogo de Pedro Laín Entralgo).

Este proceso de transformación social de la medicina se reconoce por la mayoría de los especialistas, en total veintiséis, consultados para la elaboración del estudio sociobiográfico de la medicina, citado anteriormente. El fenómeno, como proceso, se ha dado también en España. Lo que empezó siendo el Seguro Obligatorio de Enfermedad, y hoy Seguridad Social,

ha sido, en opinión de la casi totalidad de los especialistas entrevistados, el gran hito que ha supuesto una total transformación de la medicina en nuestro país. Hasta el punto de que la Seguridad Social terminó con la antigua medicina de beneficencia, dotó a España de centros hospitalarios modernamente equipados, dio paso al reconocimiento del derecho a la salud, posibilitó la adquisición de tecnología cara y abrió a la gran mayoría de la población la posibilidad de acceder a las más costosas terapéuticas.

De ahí que la Seguridad Social, en su aspecto sanitario, se convierta en el fundamento de lo que será el Servicio Nacional de Salud, al que —aproximativamente— nos acercamos. En el mes de abril, el ministro de Sanidad y Consumo, Ernest Lluch, proyectó sobre él toda su intervención ante la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por otra parte, se insiste, en los presupuestos para el presente año, en la racionalización del gasto, al tiempo que se incrementa la participación del Estado en los mismos, como vía hacia la ampliación de las prestaciones a toda la población.

El ministro Lluch afirmó ante la 36 Asamblea de la OMS, en Ginebra, que “nuestro programa sanitario quiere crear un Servicio de Salud integrado, que extienda a todos los ciudadanos la atención a la misma. Tal política se basará en la promoción de la salud, en la prevención individual y colectiva, en la asistencia eficiente y en la reinserción social del paciente”.

En este momento, y como bases de la misma, la reforma pasa por los siguientes puntos: disminución del gasto farmacéutico, reorganización de la asistencia primaria, disminución del coste hospitalario, elaboración de un programa que mejore las condiciones que afectan a la salud y, por último, la consecución de la unicidad de los servicios sanitarios, acabando con las duplicidades existentes. Aspecto este último que se contemplará en la Ley Básica de Sanidad.

La reforma sanitaria es difícil y lenta. Y, además, nunca se ha intentado en serio. El primer paso, poner orden para mejorar la calidad y reducir costes. Sin que eso conlleve la desaparición de los problemas, pues los defectos de la actual estructura son profundos y difíciles de encauzar.

### Un sistema por definir

El sistema sanitario español está por definir. Lo hemos señalado anteriormente, pero la insistencia sólo refleja la problemática que se deriva de tal situación. En España se superponen un modelo público y otro privado, que se basa fundamentalmente en los defectos del primero. El público —la asistencia a través de la Seguridad Social— comprende al 85 por ciento de la población y se prefigura como fundamento para la extensión de su acción a todos los españoles. Porque el cumplimiento del texto constitucional, en que se reconoce a todo ciudadano el acceso a la Seguridad Social, no originará un sistema sanitario paralelo al actual. Se sustentará en el presente y así se está trabajando. Sin olvidar que, a juicio de determinados juristas, en el espíritu constitucional late el desarrollo de un Servicio Nacional de Salud, que unificará todas las redes asistenciales públicas, cuya dispersión y descoordinación tan sólo generan duplicidades de gasto. Pero, de momento, el texto constitucional de 1978, en que se garantizan a todos los ciudadanos “asistencia y prestaciones sociales suficientes”, sigue siendo una declaración de intenciones sin proyección en la práctica. Ni están fijados los mínimos considerados “suficientes”, ni todo el mundo tiene acceso a la asistencia pública. La beneficencia, pese a las declaraciones de algunos especialistas, sigue cumpliendo un papel social insustituible.

Por otro lado, no debe olvidarse la opinión de los usuarios sobre los servicios públicos, en donde se diría predominan los



aspectos negativos sobre los positivos. En una síntesis de tres sondeos realizados, más un cuarto de finales de 1982 llevado a cabo en San Sebastián, se advierte que la mayoría de la población considera mala o muy mala la asistencia que recibe. Como consecuencia, casi la mitad de la población utiliza la asistencia de consultas privadas o igualatorios. Según datos recientes, en el último año los españoles gastaron unos 30.000 millones de pesetas en igualas médicas. Los enfermos desconfían del servicio médico de los ambulatorios —asistencia primaria—, a donde suelen acudir en busca de una receta, de un volante para el hospital o a solicitar la baja por enfermedad.

En las segundas jornadas de Sociología de la Sanidad y la Salud, celebradas en Madrid durante la primavera pasada, María Angeles Durán, directora del Departamento de Sociología de la Universidad de Zaragoza, denunció la ineficacia del actual sistema. Para ello se sirvió de los resultados de una encuesta, realizada por su grupo, en que demuestra que no toda la población tiene igualdad de acceso a los servicios de salud, a pesar de la cobertura de la Seguridad Social. De acuerdo con los resultados de la encuesta, un 45 por ciento de los beneficiarios de la Seguridad Social emplea otros servicios para resolver sus problemas sanitarios, y, a medida que aumenta el nivel de renta, disminuye el uso de los servicios públicos. En otras palabras, parecería que la Seguridad Social hubiera venido a sustituir a la antigua beneficencia, de la que heredó algunos de sus defectos, entre otros la discriminación social.

La asistencia primaria pública que se desarrolla en los ambulatorios y que, con carácter más amplio, se encomendará a los Centros de Salud, presenta muchas deficiencias. Todas ellas conocidas y criticadas en numerosas ocasiones. Las más frecuentes: masificación de las consultas; tiempo de asistencia exiguo, que se compensa con un gran consumo farmacéutico. El médico de cabecera se convierte en un puro trámite para obtener una receta o un volante. Defectos que repercuten en

la infrautilización de los hospitales, que se convierten en unos grandes centros, superespecializados, para la asistencia de procesos banales en múltiples ocasiones. En esta situación, el deterioro presenta un carácter progresivo, al tiempo que hace difícil la transformación del actual sistema, casi totalmente curativo, por otro en que dominan los aspectos preventivos y la participación de los usuarios en la programación de la política de salud.

### **Preocupa la enfermedad, no la salud**

El planteamiento eminentemente curativo de nuestro sistema sanitario hace pensar en una sociedad que supervalora —incluso en términos monetarios— la enfermedad. Más que la salud. Los gastos destinados a asistencia crecen progresivamente, mientras que las partidas para medicina preventiva —en que se mueven los cuidados de salud— apenas presentan un porcentaje mínimo en los presupuestos y, además, no se invierten en su totalidad.

Se estima en más de un billón de pesetas la cantidad que, durante 1982, dedicaron los españoles a la asistencia sanitaria. La Seguridad Social, para atender a sus beneficiarios, destinó a tal fin unos 750.000 millones de pesetas. Pero los españoles, que no se consideran suficientemente cubiertos con sus cuotas a la Seguridad Social, invirtieron —según datos de la patronal— unos 600.000 millones de pesetas en seguros libres de asistencia.

La preocupación por la enfermedad, por la asistencia curativa, hace que la mayoría de los recursos se destinen a los gastos hospitalarios. Mientras que sólo el 5 por ciento de la población está hospitalizada a lo largo del año, los gastos hospitalarios consumen casi el 60 por ciento del presupuesto médico nacional.

En esta hipervaloración de la enfermedad entrarían en juego los gastos en farmacia. De acuerdo con las previsiones realizadas por los propios farmacéuticos, se consideró que ascenderían a 230.000 millones de pesetas los gastos de los españoles en medicamentos durante 1982. Partida en la que influye directamente la automedicación y, sobre todo, el marketing comercial de promoción de determinados productos. En los últimos meses, y como consecuencia de las medidas restrictivas impuestas por la Administración para las recetas, algunas organizaciones sanitarias, en particular la Organización Médica Colegial, elevaron sus protestas por lo que consideran una intromisión y un condicionamiento de la actividad médica. A muchos sorprendió que esas voces, en contra de la manipulación de los facultativos, no se alzarán contra la promoción de productos farmacéuticos. Promoción en la que, en 1982, invirtieron los laboratorios 27.000 millones de pesetas.

Por otra parte, y acaso fruto de tal presión dirigida al consumo, se lleva a la utilización de productos que, en ocasiones, no son los mejores, aunque sean los más caros. El mercado farmacéutico español ha experimentado en los últimos años, junto a un ligero descenso en el número de envases de medicamentos consumidos, un incremento de los más caros.

En este contexto, no resulta difícil comprender que España figure entre los diez primeros países del mundo por consumo de medicamentos.

A la vista de estas cifras de gastos o de inversiones en el curar que no en el prevenir, no resulta difícil comprender el sentimiento de muchas personas que consideran que toda enfermedad tiene remedio. Y urgente. Ahí está el ejemplo de los enfermos de la colza, que vienen exigiendo soluciones rápidas y efectivas. No pretendemos decir que no se consigan mejoras de las enfermedades individuales. Pero, incluso en aquellos casos en que la eficacia de la tecnología médica

alcanza su máxima efectividad, no se suele entrar en la causa que la genera, con lo que sólo se logran frenar las secuelas de los casos individuales.

En un análisis de la repercusión de las habituales actuaciones de nuestros establecimientos sanitarios sobre los doce fundamentales factores de riesgo en los países desarrollados, puede decirse que es prácticamente nula. De dichos factores, seis comprenden el área psicosocial (ecología-medio ambiente, vivienda, ambiente laboral, hábitos vitales, comportamiento psicosocial-stress y desempleo). Los otros seis factores de riesgo aparecen más directamente relacionados con la sanidad (dieta, tabaco, alcohol, tráfico rodado, ejercicio físico y nivel de educación sanitaria). Estos factores, que podrían evitar numerosas enfermedades, no reciben de los profesionales sanitarios un tratamiento sistemático y quedan reducidos a actuaciones esporádicas y marginales.

## Derecho a la salud

Dominados por la medicina curativa, resulta difícil hablar de derecho a la salud como algo distinto del derecho a la asistencia sanitaria. El texto constitucional, en su artículo 43, habla del derecho a la protección de la salud que, al entender de muchos, debe suponer una transformación total de nuestro sistema sanitario.

El derecho a la salud determina una visión distinta de nuestra medicina, definida actualmente en relación con la enfermedad y la ausencia de ésta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende que "la salud no es solamente carencia de enfermedad, sino el más completo bienestar social, físico y mental".

De una concepción eminentemente curativa deriva el dominio médico sobre el sistema y sobre el resto del personal sanitario, que prácticamente carece de un papel propio y dis-

tinto. La población médica española, según los últimos datos de 1981, llega a los 86.459 profesionales. De ellos, 65.000 trabajan en el sector público. Frente a estas cifras, el personal de enfermería apenas llega a los cien mil profesionales. En otros países del área occidental, la relación es de dos o tres enfermeros/enfermeras por médico. De ahí, y de la subordinación en sus tareas y de la falta de asignación de responsabilidades a este sector, que pueda afirmarse que nuestro sistema sanitario está medicalizado.

Nos hallamos en un círculo de difícil salida. Pues el sistema sanitario se ha convertido, prácticamente, en un fin en sí mismo, basado en factores como el beneficio económico, el status del sector médico o el mantenimiento de establecimientos costosos. En consecuencia, ante un sistema en ruina, propiciada por la crisis económica que, en otros países y ahora parece que en el nuestro, ha llevado a nuevos planteamientos asistenciales. En particular, al auge de la medicina preventiva y a la participación de la sociedad en el sistema sanitario, del que se encuentra ajena y desplazada.

El sistema sanitario español, envuelto en los condicionamientos antedichos, se define como estrictamente curativo, identificado con el centralismo, el hospitalismo, la burocratización, la inflación y la ineficacia. El sector primario, por ejemplo, llamado a ser la base y fundamento de la organización sanitaria, carece de base. Se espera que resuelva el 80 por ciento de los problemas sanitarios y, en contrapartida, recibe apenas el 20 por ciento del presupuesto, del que tres cuartas partes corresponden a gastos de personal. La falta de medios de diagnóstico, la vejez de la red asistencial, la escasa dedicación horaria de los facultativos y la masificación de sus consultas, son sus principales enfermedades. Estudios realizados por la Inspección de San Sebastián desvelaron que los enfermos acuden al médico general 17 veces al año y 6 veces al especialista. Al menos una vez se hacen una radiografía o análisis; estudios que, cuando son remitidos al hospital, no

suelen servir para nada. En el caso de los médicos generales, casi el 20 por ciento de ellos atiende a los pacientes en menos de dos minutos y medio. Este panorama de baja calidad asistencial encierra múltiples aspectos negativos: excesivo número de visitas médicas, mayor número de estudios radiográficos, mayor consumo farmacéutico, aumento de la incapacidad laboral transitoria y, sobre todo, múltiples molestias al enfermo, que termina por desertar de la asistencia pública y acudir a la consulta privada. Esto demuestra, aparte la eficacia o no del sistema, que el gasto sanitario público no está justificadamente empleado. Y la compensación que se suele dar, dispensación farmacéutica de complacencia, provoca una nueva enfermedad en crecimiento, el yatrogenismo.

### **Insuficiencias y desigualdades**

La actual estructura sanitaria y las deficiencias de gestión en la sanidad pública repercuten negativamente sobre la población, en particular sobre la más necesitada. El hacer referencia en todo este planteamiento a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, responde a la abundancia de datos sobre la misma, mientras que carecemos de casi todos sobre la asistencia privada. Los principales defectos del sistema actual de prestaciones sanitarias, a destacar en los párrafos siguientes, se advierten también en la asistencia privada, pues son problemas de fondo y no de forma a los que hay que hacer frente.

Entre los defectos a destacar figura la nula información y educación sanitaria a la población en general. La falta de educación sanitaria —otros dirían simplemente de educación— origina enfermedades que pueden considerarse terciaristas, como algunas infecciones alimentarias. Por otro lado, se rehuyen determinadas vacunaciones de los niños que evitarían enfermedades posteriores. En una visión del mapa de España en 1981, puede contemplarse cómo son escasas las pro-

vincias que, en dicho año, completaron en su totalidad las vacunaciones contra el sarampión.

El "Libro rojo" para la mejora y reforma de la Seguridad Social, al hablar de los defectos del sistema sanitario, advertía que el objetivo de prevenir la enfermedad no tiene expresiones concretas ni es objeto de planificación a distintos niveles, con programas determinados y participación institucional, comunitaria e individual. "La insuficiente educación sanitaria de la población protegida, se dice, se traduce en la peor utilización de los servicios, así como en una falta de modificación de los comportamientos en orden a las responsabilidades personales y sociales en materia de salud".

La nocividad de las condiciones de trabajo llevan a España a ocupar los primeros puestos por siniestralidad laboral. Por otro lado, la falta de un sistema eficaz de medicina primaria alarga considerablemente los procesos de enfermedad (Incapacidad Laboral Transitoria). A las deficiencias en el mundo del trabajo se suman las consiguientes a las condiciones de habitabilidad. Las zonas suburbanas de las grandes ciudades españolas han crecido sin ninguna ordenación ni control, en la más completa anarquía urbanística. En estos núcleos se registra una densidad demográfica excesiva, faltan zonas de esparcimiento y, además, las viviendas suelen ser pequeñas. En tales condiciones resulta difícil conseguir unas mínimas garantías de higiene y salud biológica.

Por otro lado, la diferente situación geográfica, social, económica y cultural de los distintos sectores de la población asistida, hace que tengan muy desiguales posibilidades de acceso y utilización del sistema sanitario-asistencial unos sectores y otros, por la concentración de medios personales e institucionales en determinadas zonas o comarcas.

Además, no todos los servicios sanitarios han tenido un desarrollo congruente con la importancia de su demanda real o potencial. Por ejemplo, constituye una deficiencia fundamental el desarrollo insuficiente de la atención psiquiátrica

a la población beneficiaria protegida por la Seguridad Social. Igualmente, la atención especializada a la población infantil evidencia la contradicción de contar con una red de clínicas pediátricas perfectamente dotadas, mientras que conceptual y legalmente se limita la edad para las prestaciones especializadas de pediatría a los siete años y toda la población infantil que vive en los medios rurales carece, de hecho, de asistencia especializada. Sin olvidar la insuficiencia de la asistencia médica y sanitaria a ancianos, enfermos crónicos, inválidos, débiles mentales y enfermos mentales. En la mayoría de los casos, las soluciones para estos enfermos están sólo a nivel privado y, por tanto, prohibitivas para las clases populares.

Ya hemos dejado constancia de la problemática derivada de la mala asistencia ambulatoria, que obliga a muchos —normalmente los más pudientes— a acudir a las consultas privadas. Pero, frente a la masificación de los ambulatorios de las ciudades, en el medio rural las dificultades se derivan de su insuficiente equipamiento material, personal e institucional, a la par que por otra serie de condicionamientos. Entre ellos, el insuficiente desarrollo cultural de la población, la difícil accesibilidad a los núcleos urbanos, la discriminación de los municipios y la regresión demográfica. En las “Jornadas sobre Economía y Salud”, celebradas también durante la pasada primavera, José Luis Perona, en otro tiempo Secretario de Estado para la Sanidad, informó sobre los criterios de distribución geográfica de los recursos sanitarios. Criterios que respondieron más a la influencia de pasillo y al amiguismo que a un mínimo rigor técnico y equitativo. Ahí está la geografía sanitaria para demostrarlo: mientras Navarra cuenta con 7,2 camas por mil habitantes, en Huelva tan sólo existen 2,3. Pero es un simple ejemplo. Si un día, después de varios años en su realización, se publican los mapas sanitarios de España, los ejemplos se multiplicarán.

La oferta sanitaria, además de desequilibrada en cantidad, representa también diferencias en cuanto a calidad. Nos



pueden servir los ejemplos anteriores. O basta recorrer las zonas rurales y compararlas con las urbanas y las zonas residenciales, en donde no faltan equipamientos, oferta médica, ni condiciones higiénicas. En unas recientes declaraciones de María Gómez de Mendoza, consejera de Salud de Madrid, expone que, mientras en Madrid-capital hay un médico por cada doscientos treinta y ocho habitantes, en el resto de la provincia el porcentaje es de un médico por cada ochocientos setenta y cuatro habitantes. En cuanto a camas hospitalarias, más del 80 por ciento están en Madrid-ciudad. Dos datos que muestran el desequilibrio real en una provincia.

En otras palabras, la asistencia especializada se concentra preferentemente en las zonas urbanas; en las rurales, prácticamente no existe. Y en las zonas intermedias o semiurbanas, en donde existen especialistas de niveles medios, cuentan con insuficiente equipamiento instrumental e institucional, sin vinculación a otros centros de niveles superiores y sin conexión profesional con dichos niveles.

La desconexión entre el sistema hospitalario y el extrahospitalario ha sido denunciada repetidamente y es una de las causas de la infrautilización del primero. En el "Libro rojo" se escribe que "como consecuencia del desarrollo de la asistencia hospitalaria y del inmovilismo de la organización asistencial extrahospitalaria, se ha producido una desconexión entre ambas organizaciones, que origina conflictos permanentes". Una y otra se desentienden entre sí y, por consecuencia, es mayor la lentitud en satisfacer la demanda asistencial, al tiempo que se sobrecarga la utilización de los recursos de diagnóstico y de la instancia hospitalaria, con el consiguiente deterioro general de todo el sistema sanitario.

#### Nivel de vida. Nivel de asistencia

A estos aspectos podrían sumarse otros de carácter cualitativo, como los puestos de relieve en la encuesta a enfermos

realizada por EDIS para el informe de la Sanidad, encargado por la Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos. En ella se revela algo que, en determinados ambientes, sólo era una sospecha: que la clase social del enfermo influye en el tipo de centro o médico a que acude, en la satisfacción con un diagnóstico acertado, la calidad de las visitas, la confianza en el médico, el tipo de explotación comercial de la enfermedad, el apoyo de la familia, la no necesidad de cambiar de centro o de médico y el conocimiento de experiencias sanitarias positivas para el propio enfermo.

En el caso concreto de la información que recibe el enfermo, o su familia, sobre la enfermedad y su proceso curativo, así como las opiniones de aquéllos respecto a éste, viene condicionada y mediatizada por una serie de factores, entre los que destacan el económico y el cultural. Cuanto más alto es el nivel económico-cultural, mayor es el grado de información a todos los niveles. Y al contrario: a menor nivel económico-cultural, menor grado de información y participación del enfermo.

Esta panorámica tan sólo presenta un sentido: nuestro sistema sanitario no nos sirve. Criticado por todos, insatisface a la mayoría. No faltan quienes se sirven de él para un negocio nada claro, a costa de la enfermedad y el sufrimiento ajeno. Los planteamientos de reforma, más allá de consideraciones políticas de todo tipo, deberán responder a una demanda social, que espera un sistema sanitario más justo, más económico y más barato.

# LA IGLESIA Y LA ASISTENCIA SANITARIA A LOS ENFERMOS

---

JESUS ALVAREZ GOMEZ  
Misionero Claretiano

Toda la vida cristiana se resume en la adhesión incondicional al Señor Jesús. La vida cristiana es seguimiento de Cristo; pero del Cristo total descrito en los Evangelios; en sus *palabras* y en sus *hechos*; en sus *gestos* y en sus *actitudes*. Y esta adhesión incondicional ha de manifestarla cada cristiano y la comunidad eclesial en su conjunto en todas y cada una de las situaciones de la vida concreta.

Ahora bien, una de las realidades más habituales con que cada cristiano y la Iglesia como comunidad se topan a diario, es *el mundo del dolor, el mundo de la enfermedad*. La actitud que cada cristiano y la comunidad eclesial asuman frente a los enfermos, es, sin duda, el mejor termómetro para medir los grados de su adhesión a Jesús, porque “lo que hicisteis con uno de estos mis más humildes, me lo hicisteis a mí” (Mt 25, 40).

Dividimos nuestro trabajo en tres partes:

- I. La Iglesia, continuadora de la enseñanza y de la actuación de Jesús para con los enfermos.
- II. La actuación de la Iglesia para con los enfermos en el pasado.
- III. Presente y futuro de la actuación de la Iglesia en el ámbito de la salud.

## I

### LA IGLESIA, CONTINUADORA DE LA ENSEÑANZA Y DE LA ACTUACION DE JESUS PARA CON LOS ENFERMOS

#### 1. Jesús valora la salud y la vida

“Yo soy el camino, la verdad y la vida” (Jn 14, 6). “Yo soy el pan de vida” (Jn 6, 35). Dios es un Dios de vivos y no de muertos (Lc 20, 38).

Jesús sugiere con todo esto que aquello que los hombres buscamos en estas realidades naturales, como son el pan, el camino, la vida, lo hemos de encontrar misteriosamente cumplido en El mismo. Esto no significa, por otra parte, que los cristianos tengamos que devaluar estas realidades naturales para valorar y buscar exclusivamente el encuentro con Cristo. Al contrario, son realidades llenas de sentido, por más que el sentido pleno solamente lo alcanzarán en Cristo Jesús.

Como dones de Dios, la salud, el bienestar y la armonía de la vida en este mundo, son valoradas por las enseñanzas de Jesús. “Yo he venido para que tengan vida y la tengan en abundancia” (Jn 10, 10). Esta vida la tendremos en plenitud en el más allá de la historia, en la *vida eterna*; pero el cristiano no

puede establecer una censura infranqueable entre la *vida eterna* y la *vida en este mundo*, cuyo signo más claro es la *salud* o la *ausencia de enfermedad*, porque la vida eterna es continuación de esta vida. Nuestra vida no termina, se transforma, dice el Prefacio de la Misa de difuntos. Existe, sin duda, una *ruptura* entre esta vida y la vida eterna. La evoca el mismo Jesús: “Aquel que come mi carne y bebe mi sangre, tiene la vida eterna y yo le resucitaré en el último día” (Jn 6, 54).

Estas palabras de Jesús están presuponiendo que la salud, el equilibrio y la armonía de la vida natural no son un fin en sí mismas. Y, por lo mismo, de una manera o de otra, llegará un momento en que ese equilibrio y esa armonía se rompan parcial o totalmente. Y se rompen por la *enfermedad* y la *muerte*.

El enfrentamiento de Jesús con el dolor y la enfermedad, tiene un significado que sobrepasa la realidad natural, como vamos a ver de inmediato; pero el hecho de que El emplee la curación de los enfermos como signo de una realidad superior, evidencia la valoración de la salud y de la armonía que ella implica en la vida del hombre.

## 2. Las acciones curativas de Jesús son signo de la salvación

Los Evangelios atestiguan en múltiples pasajes la relación privilegiada de Jesús para con los enfermos y, de una manera general, para con los que sufren o experimentan algún desequilibrio en su existencia:

— Jesús se identifica con los *enfermos del espíritu*, hasta el punto de que lo acusaron de comedor y bebedor, de amigo de los publicanos y pecadores (Lc 7, 34).

— Jesús privilegia en su trato a *los que no son nada*, “los pequeños” (Mc 9, 42).

– Gozan de sus simpatías los *atribulados* y los *afligidos*, ofreciéndose El mismo para ser su descanso y reposo (Mt 11, 28).

– Pero, sobre todo, Jesús tiene sus preferencias para los *enfermos*, en cuanto que ellos son *el signo visible del sufrimiento* de la humanidad.

“Jesús recorría toda la región de Galilea; enseñaba en las Sinagogas; anunciaba el Reino de Dios y *sanaba todas las enfermedades y los achaques de la gente*” (Mt 4, 23).

En un pasaje paralelo del que acabamos de transcribir de San Mateo, San Lucas narra cómo llegan a Jesús los discípulos de Juan el Bautista para preguntarle en nombre de su maestro: “¿Eres tú el que ha de venir o esperamos a otro?” (Lc 7, 20).

Precisamente, en ese momento, dice el Evangelista, Jesús “curó a muchos de sus quebrantos, enfermedades y malos espíritus. Y a muchos ciegos hizo gracia de la vista” (Lc 7, 21).

Y entonces les dice a los enviados del Bautista: “Id a contar a Juan *lo que habéis visto y oído*. Los ciegos recobran vista, los cojos andan, los leprosos quedan limpios, los sordos oyen, los muertos resucitan, los humildes son evangelizados. Y es bienaventurado el que no se escandalice de mí” (Lc 7, 22).

Este párrafo del Evangelio de Lucas parece la descripción de un moderno hospital por secciones.

Jesús *predicaba y curaba*. Es decir, Jesús *anuncia verbalmente* la inminencia del Reino. Pero Jesús anuncia también la inminencia del Reino con hechos, con gestos curativos. *Lo que han oído* los discípulos de Juan es un anuncio del Reino; pero también es anuncio del Reino *lo que han visto*.

Ahora bien, la *acción curativa* no es la acción de un *taumaturgo*, de un *milagrero* o de un *curandero*; porque El quiere que sus milagros, sus curaciones, sean entendidas como *signo de otra cosa*. La cosa significada, lo que está en el

hondón de los milagros de Jesús, es la acción salvadora de Dios en la historia de los hombres:

“Si yo echo los demonios —(si yo curo a los enfermos)— con el poder de Dios, quiere decir que ha llegado a vosotros el Reino de Dios” (Lc 11, 20).

Jesús ha curado multitud de enfermos. La acción era simplemente curar, devolverles la salud; pero lo que Jesús ha querido revelar a las gentes no es que El sea un curandero o un médico, sino que revelaba el Reino de Dios, es decir, anunciaba la curación, la salvación definitiva del hombre.

La enfermedad es aquí *objeto de salvación* y también *mediación de salvación*, porque el Señor Jesús no vino para los sanos, sino para los enfermos; no para los justos, sino para los pecadores. En esta paradoja está el reconocimiento de que todos los hombres estamos enfermos y de que todos los hombres somos pecadores, y, por tanto, todos estamos necesitados de salvación<sup>1</sup>.

### 3. Jesús encomienda los enfermos a la acción de la Iglesia

Si la Iglesia es la continuadora en el mundo de la acción salvadora de Jesús, tendrá que anunciar y realizar la salvación del mismo modo como la realizó su Señor. Y, en efecto, la misma duplicidad que encontramos en el anuncio del Reino por parte de Jesús, la encontramos también en la Iglesia por mandato explícito de Jesús.

Cuando Jesús envió a sus discípulos, de dos en dos, por las ciudades y aldeas cercanas para anunciar el Reino de Dios, establece la misma duplicidad de cauces para la evangelización: la *palabra* y el *hecho curativo*:

— La *palabra*: “Anunciadles: Os llega el Reino de Dios” (Lc 10, 9).

— El *hecho curativo*: “Curad a los enfermos que se hallaren allí” (Lc 10, 9).

Cuando la Iglesia prolonga el misterio de la acción de Jesús frente a los enfermos, también su acción tiene un doble significado: uno inmediato, que es la acción curativa en sí misma que devuelve la salud al enfermo; pero tiene además un segundo significado, que consiste en hacer real en el tiempo el amor salvífico de Dios. La acción curativa de la Iglesia, como la del mismo Jesús, es un signo del amor salvador de Dios y de su presencia activa y poderosa en medio de los hombres. Es signo de que el Reino ha llegado ya.

Es más; la Iglesia ha recibido el mandato explícito de Jesús de cuidar a los enfermos, porque de ello serán examinados los cristianos en el último día: “Estuve enfermo y me visitásteis” (Mt 25, 36). Y uno de los signos que acompañarán a los heraldos de la Buena Nueva será su eficacia curativa: “Impondrán las manos sobre los enfermos y recobrarán la salud” (Mc 16, 18).

Por eso mismo, gracias a quienes en la Iglesia se dedican a la acción de curar y asistir a los enfermos, la Buena Nueva del Reino no queda reducida a una simple *palabra*, a una simple *teoría*, sino a un *muy concreto servicio del amor misericordioso y salvador de Dios*. Quienes en la Iglesia se dedican al cuidado de los enfermos, son, en realidad, *artesanos de la evangelización*, porque entran en contacto directo con el *conflicto entre el mal y la fe*<sup>2</sup>; conflicto que es uno de los generadores más directos y poderosos de la *increencia*. De ahí también la necesidad de que, aquellos que en la Iglesia se dedican preferentemente a esta acción curativa, se sientan habitados por una fe profunda. Solamente así podrán ser evangelizadores a través del gesto curativo.

La Constitución *Lumen Gentium*, del Vaticano II, ha sintetizado bellamente todo esto, estableciendo un paralelismo entre la acción de Jesús y la acción de la Iglesia en relación a los enfermos:



“Cristo fue enviado por el Padre a evangelizar a los pobres y levantar a los oprimidos (Lc 4, 18), para buscar y salvar lo que estaba perdido (Lc 19, 10); así también la Iglesia abraza con su amor a todos los afligidos por la debilidad humana; más aún, reconoce en los pobres y en los que sufren la imagen de su Fundador pobre y paciente, se esfuerza en remediar sus necesidades y procura servir en ellos a Cristo” (LG 8).

Vamos a ver cómo la Iglesia ha cumplido esta misión de curar a los enfermos, a lo largo de su historia<sup>3</sup>: “Estuve enfermo y me asistísteis” (Mt 25, 36).

## II

### LA PRESENCIA Y ACTUACION DE LA IGLESIA PARA CON LOS ENFERMOS, A LO LARGO DE LA HISTORIA

#### 1. En los primeros siglos cristianos

En nuestros días, salvadores de todos los credos políticos levantan muy alta la bandera de la solidaridad y de la justicia social en favor de los oprimidos, entre los que ocupan un lugar importante los enfermos. Y es bueno que así suceda porque es el mejor indicio de que el Reino de Dios sigue presente en el mundo, aunque no se quiera hacer una referencia explícita a él.

Pero la acción pionera en el campo de la asistencia a los pobres y sobre todo en el campo de la asistencia a los enfermos, le corresponde sin discusión a la Iglesia. La atención y el cuidado de los enfermos, que hoy nos parece un elemental

deber de justicia social, no siempre fue entendido así. Las sociedades anteriores al Cristianismo no tuvieron una preocupación por los enfermos ni, por consiguiente, organizaron establecimientos para atenderlos. Es cierto que en los templos de Esculapio y de otros *dioses sanadores* se apiñaban los enfermos, pero sólo mientras esperaban el oráculo del dios. Aquellos templos no eran enfermerías ni hospitales, ni sus sacerdotes médicos ni enfermeros.

Por eso mismo, el Cristianismo significa una gran *revolución*. Desde sus mismos orígenes, no ha habido miseria humana que no haya encontrado un profundo eco en almas generosas que, en nombre de Cristo y en nombre también de su Iglesia, se han entregado desinteresadamente al cuidado de los pobres y de los enfermos. Se trata de una larga historia que empieza con Pedro y Juan, los cuales, subiendo a orar al Templo, se encuentran con aquel paralítico que les pide limosna. Ellos no le dan ni oro ni plata, que no poseen, pero, en nombre de Jesús Nazareno, muerto y resucitado, le devuelven la salud.

Teológicamente e históricamente, es evidente la estrecha relación que existe, a lo largo de toda su historia, entre la Iglesia y la acción sanitaria. Y si la Iglesia ha estado ahí presente, de una manera tan intensa, es porque hay un signo de la acción salvadora de Jesús actuando en el mundo. Es toda la Iglesia la que ha estado comprometida en el mundo de los enfermos, por más que, en un porcentaje muy elevado, hayan sido, sobre todo a partir de un determinado momento, las órdenes y congregaciones religiosas las que han atendido de un modo preferente, y en muchas ocasiones de un modo exclusivo, a los enfermos.

Durante los tres primeros siglos, caracterizados por una situación de persecución y de ilegalidad en el Imperio romano, los cristianos no pudieron tener instituciones públicas para la asistencia a los enfermos; quizás no hubieran podido, aunque hubieran querido, porque las comunidades cristianas reclu-

taban sus adeptos entre las clases más humildes de la sociedad. En aquel período, la asistencia a los enfermos no era técnica o médica, sino más bien de acompañamiento humano y cristiano, es decir, para ayudar al enfermo en sus necesidades materiales y para hacerle comprender la enfermedad como participación en la pasión del Salvador.

Los cristianos, a partir del siglo II, aunque no tuvieran establecimientos públicos, lograron una organización sanitaria eficaz que llegó a causar la admiración de los mismos paganos. Era una asistencia individualizada, a domicilio <sup>4</sup>. Las comunidades hacían colectas para la asistencia a los pobres y a los enfermos. De la distribución de estas ayudas y de esta asistencia, se encargaban los *diáconos* y *diaconisas*. Así aparece por primera vez en la historia de la humanidad una organización caritativa, totalmente desinteresada, dedicada al servicio de los pobres y necesitados <sup>5</sup>.

Cuando desaparezca la institución de las *diaconisas*, y los *diáconos* vayan asumiendo *funciones más clericales*, serán sustituidos en la asistencia a los pobres por las *vírgenes* y los *ascetas*. Todos los autores que de alguna manera se ocuparon del tema de la virginidad y del ascetismo en este período, se preocupan por inculcar la obligación de atender a los pobres y a los enfermos <sup>6</sup>.

Después del año 313, cuando Constantino concedió la libertad a la Iglesia, ésta pudo organizar sus instituciones benéficas. Aquí nos ocuparemos solamente de aquellas que dicen una relación más directa a la asistencia a los enfermos.

Abrió la marcha en esta dirección la misma vida monástica establecida en el desierto. Paladio atestigua la preocupación de los monjes de los desiertos de Nitria por ayudar a los pobres y enfermos no sólo de las aldeas más cercanas, sino incluso de la populosa Alejandría. Se trataba, lógicamente, de una acción más bien individualizada <sup>7</sup>.

Con la fundación de los primeros *monasterios urbanos*, en las proximidades de las ciudades, se crean también lo que

pudiéramos llamar las primeras *Casas de Caridad*, para el cuidado y atención de los enfermos, recibiendo distintos nombres, según se trate de enfermos —*Nosocomios*—, de ancianos —*Jerontocomios*—, de peregrinos —*Xenodoquios*—, aunque, tanto en unos como en otros, la asistencia es más bien indiferenciada. San Juan Crisóstomo es el primer testigo que nos habla de la existencia de un hospital específico para *leprosos*, en las cercanías de Constantinopla <sup>8</sup>.

San Basilio, juntamente con sus monjes, fue el fundador de la institución hospitalaria propiamente dicha más antigua. En el año 360 erigió, junto a su monasterio de Cesárea de Capadocia, un hospital bajo la advocación de San Lázaro, del que se ocupaban sus propios monjes <sup>9</sup>. También en el monasterio de Santa Macrina, hermana de San Basilio, existía un albergue para enfermos pobres <sup>10</sup>.

Es más, fueron los Padres Capadocios —San Basilio, San Gregorio Nacianzeno y San Gregorio de Nisa— los primeros en elaborar incluso una teología sobre la enfermedad y sobre la asistencia a los enfermos. Es posible que sus argumentos no nos convenzan porque adolecen de las categorías helenistas de aquel tiempo, pero ya es importante el hecho de que hayan reflexionado teológicamente sobre este tema. Partían del principio griego de que el orden natural es inamovible porque es un orden querido por Dios. Por tanto, no se puede ni se debe pretender acabar con los pobres ni con los enfermos. Pero sí es deber ineludible de la Iglesia y de cada cristiano en particular el cuidarlos y atenderlos como si se tratasen del mismo Cristo. Surgió así toda una teología sobre las *obras de misericordia*. Ya el propio San Cipriano, a mediados del siglo III, había calificado el comportamiento de los cristianos, a tenor del capítulo 25 de San Mateo, como las *obras de nuestra justicia y de nuestra misericordia* <sup>11</sup>.

## 2. En la Edad Media

Este espíritu de las *obras de misericordia* es el que sustenta el florecimiento hospitalario a lo largo de toda la Edad Media. Fueron los emperadores bizantinos, sobre todo desde Justiniano (527-564), los primeros en preocuparse por la asistencia hospitalaria, fundando y dotando centros, cuya dirección confiaron a los monjes y a las monjas, bajo la inmediata vigilancia de los obispos.

Desde Oriente se propagan estas instituciones benéficas a Occidente, aunque ya antes de Justiniano encontramos algunos centros asistenciales en Roma. También en Africa, en vísperas de las invasiones de los vándalos, nos habla San Agustín de la acción caritativa en favor de los enfermos, en su iglesia de Hipona <sup>12</sup>; y en el Sur de Italia, San Paulino de Nola ha creado en su iglesia algún centro de esta índole <sup>13</sup>. En Roma, en tiempos de San Gregorio Magno (590-604), se desplegaba también una gran acción caritativa en favor de los enfermos.

Pero la *mano larga* de la Iglesia durante toda la Edad Media, no sólo en la asistencia a los enfermos, sino también en cualquier otra función de suplencia de la sociedad, fueron los monasterios. La fundación de un monasterio implicaba necesariamente la construcción de un edificio o, por lo menos, de una sala amplia destinada a *hospedería*, en la que se daba cobijo no sólo a los peregrinos sino también a los pobres y enfermos. Y no faltaron a comienzos de la Edad Media casos peculiares como el de San Cesáreo de Arlés, que fundó en el año 512 un hospital junto a su iglesia catedral <sup>14</sup>. Y el mismo santo dispuso que una buena parte de las rentas con que dotó el monasterio de mujeres por él fundado, fuese destinada al cuidado de los enfermos.

El afán de peregrinar fue causa de que se multiplicaran centros hospitalarios para los peregrinos enfermos, a lo largo de las grandes rutas de los santuarios más famosos. Pero es

a partir del siglo XII cuando la asistencia hospitalaria experimenta un gran incremento. Las razones de este florecimiento pueden ser muchas, tales como una larga serie de epidemias; el desarrollo demográfico, que acumula en las ciudades gran número de pobres y de enfermos; las Cruzadas, que popularizaron en Occidente las instituciones hospitalarias bizantinas. Pero sobre todo fue el descubrimiento del Cristo pobre del Evangelio, debido al incremento de la lectura de la Biblia después de la Reforma Gregoriana. Este redescubrimiento de Cristo en el enfermo llevó a la rivalidad entre obispos, nobles y monasterios, para la fundación de hospitales <sup>15</sup>.

Ese incremento espectacular de centros benéficos trajo consigo la necesidad de un personal numeroso y sobre todo especializado. Los hospitales fundados por los monasterios eran regidos por los mismos monjes. Todos los demás hospitales, incluso los no fundados por ellos, estaban bajo el cuidado y vigilancia inmediata de los obispos, porque en la Edad Media los hospitales eran *lugares sagrados*. Esto dio origen a la fundación de *comunidades laicales*, que imitaban la vida canónica y que, poco a poco, se convirtieron en auténticas *comunidades religiosas* para la exclusiva asistencia de los enfermos.

Desde el siglo XIII se multiplicaron estas *comunidades hospitalarias*, al estilo de la más famosa de todas ellas: las Agustinas del Hôtel-Dieu de París. El espíritu humanitario y caritativo de San Francisco de Asís y de sus Hermanos Menores despertó entre los laicos toda clase de iniciativas en favor de los pobres y de los enfermos, aunque ellos no fuesen una Orden dedicada al cuidado de los enfermos; pero de las filas de la Tercera Orden saldrán congregaciones de Hermanas hospitalarias.

También las *Ordenes Militares* crearon hospitales, primero en Palestina y después en Occidente. Los *Hospitalarios de San Juan de Jerusalén* tienen su primer origen en el hospital fundado en Jerusalén, aunque después evolucionasen hacia Orden Militar. Los *Templarios*, los *Caballeros Teutónicos* y, en Es-

paña, los *Caballeros de Santiago* y la *Orden de Calatrava*, fundaron hospitales a lo largo de la ruta jacobea y en las poblaciones donde tenían sus castillos o fortalezas.

Una enfermedad tan temida en la Edad Media como la lepra, encontró también la asistencia especial de la Iglesia en la *Orden de San Lázaro*. Pero la Orden hospitalaria por antonomasia en la Edad Media fueron los *Hospitalarios del Espíritu Santo*, popularmente conocidos como los *Hermanos de la Paloma*.

Muy en consonancia con el espíritu de la Edad Media, la asistencia a los enfermos fue más una obra de *caridad* que de *justicia*. Y aunque ya se da lugar a los primeros escarceos de una técnica médica, sin embargo la asistencia sigue siendo obra de misericordia, incluso empleando las obras de misericordia temporales como trampolín para llegar a las obras de misericordia espirituales. Eran más obras de sacerdotes que de médicos. Y eran obras de la Iglesia, no del Estado.

### 3. En el Renacimiento y en la Edad Moderna

Con el Renacimiento cambia la dinámica hospitalaria. Y va a cambiar también la forma de presencia de la Iglesia en los hospitales. La idea clave que presidía la asistencia hospitalaria en los centros de la Iglesia y de los monasterios, a lo largo de la Edad Media, era ésta: los pobres, los enfermos, son los señores. Por ello, en todo lo relativo a los bienes del Centro, los enfermos tienen la prioridad, porque ellos son los verdaderos dueños y, a través de ellos, el mismo Cristo.

Era necesario servir a los enfermos no solamente en sus necesidades corporales, sino también en las necesidades espirituales. Por eso se les exigía a los enfermos, antes de su ingreso en el hospital, la confesión y la recepción de la Eucaristía. Pero no se entendería esto adecuadamente si lo consideráramos como una forma de utilizar al enfermo o de hacer proselitismo

con él. Todo lo contrario. Dentro, por supuesto, de la mentalidad religiosa medieval, reconciliar al enfermo con Cristo era hacer de él otro Cristo y, por consiguiente, hacerlo dueño de bienes y personas de la institución asistencial u hospitalaria.

Este hecho de que los enfermos eran considerados dueños de los bienes del hospital, no es cosa sin importancia. Debido a que en una época de decadencia de la Iglesia, como fueron los siglos XIV y XV, se corrió el riesgo de que los rectores y aquellos eclesiásticos que tenían la encomienda de los hospitales se aprovecharan de sus bienes en detrimento de los enfermos; de ahí que se procurase constituir en *congregaciones religiosas* a las asociaciones de beneficencia que regentaban los hospitales. Era el mejor modo de garantizar el uso de los bienes en beneficio de los pobres y enfermos.

A lo largo de los siglos XIV y XV, las antiguas instituciones hospitalarias decayeron hasta el punto de que muchas de ellas se extinguieron. Entre las causas de esta decadencia se podría citar: la residencia de los Papas en Aviñón y el consiguiente Cisma de Occidente; la Guerra de los Cien Años; la peste negra que diezmó y en muchos casos aniquiló los monasterios. El hecho es que, a finales de la Edad Media, a pesar de los intentos de restauración llevados a cabo por las Congregaciones de Observancia que fueron surgiendo en las antiguas órdenes religiosas, y a pesar de los Oratorios del Divino Amor que crearon hospitales para incurables, se puede afirmar que la asistencia a los enfermos, tan floreciente en la Edad Media, estaba prácticamente arruinada, en trance casi de desaparición<sup>16</sup>.

Ante ese colapso de los hospitales regentados por la Iglesia, sobre todo por las órdenes religiosas, los poderes civiles, es decir, los Estados, experimentan la urgencia de organizar la asistencia a los pobres y a los enfermos. De este modo, la acción sanitaria empieza a *secularizarse*, pasando de la jurisdicción eclesiástica a la jurisdicción secular o civil. Hasta el punto de poder afirmar que la gran novedad del mundo mo-



dermo son los *hospitales reales*, los *hospitales municipales*, los *hospitales de los gremios*, aunque estos últimos tienen su primer origen ya en la Edad Media.

La Iglesia, una vez que entró por el cauce de la Reforma, sobre todo después del Concilio de Trento, tiene que replantear su asistencia a los enfermos. Y lo va a hacer por obra de hombres carismáticos, tales como *San Juan de Dios*, *San Camilo de Lellis* y *San Vicente de Paúl*, por no citar nada más que a los más importantes, los cuales, por medio de las *órdenes hospitalarias* y de nuevas formas de congregaciones como las Hijas de la Caridad, van a responder adecuadamente a las nuevas exigencias planteadas por el mundo de la miseria, de la marginación y de la enfermedad.

El Concilio de Trento no pudo menos de ocuparse también, dentro de la Reforma general de la Iglesia, de las instituciones benéfico-asistenciales que estaban a cargo de las congregaciones u órdenes religiosas.

Ahora bien, si las decisiones tomadas por los Padres Conciliares, relativas a la administración de los bienes patrimoniales de los hospitales, resultaron positivas, porque se corrigieron innumerables abusos que acabaron con la dilapidación de los bienes materiales que deberían ir, pero que de hecho no iban, al servicio de los enfermos, no sucedió otro tanto con las disposiciones tridentinas relativas a las personas que regentaban los hospitales y demás instituciones de asistencia. Aunque el Concilio dio una norma que obligaba a la clausura a todas las religiosas, excepción hecha de las que vivían según la Regla de las Terceras Ordenes, el hecho es que San Pío V la interpretó en el sentido más restrictivo, obligando, con su Bula *Circa Pastoralis* (1566), a todas las comunidades, incluidas las Terciarias, a la clausura<sup>17</sup>.

Con esta decisión, la asistencia hospitalaria recibió un duro golpe, porque muchas comunidades que estaban al frente de hospitales se vieron obligadas a abandonarlos para someterse a la clausura pontificia. Es cierto que surgieron algunas

congregaciones nuevas de mujeres, no reconocidas por la Iglesia como religiosas, pero no fueron suficientes para sustituir a las numerosas comunidades anteriores.

En este contexto post-tridentino hay que situar la auténtica *revolución* hospitalaria llevada a cabo por *San Vicente de Paúl*, junto con *Santa Luisa de Marillac*. El gran mérito de San Vicente de Paúl está en haber ganado definitivamente a la mujer para la acción hospitalaria y caritativa, arrebatándole la partida al juridicismo post-tridentino. El supo, en efecto, mantener a sus *Hijas de la Caridad* en la misma vida interior de las antiguas comunidades religiosas hospitalarias, pero liberándolas de cualquier atadura jurídica claustral, de modo que ellas pudieran sentirse, primero, siervas de los pobres y de los enfermos, y, después, religiosas. La estructura que San Vicente de Paúl quiso para sus Hijas de la Caridad quedó plasmada en unas palabras suyas que se han hecho célebres:

“Las Hijas de la Caridad tendrán por monasterio la casa de los enfermos, por celda una habitación de alquiler, por capilla la iglesia parroquial, por claustro las calles de la ciudad o las salas de los hospitales, por rejas el temor de Dios y por velo la santa modestia”<sup>18</sup>.

Con semejante estructura, San Vicente de Paúl dio a la caridad cristiana unas fuerzas insospechadas de dedicación y de sacrificio, componiendo, a través de sus Hijas de la Caridad, el poema más hermoso de amor al prójimo en hospitales, hospicios, orfanatos, cárceles e incluso campos de batalla. El ejemplo de San Vicente de Paúl y de sus Hijas de la Caridad fue seguido por otros fundadores, desbordando así todos los cuadros establecidos durante la Edad Media en el campo de la asistencia a los enfermos, porque, frente al localismo medieval, las nuevas instituciones religiosas adquieren rápidamente una expansión internacional, aunque, si bien es verdad que se gana

en eficacia y en medios de acción, no es menos cierto también que se pierde mucho de aquel encanto que les daba a las comunidades hospitalarias medievales la inserción y el arraigo en una iglesia local determinada.

Si quisiéramos sintetizar la situación hospitalaria en este período, podríamos hacerlo del siguiente modo:

— La iniciativa en la creación de hospitales y centros asistenciales pasa, desde el Renacimiento, cada vez más al poder civil. Son los municipios y la Corona los que construyen los hospitales y aportan las rentas necesarias para su conservación y eficacia asistencial.

— La Iglesia, aunque no sea propietaria de los establecimientos, mantiene, sin embargo, el monopolio en la gestión de los mismos, a través de las nuevas congregaciones religiosas de varones y de mujeres surgidas con finalidad hospitalaria.

— A pesar de la creciente preocupación de los poderes civiles por crear centros hospitalarios y asistenciales, éstos no fueron suficientes; de ahí que también la Iglesia y las órdenes y congregaciones religiosas fundaran instituciones benéficas privadas, a fin de poder dar cobijo a quienes no podían acudir a los centros públicos.

— La acción de la Iglesia se orienta fundamentalmente hacia aquellos sectores de la marginación y de la enfermedad más desatendidos por los poderes públicos, tales como los enfermos incurables, los vergonzantes y locos.

#### 4. En los siglos XIX y XX

A finales del siglo XVIII se intenta plasmar en la práctica de la vida de los individuos y de las sociedades la nueva menta-

lidad creada por los *ilustrados*. Comienza de este modo una nueva etapa en las relaciones de la Iglesia con los poderes públicos. Sin duda, los ideales de *libertad, igualdad y fraternidad*, postulados por los revolucionarios franceses de 1789, son netamente evangélicos. Si entonces no se pudo descubrir este meollo evangélico, se debió a la cáscara amarga en que venía envuelto.

Si el afán de los hombres de la Ilustración era *secularizar*, es decir, independizar al máximo al hombre de los postulados y exigencias de la fe y de la Iglesia, era previsible que el sector de la asistencia hospitalaria sería uno de los que se iban a ver más afectados. Si la Iglesia era tachada de *oscurantista*, cabía esperar que el mismo trato recibiesen los miles de religiosas y religiosos que se ocupaban de los enfermos en los hospitales y demás centros públicos. Primero en Francia, después en las demás naciones de Europa, fueron suprimidos los conventos; pero de esta regla general tuvieron que exceptuar a las congregaciones hospitalarias porque eran imprescindibles.

Con la Ilustración, la ciencia médica experimenta un gran progreso. Y en consecuencia todos los Estados empiezan a formar su propia *política sanitaria*, en la que los médicos asumirán la dirección de las instituciones hospitalarias. Los hospitales ya no son considerados como centros de caridad y de misericordia en los que, además de los enfermos, eran acogidos los pobres en general. Ahora se diversifican los centros. Habrá hospicios para niños abandonados; habrá residencias o casas de caridad para ancianos y pobres en general; pero los hospitales se reservan para la curación de los enfermos.

La asistencia sanitaria es considerada como una *profesión*, de modo que los *enfermeros y enfermeras* empiezan a sustituir a las religiosas al lado de los enfermos. Ciertamente, con este procedimiento, la Iglesia perdió numerosos centros asistenciales. Pero más duro fue aún en este sentido el hecho de que los distintos Estados europeos arrebataran a la Iglesia sus bienes materiales. De este modo, innumerables pobres y

enfermos, que eran atendidos en los asilos y hospitales propios de la Iglesia en general y de las órdenes religiosas en particular, quedaron sin asistencia.

Los Gobiernos ilustrados consideraban humillante para el hombre la beneficencia de la Iglesia y de las órdenes religiosas. Pero, de hecho, no fueron capaces de solucionar el problema de la marginación y de la miseria. Le arrebataron los bienes a la Iglesia, pero con ello no consiguieron otra cosa que los pobres quedasen más pobres y los ricos más ricos porque a ellos fueron a parar los bienes eclesiásticos secularizados.

Esta es la razón que explica un hecho curioso en la historia de la Iglesia y en la historia misma de la beneficencia y de la asistencia sanitaria. Cuando la Iglesia ha quedado despojada de todos sus bienes, empiezan a surgir por todas partes nuevas congregaciones religiosas, de mujeres sobre todo, dedicadas a la enseñanza y a la beneficencia. Y todo ello sin contar con recursos materiales de ninguna clase. En la vieja Europa y, como novedad, también en América, surgen por todas partes nuevas congregaciones hospitalarias, con lo cual la presencia de la Iglesia en el mundo del dolor, en vez de disminuir como era pretensión de los Gobiernos ilustrados, se incrementó de un modo muy considerable.

La Iglesia, a través de estas congregaciones hospitalarias, se adapta a la nueva situación sanitaria. Ya no serán centros hospitalarios donde tienen cabida todos los necesitados de caridad, sino *hospitales medicalizados*. Lejos de disminuir la acción de la Iglesia, ésta se acrecienta, porque los Estados no pueden acudir a remediar todas las necesidades de la población. Y serán una vez más los sectores más desheredados de la sociedad los que tengan las preferencias de la Iglesia y de las nuevas congregaciones religiosas, que se granjearon muy pronto las simpatías de las gentes. Solamente en Francia, se fundaron, a lo largo de los siglos XIX y XX, más de 450 congregaciones femeninas, la mayor parte de las cuales subsisten aún hoy día; y en España se fundaron más de doscientas, más

de la mitad de las cuales tienen como finalidad directa o compartida con otras actividades el cuidado de los enfermos en hospitales y clínicas e incluso a domicilio <sup>19</sup>.

Todas estas nuevas congregaciones, lo mismo que las más antiguas, han ido reestructurando sus actividades sanitarias según las exigencias de la legislación de los Estados en esta materia.

### III

#### PRESENTE Y FUTURO DE LA ACTUACION DE LA IGLESIA EN EL AMBITO DE LA SALUD

##### 1. La asistencia sanitaria, competencia de los Estados

A lo largo del siglo XIX, los Estados toleraron la presencia masiva de la Iglesia en el ámbito sanitario, porque no tenían un personal ni medios económicos suficientes para atender por sí mismos la demanda sanitaria.

En 1864, la Convención de Ginebra da origen al Comité Internacional de la *Cruz Roja*, y, aunque en un porcentaje muy elevado será la Iglesia la que, a través de las congregaciones religiosas, aportará el personal necesario para esos centros, sin embargo es una fecha importante porque los Estados europeos reconocen por primera vez su obligación y responsabilidad respecto de los cuidados sanitarios, aunque sea en un aspecto tan restringido como el de los casos de guerra. Pero es importante además porque los diversos Comités de la Cruz Roja exigen la formación de enfermeras competentes.

Fue la República francesa la que dio los primeros pasos en la *estatalización de la sanidad*. En 1877 se promulga un decreto de *laicización* de los hospitales, que, si bien al prin-

cipio tuvo unos efectos nefastos para los enfermos, a causa del escaso personal preparado, fue sin embargo un primer paso para la transformación radical de la sanidad. En 1893, un nuevo decreto hace obligatoria la asistencia a los enfermos sin recursos; asistencia que se convierte en un servicio a cargo del Estado. Para la formación del personal sanitario laico necesario, se fundan en 1902 las Escuelas de Enfermeras como una carrera más.

En todos los demás países de Europa, con más o menos retraso, se van dando los mismos pasos que en Francia. De este modo, la Iglesia pierde innumerables centros sanitarios; pero esta *competencia estatal*, o mejor esta estatalización de la sanidad, obligó a la Iglesia, y más concretamente a las congregaciones religiosas, a entrar por nuevos derroteros en los servicios prestados a los enfermos, pasando de la consideración de la asistencia sanitaria como obra caritativa o de misericordia a una profesionalización.

## 2. La socialización de la medicina o la Seguridad Social

Fue a mediados del siglo XIX cuando empezaron los primeros sistemas de *socialización* de los servicios sanitarios. Pero fue la gran crisis económica de los años 1929-1933 la que obligó a dar un gran viraje no sólo en los sistemas económicos hasta entonces vigentes, sino también en el sistema sanitario. El gran principio de transformación del sistema económico, tal como lo proponía el célebre economista Keynes, que ha estado en vigor prácticamente hasta hoy, es que el Estado ha de intervenir en el juego económico, a fin de que, cuando se produzcan las crisis, las clases más desvalidas de la sociedad, que son los obreros, no queden desamparadas, sino que tengan asegurados los servicios más elementales de la vida, entre los cuales está la asistencia sanitaria.

Si el obrero tiene asegurados los servicios imprescindibles, ya no necesitará ahorrar y, por tanto, se incrementará el consumo, lo cual activará la demanda. En una palabra, la economía experimentará un fuerte crecimiento, al incrementarse las transacciones económicas.

Estos principios de economía son los que están a la base de los modernos seguros obligatorios. Y de un modo peculiar del *seguro obligatorio de enfermedad*.

Tenemos así un cambio de mentalidad radical respecto a la asistencia sanitaria. Esta ya no será una *obra de misericordia* de la Iglesia y ni siquiera una *obra de beneficencia* del Estado, sino que empezará a ser considerada como una cuestión de *justicia social*. Ante este cambio radical de mentalidad, es cierto que la Iglesia no vio con buenos ojos este movimiento que implicó la desaparición de un gran número de hospitales de la Iglesia y de las congregaciones religiosas. Pero, poco a poco, la Iglesia se fue adaptando y cooperando activamente en la nueva estructuración de las residencias y hospitales de la Seguridad Social, de modo que gran número de ellos fueron confiados a comunidades religiosas; y la Iglesia tenía una presencia muy activa en ellos.

### 3. La progresiva separación entre Iglesia y Estado, y su incidencia en la asistencia sanitaria

Una de las características del mundo de nuestro tiempo, desde cualquiera de las vertientes en que se le quiera considerar, es la *secularización*; es decir, se trata de un mundo que se gobierna al margen de cualquier referencia a normas que le sean ajenas. Las realidades del mundo tienden a organizarse y constituirse en una *autonomía* cada vez mayor en relación a todo *orden sagrado o eclesial*. A nivel de relaciones entre Iglesia y Estado, todo esto se traduce en una *separación* entre ambas realidades. El hombre, la sociedad, el Estado, ya no



tienen necesidad de Dios y mucho menos aún de la Iglesia, para justificar, explicar y organizar el mundo. La religión, la pertenencia o no pertenencia a una Iglesia determinada, es un asunto personal que se deja al ámbito de la conciencia.

Sin entrar ahora en una valoración de la realidad de la secularización, puesto que puede ofrecer elementos muy positivos aunque los tenga también, o por lo menos pueda tenerlos, muy negativos, el hecho es que esta nueva mentalidad ha afectado de un modo muy directo al *ámbito de la asistencia sanitaria*.

Se comprende fácilmente cómo en un mundo secularizado, en un contexto de *separación* entre Iglesia y Estado, la presencia de las congregaciones religiosas y de la Iglesia en general en las instituciones hospitalarias públicas, como pueden ser las de la Seguridad Social que son de competencia de los Estados, habrá de experimentar por fuerza una gran quiebra. Es cierto que en España esta presencia es aún muy fuerte, tal como se desprende de las estadísticas publicadas por la FERS (Federación Española de Religiosas Sanitarias); pero no es menos cierto que tiende a disminuir a pasos agigantados. De ahí que sea necesario que la Iglesia se adapte a la nueva situación y que incluso cree nuevos modos de presencia, puesto que por su misma misión no puede renunciar a estar presente en el ámbito de la asistencia a los enfermos.

#### 4. Presencia de la Iglesia en los hospitales laicos o secularizados

¿Cuál puede ser el sentido profundo de la presencia de la Iglesia en el mundo hospitalario? A esta pregunta se le pueden dar varias respuestas, según sea la intencionalidad última de quien realiza una labor asistencial a los enfermos. No cabe duda de que los hospitales han progresado considerablemente, una vez que el Estado ha asumido su responsabilidad en este

campo, de modo que la población tiene hoy una asistencia sanitaria que hace apenas unos decenios ni podía soñar. El seguro obligatorio de enfermedad ha supuesto una mejora indiscutible en la asistencia a los enfermos, por más que haya reticencias al respecto. Ciertamente, a nivel técnico, la asistencia sanitaria privada, sea de la Iglesia o de cualquier otra entidad, no podrá competir con la estatal.

A pesar de lo dicho, en el mundo de nuestro tiempo, la asistencia sanitaria ha entrado por unas vías de replanteamiento radical. Organizaciones mundiales como la OMS propugnan una corriente y una mentalidad que se orientan hacia la *deshospitalización*. El hospital debería ceder su puesto a la comunidad, hasta el punto de que la medicina dejaría de ser *ciencia biológica* para ser considerada como *ciencia social*. La Iglesia tendría aquí un papel importante que desarrollar.

En efecto, si la sociología ha demostrado que muy frecuentemente el *hospital tradicional* ha sido un ámbito de represión y de control de las conductas, los cristianos deberían asumir la parte de responsabilidad que les corresponde no sólo como ciudadanos, sino en nombre del mensaje liberador cristiano, en la ayuda a los pobres, a los marginados, a los enfermos. Se trata, en último término, como dice el doctor Gracia Guillén, de saber "si el poder delegado de la sociedad que el médico ostenta lo utiliza para hacer a los hombres más libres, autónomos y adultos, o si, por el contrario, se torna en sus manos en instrumento de esclavitud que perpetúa y cronifica las conductas dependientes, infantiles e inmaduras" <sup>20</sup>. El hospital ha sido, sin duda, en no pocas ocasiones un instrumento de marginación. Por eso la Iglesia tiene una gran misión que cumplir en nombre del Evangelio en las instituciones hospitalarias, aunque éstas sean laicas.

La presencia de la Iglesia en los hospitales puede que alguien la quiera interpretar como una acción que no sobrepasa una perspectiva meramente humana, por más que pueda ser

considerada como una *liberación secularizada*. También la Iglesia tendría que asumir esta perspectiva que por sí misma sobrepasa ya la simple función o *profesión curativa*. Pero no sería suficiente esta interpretación de la presencia de la Iglesia en el mundo hospitalario. Ha de ser una presencia que afirma la realidad de lo espiritual como una posibilidad de re-encuentro con Dios, porque para la Iglesia la asistencia sanitaria a los enfermos, como la asistencia a cualquier otro tipo de marginación, es siempre un *signo del amor salvador de Dios por los hombres y de su presencia activa y poderosa en el mundo. Es un signo de que el Reino ha llegado ya al hombre.*

Pero es importante tener en cuenta que la presencia de la Iglesia en el mundo hospitalario, incluidos los hospitales laicos o civiles, no puede ir desde la perspectiva de una *suplencia*, sino desde la *actividad y la competencia profesionales*. Quiero decir que la Iglesia, o quienes en su nombre están presentes en el mundo hospitalario, no son más apóstoles porque, además de cumplir su profesión sanitaria, pronuncien una palabra sobre Cristo. No; porque su camino de evangelización no es el de la palabra, sino el de los gestos curativos. Actualiza la presencia del Cristo que curaba a los enfermos. Su evangelización no va por el *habéis oído*, sino por el *habéis visto* (Lc 7, 22).

Lo que se les exige a quienes ostentan la presencia de la Iglesia en el hospital no es que apelen al Evangelio, sino que empleen el lenguaje de la función hospitalaria. Lo cual no significa que, llegada la ocasión, no tengan que dar testimonio de Cristo y de su Evangelio mediante la palabra.

Para la Iglesia, la inserción en el mundo de la salud consiste en promover también una determinada concepción del hombre. Y ello exige poner en el primer lugar al hombre: respetarlo y hacer que sea respetado. En ocasiones será preciso hacer opciones morales difíciles; pero quienes representan a la Iglesia o actúan en su nombre no pueden ni deben rehuir sus responsabilidades. No resulta fácil, ciertamente, vivir la propia

fe en el ámbito hospitalario, porque hay que situarse en la proximidad del hombre enfermo, del hombre que sufre, del hombre disminuido y del hombre incluso agonizante. La fe de quien trabaja así, se pone a prueba y obliga a plantearse preguntas radicales: ¿Cuál es el Dios que queremos testimoniar? ¿Cómo vivir con otros el sentido del sufrimiento? ¿Cuál debería ser la palabra de un cristiano creyente de verdad que trabaja en el mundo hospitalario, para aquellos compañeros de trabajo impregnados de materialismo? ¿Cómo llegar a ellos?

La presencia de la Iglesia en el mundo hospitalario ha de tender a manifestar el testimonio del amor y, por lo mismo, a testimoniar un cierto rostro de Dios.

## CONCLUSION

La Iglesia, que ha tenido desde siglos el monopolio de la asistencia sanitaria, se ha visto rápidamente desposeída de la misma en beneficio del Estado. Esta desposesión se ha vivido no pocas veces como una tremenda frustración. En primer lugar, para aquellos —religiosos y religiosas— que encontraban una justificación a su vocación religiosa en el hecho de poseer unas obras con las que se identificaban. En segundo lugar, para la Iglesia misma, porque esa desposesión se hizo no pocas veces como una revancha por parte de los poderes estatales laicos, que expulsaban a los religiosos de los centros regentados durante siglos y que decretaban la separación de la Iglesia y del Estado.

Pero la Iglesia puede y podrá continuar su tarea de mitigar el dolor y la miseria de los pobres y marginados. Puede y debe, porque ella es la continuadora de la presencia salvadora de Jesús en el mundo; y del mismo Jesús ha recibido el encargo

no sólo de predicar la llegada del Reino, sino también el encargo de curar a los enfermos, porque también esto es anuncio y signo de la presencia del Reino. Y podrá y deberá continuar en esa misión salvadora, porque pobres siempre los tendréis en medio de vosotros. Es cuestión de imaginación y de creatividad, o, más simplemente, todo consiste en abrir bien los ojos, porque los pobres, los que nadie quiere atender, están ahí en medio del mundo, bien visibles, esperando un gesto del amor salvífico de Dios.

Cada época tiene sus pobres, sus marginados. Nuestra época tiene también los suyos, llámense drogadictos, enfermos incurables, ancianos no queridos en el seno de sus familias, subnormales. Pobres enfermos, en una palabra, que esperan que alguien les testimonie el amor con que Dios los ama.

## NOTAS

1. ALVAREZ GOMEZ, Jesús, *Lo específico de la Vida Religiosa sanitaria*, "Vida Religiosa", 15 febrero 1983, pp.68-79.
2. La acción de la Iglesia, a través de los cristianos que se dedican al cuidado de los enfermos, se sitúa en el punto clave de la lucha entre la *Ciudad de Dios* y la *Ciudad del diablo*, en terminología agustiniana.
3. ALVAREZ GOMEZ, Jesús, *La Vida Religiosa sanitaria a través de la Historia*, en *Religiosos al servicio de los enfermos*, Instituto Teológico de Vida Religiosa, Madrid 1982, pp. 15-46.
4. SAN JUSTINO, *Apolog. I, c. 67*, PG 6, 430, C., es testigo de que en las comunidades cristianas se hacían colectas destinadas a la asistencia de los pobres y de los enfermos.
5. El Cristianismo hereda la tradición asistencial del Judaísmo. En las sinagogas existían instituciones benéficas en favor de los pobres. La misma institución de los *Diáconos* tuvo su origen, según los Hechos de los Apóstoles (6, 1), en el contexto de la falta de atención a los pobres del grupo de los cristianos helenistas, porque los cristianos palestinenses ya tenían organizado este servicio asistencial.
6. PSEUDOCLEMENTE, *Ia. Carta a las Vírgenes, XII, 4 y 6*; trad. de D. RUIZ BUENO, *Padres Apostólicos*, Madrid 1950, BAC, pp. 289-290.
7. PALADIO, *Historia Lausiaca*, caps. 10, 14, 20, 37, 40, 45, 68; trad. de SANSEGUNDO VALLS, León E., con el título *El mundo de los Padres del desierto*, Madrid 1970.
8. SAN JUAN CRISOSTOMO, *Consol. ad Stagyrum*, III, 13; PG 47, 490.
9. SAN GREGORIO NACIANCENO elogia grandemente esta institución basiliana, cfr. *Orat XLVII*, 63; PG 36, 378-379. El propio San Basilio da normas muy concretas a los monjes que se han de ocupar del cuidado de los enfermos, cfr. *Regul. Brev.*, 115; PG 31, 1183.
10. SAN GREGORIO NISENO, *De vita sanctae Macrinae*, PG 46, 971.

11. Estas *obras de misericordia*, después de la paz constantiniana, se fueron materializando en una serie de instituciones benéficas que las comunidades más numerosas fundaron para la asistencia de sus pobres y enfermos. En Roma existían dos hospitales a orillas del Tíber fundados por el patricio Panmaquio y la matrona Fabiola, y otro fundado por sus dirigidas espirituales Santa Paula y su hija Eustoquio. SAN JERONIMO, *Epist. 77, Ad Oceanum*, PL 22, 694 y 697; *Epist. 108, Ad Eustoquium*, PL 22, 878.
12. SAN AGUSTIN, *Serm. 355, 2*; PL 39, 157.
13. SAN PAULINO DE NOLA, *Poëma XX*, PL 61, 555.
14. MGH, *Scr. rer. mer.*, 3, 464.
15. ALVAREZ GOMEZ, Jesús, *La Vida Religiosa ante los retos de la Historia*, Instituto Teológico de Vida Religiosa, Madrid 1979, p. 114.
16. ALVAREZ GOMEZ, Jesús, *o.c.*, p. 137.
17. CONCILIUM TRIDENTINUM, *Sess. XXV, De Regularibus*, c. 5. El rigorismo de San Pío V, respecto a la actividad apostólica de las religiosas, encontró una defensa cerrada por parte de teólogos tales como F. SUAREZ, *Opera Omnia, De veritate*, T. XI, lib. I, c. 10, n. 7. Paris 1680.
18. Antes que San Vicente de Paúl, también San Francisco de Sales había querido enviar a sus *Hijas de Santa Mariasa* visitar a los pobres y enfermos, pero tuvo que dar marcha atrás a causa de la incompatibilidad entre la visita a los enfermos y a los pobres, y la vida claustral exigida por las Bulas de Pío V. San Vicente de Paúl renunció a la clausura para salvaguardar lo fundamental de su carisma, que era la atención a los enfermos y a los pobres, dondequiera que éstos se encontraran. De este modo, las *Hijas de la Caridad* no serían jurídicamente *religiosas*, pero se salvaron para el apostolado sanitario directo.
19. ALVAREZ GOMEZ, Jesús, *Congregaciones femeninas fundadas en España en el siglo XIX*, "Vida Religiosa", 1 de julio de 1983, pp. 72-78.
20. GRACIA GUILLEN, Diego, *El Cristianismo y la asistencia al enfermo*, "Labor Hospitalaria", 2 (1982), p. 73.





# PRESENCIA DE LA IGLESIA EN EL MUNDO DE LA SALUD

---

ANDRES TORNOS  
Catedrático de la U. Pontificia de Comillas

Para repensar teológicamente la presencia de la Iglesia en el mundo de la salud, empezaré por exponer cómo y en qué sentido fue la atención a los enfermos un aspecto muy importante de la actividad evangelizadora de Jesús de Nazaret.

Esta cuestión muestra su verdadera importancia teológica si consideramos que dicha actividad evangelizadora es, bajo ciertos aspectos, norma y criterio para las iglesias cristianas; sobre ello trataré en el segundo paso de mi reflexión.

En el tercero examinaré el modo y manera en que puede afectar constitutivamente a la Iglesia la misión que le incumbe, según los apartados anteriores, con relación al mundo de los enfermos.

Añadiré, finalmente, un cuarto apartado sobre la forma práctica que puede tomar esta misión en las condiciones de la sociedad de hoy, caracterizada por la concienciación estatal de las responsabilidades sanitarias.

## I

RELATOS DE CURACIONES, ANUNCIO DEL REINO  
Y MISION DE JESUS

J.R. Lambourne, que vino a interesarse por el estudio teológico de la asistencia a los enfermos partiendo de una larga experiencia en la práctica de la medicina, describe así sus primeras impresiones al acercarse al tema:

“Un lector inteligente del Nuevo Testamento, no proveniente de iglesias cristianas, se extrañaría desde luego al constatar que las obras de curación de Jesús constituyen al menos una décima parte del texto de los evangelios. Resultaría penoso explicarle por qué tan pocas obras teológicas, entre las mejores que aparecen cada año, se interrogan sobre la relación entre Cristo y la salud, y por qué este tema apenas figura en los programas de teología universitaria. ¡Cristo y la salud del hombre! ¿Cómo esta cuestión ha podido caer en el olvido?”<sup>1</sup>.

Efectivamente, es muy llamativo el contraste que hay entre el peso que tiene la atención a los enfermos en los escritos evangélicos y el que ella tiene en los escritos teológicos actuales. Volveremos sobre ello al final de este estudio. Examinemos, de momento, cómo presentan los evangelios el proceder de Jesús para con los enfermos y qué significado atribuyen a este proceder.

Una somera revisión nos muestra que en los evangelios se presentan 28 casos de curaciones realizadas por Jesús: 15 en Mateo, 16 en Marcos, 17 en Lucas y 5 en Juan<sup>2</sup>. Tiene especial interés observar cómo en muchas ocasiones se alude en

todos los escritos neotestamentarios a estos signos, o se discute sobre ellos: unas 60 veces, según la obra dirigida por L. Dufour sobre "Los Milagros de Jesús" <sup>3</sup>. Y no solamente esto: los Hechos de los Apóstoles, que no se interesan mucho por narrar signos concretos, intercalan intermitentemente sumarios de curaciones en los relatos de misiones apostólicas <sup>4</sup>, como si éstas no pudieran tenerse por suficientemente apostólicas sin el dato de la referencia a los enfermos.

El enfoque con que el Nuevo Testamento contempla las curaciones cuando alude a ellas o las discute, nos muestra la interpretación teológica que dan los evangelistas a la acción de curar. Primariamente no la entienden ellos, desde luego, como demostración privilegiada de un poder que supera las fuerzas de la naturaleza, para argumentar a partir de él sobre la divinidad o mesianidad de Jesús. Esta consideración de cierta apologética reciente hubiera sido anacrónica entonces, por cuanto supone que tal significado podría captarse bien en el ambiente popular de aquella época, en la cual no había noción clara de las leyes de la naturaleza y se aceptaba la posibilidad de torcer el curso normal de los hechos mediante acciones mágicas.

Tampoco enfocan los evangelistas sus relatos de curación como piezas literarias que demuestren una maravillosa excelencia de Jesús, según la técnica relativamente usual de algunos biógrafos de la época helenística. S. Legasse ha estudiado detenidamente esta posibilidad de interpretación y encuentra que todo lo más es válida en el nivel redaccional de la organización de los textos que hoy poseemos, pero que no explica la formación de las tradiciones utilizadas por los redactores cuando los evangelios se pusieron por escrito. Más aún: incluso en este nivel redaccional, el interés por exaltar a Jesús atribuyéndole acciones maravillosas sólo habría tenido una importancia secundaria, habiendo pesado mucho más el empeño por transmitir una enseñanza religiosa:

“El conjunto de estos textos, tal como ha llegado hasta nosotros, tiene escasa relación con el puro ‘relato de milagro’ cuyo objeto es ante todo exaltar la persona del taumaturgo y sus facultades divinas. El prodigio en cuanto tal pasa a segundo plano, al tiempo que predomina la catequesis”<sup>5</sup>.

Ahora bien, ¿qué catequesis? ¿La de la importancia cristiana de la compasión activa para con los sufrimientos corporales?

Sin duda que sí. Pero no es esto todo, ni se expresa al margen de un contexto más amplio y trascendente: el de una teología del Reino de Dios.

Es sabido que el anuncio de la llegada inminente del Reino constituye el nervio y resumen de toda la actividad pública de Jesús recordada en los Evangelios Sinópticos. Pues bien: tanto Mateo como Lucas interpretan taxativamente las curaciones como signos efectivos de la llegada del Reino, y ponen esa interpretación en boca de Jesús mismo. Lucas 7, 18-23 dice así (ver también Mateo 11, 2-6):

“Los discípulos de Juan le contaron todo aquello. Entonces él, llamando a dos de ellos, los envió al Señor a preguntarle: ¿Eres tú el que tenía que venir o esperamos a otro? Los hombres se presentaron a Jesús y le dijeron: Juan Bautista nos ha mandado a preguntarte: ¿Eres tú el que tenía que venir o esperamos a otro? Entonces mismo curó Jesús a muchos de enfermedades, ataques y malos espíritus, y a muchos ciegos les devolvió la vista. Después contestó a los enviados: Id y contadle a Juan lo que habéis visto y oído: los ciegos ven, los cojos andan, los leprosos quedan limpios y los sordos oyen, los muertos resucitan, a los pobres se les anuncia la buena noticia. Y ¡dichoso el que no se escandaliza de mí!”.

Según este texto, las curaciones son signo inequívoco de que ha llegado el unguido de los últimos tiempos y de que se ha inaugurado el Reino, no habiendo lugar para una nueva espera. Por lo demás, el interés de este pasaje crece, si se observa que hay motivos para leer en él la teología de Jesús mismo, y no sólo la de las comunidades en que tomaron forma los textos escritos. Pues, efectivamente, la última exclamación, por la que Jesús declara bienaventurados a los que no se escandalizan de El, difícilmente puede expresar una idea original de los evangelistas o de sus comunidades, debiendo atribuirse por ello a Jesús mismo, con bastante certeza. Pero tal exclamación presupone el contenido teológico de los versos que la preceden inmediatamente, según el cual, el anuncio del Reino y la curación de los enfermos están íntimamente conectados.

Otro pasaje de la Fuente Q, recogido por Mateo y Lucas, aunque explícitamente se refiere sólo a las expulsiones de demonios, presenta la misma teología de los signos de curación y confirma la certeza de que ella se remonta a Jesús:

“Le llevaron un poseso ciego y mudo, y El le curó, de modo que el mudo pudo hablar y ver. Las muchedumbres, estupefactas, decían: ¿No es éste el Hijo de David? Pero los fariseos, oyéndolo, dijeron: Este no expulsa los demonios, sino en nombre de Belcebú, el príncipe de los demonios. El, conociendo sus sentimientos, les dijo... Si yo expulso los demonios en nombre de Belcebú, ¿en nombre de quién los expulsan vuestros adeptos? Ellos mismos serán vuestros jueces. Pero si yo expulso los demonios con el Espíritu de Dios, entonces es que el Reino de Dios ha llegado a vosotros” (Mt 12, 22-25 y 27-28; ver Lc 11, 14-20).

Me he fijado detenidamente en estos relatos que conectan la curación de enfermedades con la llegada del Reino, porque tal conexión encierra un significado teológicamente muy central. Pues el concepto del advenimiento del Reino, además

de resumir todo lo que Jesús anuncia y aporta, expresa también el contenido de la opción de Dios por los hombres, que se reconoce en la fe cristiana y la orientación más fundamental de la misión de la Iglesia. De donde se seguiría que la atención a los enfermos, puesto que se presenta como perteneciente al concepto mismo del advenimiento del Reino, pertenece también al contenido de la "opción humanista" de Dios y a la misión de la Iglesia.

Es necesario fundamentar también este punto, porque el concepto de Reino de Dios había tenido una larga gestación en el Antiguo Testamento y aún hoy se cubren indiscriminadamente bajo él los más diversos contenidos utópicos.

Podemos empezar dejando de lado las expresiones emparentadas con la formulación "Yahwé reina", porque ella indica la fe en el dominio supremo, eterno e indiferenciado de la divinidad sobre toda la creación. Ya es algo bastante distinto el descenso de esa fe a las circunstancias cambiantes de la historia, tal como aparece en la creencia israelítica que concentraba las esperanzas mesiánicas de un futuro mejor en la perduración y perfeccionamiento de la monarquía de David, a través de la cual Dios reinaría de una manera especial sobre su pueblo escogido.

Un gran paso adelante se da en la profecía posterior al destierro de Babilonia, cuando el advenimiento del Reino ansiado empieza a concebirse como un acontecimiento universal que, a través de la vuelta y exaltación del reino de David, beneficiaría a todos los justos del mundo, a partir de su restauración en el pueblo israelítico. Lo importante es que, a través de esa imagen del Reino, se confía en que Dios mismo va a pasar a la acción para transformar la historia y librarla de lo impío, lo injusto, lo conflictivo y lo penoso.

De muchas maneras se concibe este pasar de Dios a la acción, en la cultura ambiental de los tiempos de Jesús, guiándose la reflexión principalmente por la imagen de un mesías guerrero que impondría con ayuda divina la realización de los

designios de Dios, y por la imagen de un “hijo de la sabiduría” que llevaría a cumplimiento la plenitud de la ley. La puesta en marcha de ambos caminos significaría de todas formas una opción activa de Dios por el bien de su pueblo, y este significado está presente, desde luego, en la comprensión que tiene Jesús de los tiempos que vienen con El (ver Mc 1, 15): Jesús reconfirma la validez de la fe en la llegada del Reino, se define a sí mismo en función de ella y orienta sus obras y palabras como en un proceso constante de discernimiento de la verdad del Reino.

Porque ya hemos dicho que había distintas interpretaciones de esa verdad y ahora hemos de añadir que la clarificación aportada poco a poco por las palabras y acciones de Jesús no va a coincidir con ninguna de las versiones dominantes hasta El <sup>6</sup>. Los evangelios nos presentan a unos discípulos que se enredan con Jesús en malentendidos por causa de esta evolución en la comprensión del Reino <sup>7</sup>. Por otra parte, mucho del material de las parábolas se orienta a clarificar esta comprensión, y el debate político y teológico sobre ella se contempla como determinante de la muerte de Cristo. Finalmente, se sugiere que sólo la muerte desastrada de Jesús y las experiencias de que El había resucitado ofrecieron puntos de apoyo suficientes para un discernimiento definitivo de la cuestión del Reino <sup>8</sup>.

Puede decirse en síntesis que la reinterpretación de la esperanza del Reino y de la imagen de la bondad y la iniciativa de Dios implicada en esa esperanza, son las cuestiones clave del Nuevo Testamento.

Este contexto de conjunto muestra la verdadera importancia que tiene el concebir la relación entre Jesús y los enfermos como un criterio de discernimiento de la llegada del Reino verdadero, rasgo ausente en las concepciones deformadas de la llegada del Reino. Si la forma que toma el Reino en las acciones y palabras de Jesús expresa efectivamente los contenidos de la opción de Dios por el bien de la humanidad,

pertenece indudablemente a dicha opción la atención y alivio del destino del enfermo.

Pero ¿en qué forma debemos entender esa atención al enfermo?

Desde luego, es algo que ya estaba dicho de alguna forma en el Antiguo Testamento, y el Nuevo se refiere a ello. Sin embargo, cuando revisamos los pasajes aludidos por éste, encontramos una enorme diferencia de tono. Entra en cuestión, sobre todo, Isaías 26, 19; 29, 18 y 19; 35, 5 y 6; 61, 1. Desde luego que se trata de muy bellos pasajes, referentes a las bendiciones de Dios en la vuelta del exilio, o en cierto día lejano y mesiánico de triunfo definitivo. Pero a pesar de su gran fuerza poética, o precisamente por ella, les falta en absoluto la corporalidad elemental e inmediata de los hechos evangélicos. Por eso hemos de reconocer que la conexión Reino-enfermos presentada por el Nuevo Testamento, no es exactamente la del Antiguo. La de éste es triunfo soberano y épico de Dios; la del Nuevo Testamento es dedicación elemental a lo espeso y penoso de individuos dolientes, nada épica y no tan claramente triunfadora. Es un significar, más que un arrasar.

Entonces, la pregunta vuelve de nuevo: ¿Qué significa esta opción de Dios en favor de los enfermos, manifestada en la interpretación neotestamentaria del Reino y distinta de la que uno imaginaria espontáneamente tras la lectura del Antiguo Testamento? Bástenos con indicar dos rasgos.

Observemos que en muchos pasajes de los sinópticos se introducen las curaciones con apelaciones a la misericordia o piedad de Jesús, de tal manera que los signos subsiguientes parecen relacionarse con esa piedad. Casi podría decirse que ella frecuentemente debe triunfar sobre cierta resistencia experimentada por Jesús mismo ante la petición de signos (muy explícita en Jo 4, 48; pero también en Mt 12, 39; Mc 8, 12; etc.).



Ello nos da una primera pista para la interpretación de la relación Reino-enfermos, sobre todo teniendo en cuenta que la piedad para con los enfermos se presenta como imagen prototípica de la fuerza que impulsa a Jesús hacia todos los destinatarios del Reino. Recordemos el siguiente pasaje:

“Los fariseos decían a los discípulos: ¿Por qué vuestro maestro come con los publicanos y pecadores? El, que lo había captado, replicó: No son los sanos los que necesitan médico, sino los enfermos. Id y aprended el sentido de aquella palabra: ‘Misericordia quiero y no sacrificio’. En efecto, no he venido a llamar a los justos, sino a los pecadores” (ver Mt 9, 11-13 y paralelos).

El Reino se muestra aquí como bien prioritario de los que necesitan piedad y no de alguna clase de personas honestas o dotadas de alguna otra cualificación positiva. Es este movimiento de piedad gratuita y generosa, lo que el lenguaje del Antiguo Testamento llamaba *jesed* y *rehamim* de Yahwé, lo que se supone que nos debe enseñar la atención de Jesús a los enfermos, como aspecto normativamente imprescindible de la relación del creyente con el mundo irredento.

Por otra parte, se ponen en boca de Jesús, ante las situaciones de curación, frecuentes apelaciones a la fe. Como si se invirtiera la fórmula de reflexión según la cual suponemos que la fe se deriva de los signos. Aquí ocurre al revés, como si Jesús quisiera que los signos se deriven de la fe. ¿Qué pensar?

Según Lambourne, la concepción del evangelio va por otro lado <sup>9</sup>. La fe, como confianza radical en Jesús y vinculación a la esperanza por El anunciada, le introduce ya al creyente en la comunidad de los que reciben el Reino. Entonces es cuando deben producirse efectos de curación, porque la liberación de toda enfermedad pertenece a las condiciones de vida de esa comunidad y no a las de la vida que, cerrándose a la participación en la comunidad de los que esperan, se auto-excluye del Reino.

Aquí, la perspectiva es totalmente distinta de la implicada en el movimiento de la piedad. Como bien observa Lambourne <sup>10</sup>, no se trata en la mente de los evangelistas de ningún requerimiento de disposiciones psicológicamente favorables para la curación; eso sería un anacronismo muy crudo. Ellos utilizan la palabra fe para indicar, conforme al uso de todo el Nuevo Testamento, algo por lo que uno inicia su incorporación al destino de Jesús y de toda la comunidad reunida en torno a El. El requerimiento de la fe introduce al enfermo en una situación peculiar de desafío: asumir el movimiento de una comunidad que se orienta a una fraternidad de esperanzas o marginarse de ese movimiento, como se nos dice que ocurrió en una visita de Jesús a Nazaret (ver Mc 6, 4-6).

Este requerimiento de la fe, en cuanto perteneciente a la relación de Jesús con los enfermos, significa entonces un requerimiento de construir comunidad en el encuentro con ellos y a través de ese encuentro.

Resumamos ya este largo apartado. Entiendo que se sigue de las reflexiones expuestas en él que Jesús consideró su ayuda a los enfermos como aspecto integrante de su anuncio del Reino de Dios y como factor de discernimiento para excluir tergiversaciones en la interpretación de la realización del Reino. En este segundo sentido, su curar a los enfermos significa que debemos reconocer a la piedad corporal como característica prioritaria de la opción de Dios en favor de los hombres, y que el movimiento de la piedad del Reino se considera normativamente relacionado con la construcción de una comunidad de esperanzas.

## II

**ANUNCIO DEL REINO Y MISION DE LA IGLESIA,  
EN RELACION CON EL MUNDO DE LA SALUD**

Que el anuncio del Reino pertenece constitutivamente a la Misión de la Iglesia, es algo teológicamente elemental. El Concilio Vaticano II resumió así los convencimientos generales:

“La Iglesia, enriquecida con los dones de su Fundador y observando fielmente sus preceptos de caridad, humildad y abnegación, recibe la misión de anunciar el Reino de Cristo y de Dios e instaurarlo en todos los pueblos, y constituye en la tierra el germen y el principio de este Reino”<sup>11</sup>.

Esto supuesto, lo que debe preguntarse es si la atención entrañable a los enfermos pertenece por principio al anuncio del Reino en el tiempo de la Iglesia lo mismo que perteneció a este anuncio en el contexto de la vida terrena de Jesús.

Las indicaciones del Nuevo Testamento parecen llevar a afirmarlo. Los discursos que se ponen en boca de Jesús con ocasión de la llamada misión de los apóstoles, o misión de los 72 discípulos, que se consideran como construcciones redaccionales reveladoras de la autoconciencia que la Iglesia primitiva tenía de su misión, no se olvidan de recordar el encargo de curar a los enfermos (ver Mt 10, 8; Mc 6, 7-13; Lc 9, 2 y 10, 9). La descripción de la Misión de la Iglesia con que se termina nuestro texto actual de Marcos, también recoge la atención a los enfermos como signo del cumplimiento de la Misión de la Iglesia (ver Mc 16, 15-18). Finalmente, el discurso puesto en boca de Pablo, cuando se despide de los responsables de la comunidad de Efeso, que también resume la misión de la

comunidad eclesial, no olvida de recomendar la atención a los débiles, con una palabra que en el original sugiere más directamente a los enfermos que a otros necesitados<sup>12</sup>.

Si se pondera este material escriturístico en comparación con otros que también se refieren al campo eclesiológico, por ejemplo, el que suele usarse para fundamentar el primado romano o la autoridad del episcopado, habría que reconocer que la Misión de la Iglesia para con el mundo de los enfermos como expresión significativa de piedad y como lugar privilegiado para la construcción comunitaria, es mucho más claro que la misma estructura jerárquica. Y, sin embargo, hay que reconocer que para una buena fundamentación teológica hay que tener en cuenta bastantes más elementos que la pura letra bíblica.

Pertenece a esta fundamentación teológica, todavía dentro de la argumentación bíblica, una reflexión hermenéutica de fondo sobre el contexto de incidencia (o *Sitz im Leben*) de los pasajes considerados. ¿Es que la inclusión de la atención a los enfermos entre los rasgos utilizados para describir la Misión de la Iglesia debería considerarse como una recomendación caduca debida a planteamientos histórico-culturales o histórico-comunitarios, solamente válida para los tiempos de los orígenes?

No hay razón positiva ninguna para mantener esta postura. Al contrario. Ni la invocación de los títulos cristológicos que se aplicaron a Jesús hubiera conducido a relacionarle con una hipotética misión de atención a los enfermos, ni las líneas de desarrollo de la autoconsciencia eclesial que llevaba a ésta a sentirse asamblea de los santos, fraternidad de elegidos, nuevo Israel, cuerpo de Cristo, firmamento y columna de la verdad, reclamaban una especial consideración de los enfermos. Como tratándose de Cristo no fue el contexto ideológico o popular-comunitario lo que llevó a presentarle como impactado por los enfermos, sino que el hecho liso y llano de que éstos le impactaron mucho fue lo que dio lugar al amplio

cuerpo de tradiciones de curación que nos han conservado los evangelios <sup>13</sup>; así, tratándose de la Iglesia, no fue el contexto de una institucionalización ampliamente desarrollada de servicios sanitarios lo que llevó a nombrar la atención a los enfermos entre los rasgos descriptivos de la Misión de la Iglesia, sino el mero hecho de que antiguas tradiciones incluían desde un principio ese rasgo.

Unas ideas de K. Rahner nos ayudan a contextualizar teológicamente la idea de la atención a los enfermos en la Iglesia. El escribe:

“Cristo es la presencia real e histórica del triunfo escatológico de la misericordia de Dios en el mundo. Ahora se puede indicar ya en el mundo mismo una realidad visible, históricamente capturable, fijada en el espacio y en el tiempo, y decir: Porque esto existe, está Dios reconciliado con el mundo; aquí ‘aparece’ la gracia de Dios en nuestra espacialidad y en nuestra temporalidad; ... Cristo, en su existencia histórica, es a un tiempo la cosa y su signo, sacramentum y res sacramenti de la gracia redentora de Dios, que por medio de él, en lugar de dominar sobre el mundo, del modo que hacía antes, como la voluntad todavía oculta del Dios lejano y trascendente, se da de hecho y viene a manifestarse como algo inserto definitivamente en el mundo” <sup>14</sup>.

Estas palabras adquieren una concreción especial si la presencia escatológica de la misericordia de Dios en el mundo se visualiza en la piedad de Jesús para con los enfermos, conforme a lo expuesto más arriba.

Pero algo más adelante Rahner continúa:

“Ahora bien, la Iglesia es la continuación, la permanencia actual de esta presencia real escatológica de

la victoriosa voluntad gratífica de Dios, inserta definitivamente con Cristo en el mundo. La Iglesia es la presencia permanente de esa protopalabra sacramental de la gracia definitiva que es Cristo en el mundo... Esta permanencia de Cristo en la Iglesia es el signo de que Dios con amor misericordioso se identifica con el mundo en Cristo. Y siendo la Iglesia signo de la gracia de Dios, que en Cristo triunfa definitivamente en el mundo, este signo no puede nunca... venir a ser un signo vacío de contenido”<sup>15</sup>.

Las expresiones de Rahner nos ayudan magníficamente a entender qué puede significar la explicitación corporal de la piedad para con los enfermos en la definición y manifestación de la misión de la Iglesia. No es un rasgo incidental más, teóricamente sustituible, que simplemente expresara la obligación social de la caridad: es un rasgo imprescindible en cuanto que delimita el ejercicio práctico de la corporalidad de la Iglesia y responde al deber que ella tiene de ser corporal (o sacramentalmente) significativa, más acá y más allá de cualquier contexto ideológico.

### III

#### MISION PARA CON LOS ENFERMOS Y CONSTITUCION DE LA IGLESIA

Una vez que la misión de la Iglesia respecto de los enfermos aparece como teológicamente fundada, tanto desde el punto de vista bíblico como desde el principio dogmático y sistemático de la sacramentalización de la piedad y miseri-

cordia de Dios, así como desde la perspectiva de las formas de construcción de la comunidad cristológicamente encomendadas a los creyentes, tenemos que proponemos dos cuestiones de eclesiología sistemática: si la atención a los enfermos pertenece a la misión de la Iglesia en el mundo, ¿debemos decir que la realización de esa misión tiene que reflejarse en las estructuras sociales de la Iglesia y en el tipo de relación que la vincula con la sociedad civil?

Pongamos un ejemplo que aclare estas preguntas. La actual teología es unánime en afirmar que la Iglesia debe realizarse en el mundo como sacramento de unidad del género humano, y de ese rasgo constitutivo del ser fundacional de la Iglesia no solamente deduce la necesidad teológica del proceso ecuménico, sino también la razón de ser del “ministerio de Pedro” o primado, aun reconociendo que éste puede realizarse en la historia de distintas maneras. Dicho de otra forma: la Iglesia, por ser fundacionalmente sacramento de unidad, tiene un deber para con el mundo, que no siempre ha cumplido: cooperar a la superación de los enfrentamientos y divisiones y trabajar por la supresión de las causas de toda disgregación humana. Pero también tiene una estructura caracterizada por el Sumo Pontificado.

¿Puede considerarse que la misión de la Iglesia para con el mundo de los enfermos debe incluir también ambos aspectos, el estructural y el ético-vocacional?

En un cierto sentido, no. En la tradición teológica no existe conciencia de que la diaconía de la Iglesia para con los hombres enfermos haya tenido que generar una estructura social específica, algo así como un apartado ministerial relacionado particularmente con el servicio de los enfermos.

Pero una buena teología de la Iglesia no puede contentarse con esta constatación, porque es mucho el peso de la evidencia que apoya el carácter fundacional de la misión de la Iglesia para con los enfermos y muy grande el reconocimiento de que ha gozado constantemente esta misión en la historia.

Es cierto que los portadores de ella siempre han sido hombres carismáticos, personal y vocacionalmente entregados al alivio de toda miseria y dolor corporal. Pero también es cierto que, si esos carismas no hubieran existido en la Iglesia, ella no hubiera sido la Iglesia de Jesucristo.

A este propósito es llamativo que se tienda comúnmente a oponer en la Iglesia lo estructural y lo carismático. Rahner ha observado que la Iglesia es antes carisma que institución<sup>16</sup>, y, si no fuera por la ceguera jurídicista que nos ha dominado en occidente durante los últimos siglos, la afirmación nos parecería una banalidad. Y no sólo una banalidad teológica de absoluta evidencia, sino además una banalidad sociológica, que puede en realidad mantenerse respecto de cualquier sociedad medianamente sana.

Más todavía: vistas las cosas desde una ontología de la sociedad no demasiado obtusa, la oposición caris/institución es incorrecta o incluso represiva. Tal vez proviene de los intereses de los legisladores o del principio (abusivo) de autoridad. Porque desde cualquier otra óptica se percibe que en el funcionamiento de bastantes sociedades sanas intervienen muchos carismas socialmente reconocibles y diferenciables, pero nunca jurídicamente definidos o formalizados. Y entonces ¿cómo puede decirse que esos carismas no son una institución social, por mucho que no sean una institución jurídica?

Tratándose de la Iglesia es este punto muy importante. Ella es fundacionalmente, institucionalmente, más carismática que jurídica. Y si el portador social de la misión para con los enfermos es en la Iglesia el individuo o el grupo carismático, ello no quiere decir que el ejercicio de esa misión sea menos institucional que el de otras funciones mucho más juridizadas, pongamos por caso el gobierno episcopal o papal. Al menos bajo algunos aspectos no es menos institucional, puesto que se remonta al planteamiento hecho por Cristo mismo de la proclamación del Reino y de la manifestación corporal de la piedad de Dios.



¿Diríamos entonces que, si dejara de surgir en la Iglesia el carisma de atención al mundo de los enfermos, sería señal de que ella ha dejado de ser la Iglesia de Jesucristo?

Creo terminantemente que sí, con todas las consecuencias que ello lleva consigo.

Una de estas consecuencias tiene que ver con el segundo interrogante enunciado al principio de este apartado: ¿repercute la misión de la Iglesia para con los enfermos en el tipo de relación con la sociedad civil que ella debe mantener y, dado el caso, reivindicar?

Puede concebirse un tipo de respuesta a este interrogante paralelo a lo que suele afirmarse sobre la enseñanza desde instancias eclesásticas: la Iglesia tiene la misión de enseñar, luego tiene el derecho a enseñar y a dirigir instituciones escolares propias. Entonces tendería a decirse: la Iglesia tiene una misión para con el mundo de los enfermos, luego debe reivindicar el derecho a curar, a través de instituciones sanitarias propias.

No veo muy clara la ilación teológica de todos los pasos de este discurso, aunque desde luego aceptaría que en determinadas circunstancias puede tener su fuerza como discurso sociológico enraizado en principios teológicos. Pero en el caso de la misión para con los enfermos, la tradición carismática que lo caracteriza me induce a mayores reservas aún. Se trataría, de todas formas, de una cuestión jurídico-eclesástica más bien que teológica.

Lo propiamente teológico que debería decirse sobre la cuestión, me parece bastante más importante. No se trata de pensar derechos ni deducir formas estables de organización; se trata de precisar qué forma de consideración del mundo, o de articulación de la imagen del mundo, tendría que sustentar todos los planteamientos eclesiales de las relaciones Iglesia-sociedad.

De cualquier manera que se piensen estas relaciones, siempre se presupone una visión articulada y jerarquizada de

la interacción social en que se diferencian y jerarquizan posibilidades, necesidades, tareas, clases de personas y de grupos. Pues bien: la misión global de anunciar el Reino determina ya a la Iglesia para que mire a la sociedad como a un campo de transformaciones abierto hacia el futuro, bajo el impulso de la bondad generosa de Dios. Pero, desde el momento en que la Iglesia reconoce estar especialmente enviada hacia el mundo de los enfermos, la mirada con que ella mira a la sociedad tiene que regularse con enfoques que permiten ver, valorar y atender al sufrimiento de los cuerpos. Incluso habría que decir: ver antes y mejor todo esto que lo que se refiere a los sanos, lo que se refiere al poder y lo que se refiere al derecho. No de forma unilateral, porque la misión para con los enfermos es una parte de la misión total para el anuncio del Reino y se dirige más a significar que a logros técnico-médicos. Pero sí de forma patentemente sensible, diferenciada y resaltante. Esta forma de mirar al mundo pertenecería constitutivamente a la Iglesia y demarcaría los modos teológicamente sanos de ordenar las relaciones entre la Iglesia y la sociedad.

#### IV

### LA MISION DE LA IGLESIA PARA CON LOS ENFERMOS EN LA SOCIEDAD DE HOY

En la tradición europea, como en otros pueblos, el atender a los enfermos ha tenido durante siglos un cierto carácter religioso o sagrado. Laín Entralgo ha observado cómo la tradición hipocrática se encuadraba ya en una religiosidad de la naturaleza y estaba profundamente marcada por ella <sup>17</sup>.

La religiosidad cristiana creó en la Edad Media las instituciones hospitalarias y éstas maduraron desde el comienzo de

la Edad Moderna, diferenciándose los centros consagrados exclusivamente a enfermos de los que acogían a peregrinos, marginados sociales, etc.

Este fue un primer paso de racionalización, que era también un primer paso de secularización. La atención a los enfermos empezaba a estar madura para que la asumieran otras fuerzas sociales distintas de las religiosas.

El enorme desarrollo del Estado, sobrevenido en los últimos tres siglos, ha conducido a la actual situación. El Estado moderno ha asumido las responsabilidades sanitarias en los países desarrollados y lo que aportan otras fuerzas sociales es subsidiario del Estado más bien que al revés. El gran costo de las instalaciones actualmente requeridas ha acelerado esta evolución entre nosotros y uno vendría a pensar que apenas queda a la Iglesia nada que hacer en el campo de la sanidad si no es enviar algunos capellanes, propiciar el desarrollo de vocaciones carismáticas que actúen luego en instituciones ajenas y ejercer eventualmente como conciencia crítica.

Esto puede hacerse de muchas maneras. Pero de ninguna manera deberíamos sancionar la actual situación, que se caracteriza al nivel de calle por una grave deformación de la visión cristiana del hombre.

En efecto. Cuando los evangelistas quisieron explicar la experiencia viva de sus comunidades, salvadas en Cristo, recurrieron espontáneamente a los relatos de curaciones para explicar la fuerza y la dirección de la salvación. Hoy no sería así. El humanismo de la salud corporal tiene su sitio en las grandes instituciones médicas y hacia ellas se mira cuando se piensa en el cuerpo, mientras que la Iglesia parece contentarse con aspirar a representar victoriosamente el humanismo ético y filosófico.

La teología no tiene métodos para hallar soluciones prácticas a este problema, pero debe plantearlo y denunciar la tranquilidad con que aceptamos la marcha actual de las cosas <sup>18</sup>.

## NOTAS

1. J.R. Lambourne: "Le Christ et la Santé. La Mission de L'Eglise pour la Guérison des Hommes". Ed. Le Centurion, Paris 1972, p. 12.
2. No se pueden sumar las relaciones de unos evangelistas con las de otros, porque a menudo se refieren al mismo caso. Incluyo entre las curaciones, las expulsiones de demonios y las "resurrecciones" conforme a la práctica que tiende a imponerse actualmente. Las primeras se consideran curaciones de enfermedades nerviosas y las segundas, a partir del relato de la hija de Jairo, como reanimaciones más o menos extremas. Sigo la computación de la obra citada en la nota siguiente, p. 362.
3. "Los Milagros de Jesús", dirigida por Léon Dufour; traducción castellana en Ed. Taurus, Madrid 1979, p. 363.
4. Obra y páginas citadas en la nota anterior.
5. Simon Légasse: "El Historiador en Busca del Hecho", obra citada en nota 3, pp. 109-144; las palabras citadas pertenecen a las páginas 120ss y tienen su fundamentación en las páginas 118-129.
6. La literatura teológica referente al tema del Reino de Dios es muy abundante. Puede consultarse la obra de R. Schoonenberg ("Reino y Reinado de Dios", Ed. Fax, Madrid 1967), escrita con metodología clara y práctica y con suficientes referencias bibliográficas.
7. Por ej. (Zeb. y Pedro), ver Mc 6, 51s; Mt 16, 23; Mc 10, 41-45.
8. El evangelio de Juan cuenta claramente con que la muerte y resurrección de Jesús constituyen el lugar decisivo para la comprensión del Reino. Ver Jo 12, 23-36.
9. Ver obra citada en la nota 1, p. 101 y sig.
10. Ver lugar citado en la nota anterior.
11. Constitución Dogmática sobre la Iglesia, Lumen Gentium n. 5.
12. Hechos 20, 35. La traducción del pasaje, ofrecida por la "Nueva Biblia Española", Ed. Cristiandad, Madrid 1975, dice "socorrer a los necesitados". Pero la palabra original griega (asthenountas), aunque puede referirse a los necesitados, es más amplia y más

comúnmente se refiere a los enfermos. La Biblia de Jerusalén traduce "ayudar a los débiles". La "Nueva Biblia" habría seguido la corriente ideológica de hoy, en que el dinero se concibe como prototipo del sistema de necesidades. Pero el evangelio es mucho más corporal y pone al desamparo corporal del enfermo como llamamiento prototípico a la piedad.

13. Ver Simon Légasse, obra citada en las notas 5 y 3, p. 125.
14. "La Iglesia y los Sacramentos", Herder, Barcelona 1967, p. 16.
15. *Ibíd.*, p. 19.
16. Ver "Lo Dinámico en la Iglesia", Ed. Herder, Barcelona 1968, pp. 47-52.
17. Ver P. Laín Entralgo: "La Etica Hipocrática", en "Melemata. Festschrift für Werner Leibbrand", herausgegeben von M. Schrenk und J.H. Wolf, Mandheim, s.a.
18. Lambourne, cuya inspiración he seguido en muchos pasajes de este estudio, opina que la misión para con los enfermos tiene que tener en la Iglesia una base y una visibilidad parroquial, por supuesto en una parroquia comunitariamente renovada (obra citada en la nota 1, pp. 32-44). Mi intercambio esporádico con religiosos y religiosas sanitarios me confirma en la idea: la vocación sanitaria es muy estimada en la Iglesia como cuestión de generosidad y de caridad, pero fuera del ámbito exclusivo de los hospitales no se lee en ella el mensaje específico de la piedad corporal del Reino.



# MISION DEL ENFERMO EN LA IGLESIA Y EN LA SOCIEDAD \*

---

FRATERNIDAD CRISTIANA  
DE ENFERMOS Y MINUSVALIDOS

## INTRODUCCION

### El hoy del mundo

En estos últimos años, estamos presenciando y experimentando una serie de cambios en los campos socio-político, cultural, económico, técnico, ideológico, religioso y cristiano.

La sociedad actual está dominada por la técnica, por la economía, por la obsesión de la producción y del rendimiento, por el consumismo... El hombre no está reconocido como "valor" sino en la medida en que él mismo es productor. De esta manera el hombre se hace esclavo de las necesidades que él mismo crea; termina por perder el sentido de la "gratuidad"

---

\* Ponencia presentada en la VII Reunión Nacional de Delegados Diocesanos de Pastoral Sanitaria, celebrada en Madrid en septiembre de 1982.

Agradecemos al Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria su permiso para publicarla.

llegando a bloquear su libertad, siendo obstáculo para la búsqueda de la verdad, para la promoción de la justicia y para la búsqueda del auténtico sentido de la vida.

Nunca como hoy el hombre ha llegado a ocupar el centro del universo, a sentirse dueño e independiente. Pero quizás nunca como hoy se ha sentido tan amenazado por el poder de destrucción que él mismo ha creado.

Ninguna época ha desarrollado tanto como la actual las ciencias del conocimiento del hombre (biología, psicología, medicina...). Sin embargo, el hombre se hace cada vez más problemático, más enigmático.

Los avances, progresos, transformaciones, nunca fueron tan grandes como en el presente. Pero también nunca como hoy sintió el hombre tanto la amenaza, la inestabilidad, las manipulaciones, etc., a que está sometido.

Los cambios vertiginosos, el descubrimiento de nuevos valores, la evolución de la cultura..., han sido enormes. Pero también es enorme la profunda crisis de identidad del hombre actual.

Por el proceso de secularización nuestra sociedad ya no se fundamenta sobre una base religiosa. Este proceso nos conduce a la aceptación progresiva de los valores de la ciudad secular; nos hace superar los tabúes supersticiosos; no coacciona a nadie a creer, pero permite que todos puedan creer; relativiza los signos sagrados de la vida profana, al mismo tiempo que nos estimula a vivirla con actitud positiva de responsabilidad cristiana; nos invita a una fe más purificada, más profunda, más personalizada y comunitaria vivida en fidelidad crítica y creadora en el interior de la Iglesia.

Gracias a este proceso de secularización se va tomando conciencia de que el enfermo no es un "escogido" especial de Dios para redimir el mundo. Somos también conscientes de que la enfermedad no es una oportunidad absoluta para encontrar a Dios o para alejarse de El. Todo depende del clima de comprensión, de cercanía, de amor... que en esa dura



circunstancia encuentra la persona enferma a través del testimonio vital de familiares, amigos, sacerdotes, religiosos/as...

Luego hoy ya no puede decirse que la enfermedad la envía Dios para santificarnos, sino que *la permite* Dios; y en todo hecho de vida, positivo-negativo, Dios quiere el BIEN que se realiza entre los hombres por AMOR.

Otra cosa es que la circunstancia de la enfermedad pueda dar mejor ocasión de una mayor reflexión, un verse más sinceramente en pobreza, un enfrentarse a la realidad desnuda, y esta verdad puede llevar al enfermo a la LUZ.

En definitiva, lo que realmente vivimos hoy es una situación cambiante de manera de *estar en el mundo*: el tipo de relación que el hombre establece con las cosas, con sus semejantes, con las estructuras, las instituciones, con los valores y con Dios.

Nos preguntamos si en este complejo mundo puede tener un lugar el enfermo, el minusválido, sobre todo el gran incapacitado. Y no solamente un lugar, un puesto, sino "su puesto": el que le realice, le desarrolle, le comprometa, le abra a los hermanos y a Dios.

## El hoy de la Iglesia

Ante situaciones de injusticia, de insolidaridad, de despersonalización y desvalorización, de marginaciones... Ante este proceso de secularización, pero también inmersos en una cultura fuertemente impactada por el fenómeno del ateísmo, a la Iglesia se le plantea un reto apasionante.

Es evidente que la Iglesia nacida del Concilio Vaticano II no quiere permanecer solitaria y aislada respecto a este mundo nuestro y su compleja problemática actual; también la Iglesia es consciente de la profunda transformación que está viviendo la sociedad y considera cuál es su responsabilidad en la gestación de ese nuevo mundo (GS ns. 1 y 4).

Evidentemente, la Iglesia, en su pastoral, busca fortalecer la persona, valorarla en su ser, valora el sufrimiento, el silencio.

La Iglesia, en su opción por los pobres, tiene como misión mostrar que el porvenir humano no depende tanto del saber ni del poder como del amor-creador, de la acogida y de la colaboración que el hombre puede y debe ofrecer. Un amor-creador que compromete al hombre en su totalidad, hasta las raíces de su ser, de su libertad.

La *Gaudium et Spes* insiste sobre la atención preferencial que la Iglesia debe tener hacia los más pobres, los más necesitados, los marginados. El enfermo, el minusválido, entran dentro de este mundo a menudo de pobreza material-económica, pobreza de cultura, de formación profesional, de falta de responsabilidades y de autonomía personal..., por lo que ellos tienen derecho a una solicitud particular por parte de la Iglesia, que ha de poner su interés no en volcarse sobre ellos para asistirlos, sino a potenciarlos para que tengan acceso al trabajo, a la cultura y a las responsabilidades.

En este mismo sentido se manifestaron en su carta, con motivo del Año Internacional del Minusválido, los obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral. Entresacamos de ella unas líneas: "Descamos... que la presencia de Aquel que vino a 'anunciar la Buena Noticia a los pobres y la liberación a los oprimidos' se manifieste en nuestro compromiso en favor de los que sufren alguna disminución". "El rasgo más característico de la vida y la doctrina de Jesucristo es su radical preferencia por los pobres y desvalidos, los enfermos y todos los marginados. No sólo los acoge sino que va a su encuentro". "Para Jesús, la solidaridad concreta y efectiva con los minusválidos, enfermos y marginados, forma parte de la misión de la Iglesia y es la piedra de toque para distinguir a sus verdaderos discípulos". "La Iglesia, si pretende mantenerse fiel al mandato de Jesucristo y seguir su ejemplo, ha de considerar la atención a los enfermos y minusválidos como uno de sus primeros deberes". "Es urgente que los minusválidos, aun los

que tienen graves problemas de movilidad, participen activamente en la vida de nuestras comunidades. Su servicio sería inestimable en la catequesis y educación de la fe, a las que aportarían el testimonio de su fe vivida en la pobreza y el dolor de sus limitaciones, y desde las que despertarían la conciencia de toda la comunidad para que viva más cerca de los pobres y marginados y promueva con mayor convicción una sociedad más justa, fraterna y solidaria”.

Los propios enfermos y minusválidos, al presentar a la XXXV Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española el “Informe Especial sobre la Iglesia y los Minusválidos”, pedían: “A esa Iglesia que queremos más cercana, crítica, comprometida y testimonial... Que caiga en la cuenta de que el enfermo y minusválido que no sale de casa necesita ser visitado, ser comprendido en y desde su entorno y situación. El ‘sacramentalismo’ domiciliario rápido no puede ‘evangelizar’ ni integrar eclesialmente”. “Mayor integración dinámica del minusválido en la Iglesia. Menos dificultades a aquellas personas minusválidas que desean ingresar en Seminarios y Ordenes Religiosas, cuando su minusvalía es compatible con su misión. Integración en Consejos de Pastoral, Escuelas de Catequistas. Fomentar experiencias con minusválidos en Seminarios, Casas de Formación, Comunidades Cristianas, Cáritas Parroquiales”.

## I

### MISION DEL ENFERMO EN LA IGLESIA

Cuando a una persona le sobreviene una novedad de existencia, como es la enfermedad, esa persona necesita una ayuda para poderse confrontar con Cristo desde esa novedad

de existencia, y así poder llegar a cristianizar, es decir, a vivir en dependencia de Cristo esa nueva situación humana.

Normalmente son personas creyentes que necesitan ayuda para que, insistimos, esa nueva situación humana pueda ser puesta en relación con Cristo, y desde El pueda ser iluminada para ser vivida con profundidad cristiana, con respuesta personal desde la fe.

Por tanto, la persona enferma tiene un camino que recorrer en su *hacerse*, en su *ser*. Supone un caminar en la formación y en la propia transformación. Caminar, que, como todo esfuerzo, entraña dificultad, oscuridades y desalientos, soledad e impotencia..., pero también produce serenidad y gozo en la libre aceptación, luz, consuelo, solidaridad..., consciente de que es sujeto de responsabilidades.

Ciertamente, muchas de estas personas enfermas están imbuidas de una mentalidad cristiana y, sin embargo, no se han planteado nunca el problema de la conversión personal.

Pero, en el momento en que se hace perceptible la llamada de Cristo, se derrumban las barreras interiores y exteriores que entristecen y deterioran a la persona enferma. Entonces empieza a captarse esa libertad que antes no se atrevía uno a entender. Entonces siente uno la invitación a probar las posibilidades nuevas que El nos ofrece, y de las cuales apenas si se tenía idea, no se atrevía uno a imaginar. En el momento en que ocurre este fenómeno, se produce la *alegría de Dios*, precisamente en medio de un mundo que no se puede alegrar verdaderamente de ninguna otra forma.

Desde este contexto la persona enferma puede ser:

### 1) *Testigo de la fe.*

Cuando intenta llevar una vida de fe en un dinamismo constante de conversión por un comportamiento adecuado de exigencia evangélica.

La situación de enfermedad puede ayudar a abrirse a la llamada del Padre que nos impulsa a realizar, a desear y a buscar el proyecto de Jesús: ser para los demás. Ese Jesús que vive para DAR, para que los demás tengan VIDA, para que conozcan al Padre.

Y como Jesús y María, como los profetas y los apóstoles, también la persona enferma se siente llamada y enviada a *tener* y a *dar* VIDA. Porque la Vida ya no es sólo para sí misma, sino para el mundo, para los demás, para que crezca, se comunique, se manifieste.

El enfermo que ha sentido esta llamada en lo profundo de su ser, ha aceptado una dirección nueva en su vida, un sentido más total y más profundo; se alegra y se responsabiliza, se ve lleno de paz, de humildad y de sentido de Dios.

## 2) *Signo de éxodo.*

Cuando el hombre tiende a establecerse, asegurarse y encastillarse en el “tener”, la enfermedad lo relativiza todo colocándolo en el contexto real de lo que es un proyecto para vivir una vocación, caen todos los planes humanos.

Los cristianos, muchas veces, estamos empeñados y como abortos por la realización de un proyecto del Reino “aquí y ahora”, olvidándonos de que estamos aquí “de paso”, en éxodo.

La auténtica actitud del creyente tiene que ser la de aquél que está siempre dispuesto a dejarlo todo, a no instalarse; el que está dispuesto a seguir siempre hacia adelante confiando sólo en la Palabra de Dios, apoyándose exclusivamente en la Palabra del Dios que nunca defrauda; sin quedarse ni instalarse nunca en sus posesiones o en las obras de sus manos.

El enfermo en éxodo sabe de una fuerza que transforma desde dentro. En un nuevo sentir y en un nuevo vivir, se está manifestando el Espíritu de Dios. Está naciendo siempre de nuevo en la conversión a Dios.

Por último, el enfermo es también testigo de la promesa, testigo de la esperanza última.

### 3) *Testigo de la cruz.*

El hombre ha descubierto fácilmente la relación existente entre placer y fecundidad (a nivel sexual, está claro para la gente), pero no ha descubierto tan fácilmente la relación entre dolor y fecundidad.

El enfermo puede ser testigo de que no hay fecundidad donde no hay dolor, y que el dolor es fecundo si es asumido como cruz.

“¿No sabíais que para resucitar, para triunfar, Cristo tenía que morir?” (Lc 24).

Cierto que, en sentido negativo, el dolor puede llevar a la desesperación y el placer a la degeneración, en vez de a la fecundidad. La fe es la que descubre el designio que Dios ha puesto al placer y al dolor, la alianza que existe entre fecundidad y dolor. Nos resulta un tanto difícil entender que el dolor, unido a la fecundidad, también nos realiza. Este es el mensaje de la cruz de Jesús.

Cuando un enfermo está realmente viviendo el Misterio de Salvación de Cristo y comprende su puesto activo en la Iglesia, es cuando su vida entera, y no sólo su enfermedad, es instrumento vivo de santificación.

El enfermo, incorporado así en Cristo por el amor, se ofrece a Dios Padre y, aunque por la enfermedad o limitación física no pueda realizar ninguna acción directamente activa, su vida tiene un valor potencial maravilloso, porque es Cristo el que vive en él y ama en él, y, amando, redime y salva al mundo.

### 4) *Testigo de la Pascua.*

Sólo por la fe en la resurrección de Jesús a una vida nueva con Dios Padre cobra sentido la enfermedad, el sufrimiento, la

muerte. Sólo a la luz de esa nueva vida de Dios resulta claro que la pasión y muerte de Jesús no fueron en vano; que el Dios que parecía haberlo dejado abandonado, en realidad lo había sostenido en todo momento; que Aquel que había llegado a experimentar como nadie antes de El el abandono de Dios, Dios no lo había abandonado; que el Dios exteriormente ausente, estaba ocultamente presente. Esto es, pues, lo que da sentido al “aparente” absurdo sufrir y morir de los hombres, y un sentido que el hombre no puede, sufriendo y muriendo, fabricar por sí mismo, pero que puede *dejarse regalar* por el Padre Dios.

La persona enferma, pues, puede ser “testigo” del paso de la muerte a la vida, y de que a la VIDA no se llega más que muriendo. La muerte es así sacramento fundamental de la vida.

“Dios en persona estará con ellos y será su Dios. El enjugará las lágrimas de sus ojos, ya no habrá muerte, ni luto, ni llanto, ni dolor, pues lo de antes ha pasado” (Ap 21, 4). La victoria definitiva del amor de Dios, que amorosa y gratuitamente se hace cargo del sufrimiento, del dolor del hombre. La victoria del amor de Dios, tal como lo ha proclamado y manifestado Jesús, como potencia última y decisiva: ¡Este es el Reino de Dios!

##### 5) *Testigo del Cristo que viene.*

Normalmente, nadie puede encontrarse con el “Dios que viene a nosotros”, si en su vida humana no está viviendo —a nivel humano y como experiencia humana— esta “presencia” del otro, del hombre; presencia del otro, que supone acogida y que comporta una influencia del otro en mi vida personal. Es decir, si previamente, a nivel humano, no nos movemos también en esa experiencia humana de llegar a constatar y experimentar la valoración, la riqueza que alcanza nuestra vida humana cuando vivimos en colaboración unos con otros.

Si alguien está acostumbrado a vivir de forma aislada o individualista, prescindiendo de todo y de todos, no entenderá, porque no tiene experiencia que le facilite la comprensión del “Cristo que viene”.

En un proceso de maduración en la fe del enfermo hay una conversión al Cristo presente, al Cristo que actúa en nosotros. Es la fe, la esperanza y el amor en el Cristo que viene, que está viniendo ininterrumpidamente y que nos hace partícipes de una vida plena que va más allá de nosotros mismos, porque es ya una participación en la misma vida de Dios.

#### 6) *Signo de humanización y solidaridad.*

“Por lo demás, queridos hermanos —dice San Pablo—, fijaos en lo auténtico, lo honrado, lo justo, lo amable, la virtud y la alabanza”. Los demás son capaces de comprender algo y nosotros podemos aprender de todas las ciencias y sabidurías del mundo. La paz de Dios que nos mantiene en Cristo y que nos libera de la cruz, no nos cierra en banda frente al mundo, como algunos opinan; antes bien, nos abre a un horizonte mucho más amplio y pone en nuestro ánimo una solidaridad que está siempre dispuesta a aprender de los demás, a trabajar juntamente con ellos en la construcción del Reino, a vivir en comunión...

El enfermo es consciente de su “ser pobre” en cuanto a disponibilidad total para con Dios y los hombres. Pobreza fundada en la propia miseria-pecado. De esta forma, la persona enferma “pobre” es capaz de recibir y puede estar en disposición de dar lo que posee: su propia persona. Porque, dentro de este “ser pobre” asumido con libre decisión, puede encontrar la verdadera libertad de espíritu.

El sufrimiento asumido en serenidad y paz, es humanizador. El enfermo potencia más el “ser persona”, desarrolla más el sentimiento de solidaridad, de amor vivido en oración,



abierto a lo universal, se convierte en fuente de profundidad en la unión con Dios.

En definitiva, el enfermo se siente miembro activo del nuevo Pueblo de Dios, pueblo misionero que vive en comunión con todos los demás hombres, que intenta cumplir el Mensaje de Cristo de amor y justicia hasta sus últimas consecuencias y que está destinado a ser fermento, luz y sal de la tierra.

### 7) *El enfermo, "impulso" de la transcendencia.*

La misión del enfermo es muy importante. Los cristianos se tienen que mantener en un difícil equilibrio de transcendencia e imanencia. Es decir, el Reino de Dios está aquí ya, pero todavía no.

Los cristianos tenemos que construir el Reino aquí, en las relaciones humanas, a nivel de personas. El cristiano se compromete a impregnar de amor todas las relaciones humanas; pero, de alguna manera, las relaciones humanas están condicionadas por las estructuras (profesionales, sociales, familiares, políticas, jurídicas, eclesiales...).

La comunidad cristiana tiende a reducir el Reino a la inmanencia, a lo que construye "aquí y ahora". Y el enfermo es testigo de la transcendencia, del "todavía no".

La comunidad cristiana no sólo ha de descubrir el valor del signo de transcendencia que tiene el enfermo, sino que también ha de descubrir la riqueza de la persona enferma. Que si parece inútil para la inmanencia del Reino (lo cual será a nivel de estructuras, pero no a nivel de relaciones humanas), no es inútil a nivel de personas, porque el enfermo descubre el valor real de la persona, por encima de las apariencias.

Entonces tenemos que el enfermo crea un estímulo a los cristianos que tienden a quedarse en la inmanencia y la mantiene en tensión, en el difícil equilibrio de la transcendencia. El enfermo purifica a la comunidad cristiana de un fácil triun-

falismo, de un sentido de eficacia, de politización, de medir el compromiso cristiano a nivel de compromiso técnico...

Precisamente, la fe, por su transcendencia, es la que da importancia a lo inmanente. Pero da importancia a lo inmanente revitalizándolo, haciendo ver que las cosas tienen importancia *sólo en cuanto* son asumidas por un proyecto que *va más allá*.

El enfermo, con la comunicación de su dolor, de su incapacidad e impotencia, de su fe..., anuncia la venida de Jesús, intenta hacer una catequesis de la transcendencia.

#### 8) *Miembro pleno de la comunidad eclesial.*

El enfermo es miembro pleno, porque él es también evangelizador. Si decimos que evangelizar es: a) crear interrogantes; b) anunciar la Buena Noticia; c) realizar una catequesis; d) participar en una celebración; e) abrirnos a un compromiso de amor, tenemos que todo esto, a su modo, lo realiza el enfermo en la comunidad cristiana.

Indudablemente, el enfermo crea cierto tipo de interrogantes sobre la propia capacidad de aceptar, asumir, vivir una realidad de enfermedad, de minusvalía, desde una perspectiva de fe, en amor.

Cuando una comunidad asume entre sus miembros a un enfermo, éste se convierte en un elemento evangelizador.

#### 9) *Evangelizador del enfermo.*

El enfermo que vive su vida como un "servicio", se acerca al otro enfermo, en postura de ayudarle a descubrir y que pueda desarrollar sus propias posibilidades. Que el otro descubra el propio "yo" al contacto con el "tú", viviendo el "nosotros". De esta forma reconoce el valor de hijo de Dios en la experiencia de una fraternidad universal y concreta, sin pietismos ni dolorismos, sin paternalismos ni marginaciones.

Le ayuda a vivir la auténtica actitud cristiana: aceptar la vida tal cual es y tomar esto como punto de partida para luchar por una superación, por un desarrollo de aptitudes, por una integración social, eclesial...

Porque partimos de una realidad: que el enfermo es el evangelizador del enfermo. En el encuentro personal con Dios, recibimos su mandato: ser enviados, ser transmisores de la BUENA NOTICIA. Nuestra respuesta, pues, ha de ser de total disponibilidad. Nuestra misión es: llevar la PALABRA que purifique, que libere, que salve...

Desde esta perspectiva, el enfermo que vive su ser evangelizador tratará de que el otro descubra la alegría que tiene toda vida; dinamizar las propias posibilidades; armonizar la realidad desde la Buena Noticia; comunicar al otro el sentido que tiene la propia vida desde Jesús; saber caminar al mismo ritmo, en postura de comprensión, de "com-padecer"; comunicar la posibilidad de ser libre gozosamente, a pesar de todos los condicionamientos; intentar dar respuesta a los interrogantes que plantea una situación de enfermedad, sufrimiento, incapacidad...; pero, a la vez, ser capaces de abrir otros interrogantes (visión nueva de la realidad circundante, constante renacer, conversión...). En definitiva, el ser compañeros-amigos en la misma situación de enfermedad, puede posibilitar el compartir inquietudes, temores y esperanzas; caminar juntos en la construcción y hacia el Reino de Dios; experimentar juntos el camino y la felicidad del proceso; hacer visible la gracia de Dios entre los hombres; hacer que vivamos a Cristo en nuestra vida.

Así, el enfermo será "signo visible" del Jesús cercano a los necesitados, entregado totalmente a liberar al hombre de todo lo que bloquea el crecimiento de la vida e impide vivir con esperanza. Jesús, que sabe liberar con su acogida, su cercanía, su palabra, su fe en el Padre, su búsqueda apasionada de la fraternidad.

El afecto a cada persona, la cercanía amistosa, el respeto y la escucha a cada enfermo, la acogida y la comprensión de cada vida, no pueden ser garantizados si no surgen del corazón de la persona enferma animada por el espíritu de Jesús.

### Necesidad de una catequesis

Todo esto hay enfermos que lo entienden, lo asumen y lo vivencian conscientemente; pero esto no es frecuente. Es necesaria una catequesis, una reflexión sobre estas realidades. Y no solamente es necesaria una catequesis para los enfermos, sino también para los sanos, hecha con ocasión del signo y testimonio del enfermo.

Aquí hay una riqueza extraordinaria de valores. Por tanto, la pastoral de enfermos sería la pastoral de la escatología, la pastoral del sentido de la marcha de la historia del hombre. Por consiguiente, la pastoral de enfermos en una comunidad no tiene que ser una cuestión secundaria, sino que es signo e instrumento de una interpretación y vivencia de la fe.

El enfermo es un sacramento de la fe en tanto en cuanto sensiblemente testimonia la fe, la esperanza y el amor en el Cristo que viene.

El asumir todo esto supone una maduración y una madurez en la fe del enfermo, y en esta medida enriquece a la comunidad cristiana, a toda la humanidad, a la creación...

“Participando en la construcción de una Iglesia viva que debe ser signo de Jesucristo, en la medida en que somos testigos del AMOR que libera a la humanidad, caminamos con los otros, con todo lo que ella —la Iglesia— posee de dificultades y de esperanza..., seremos signo que permitirá a los hombres reconocerse como hermanos” (Aime Brousteau).

## II

## MISION DEL ENFERMO EN LA SOCIEDAD

El hombre nace dentro de una célula social primaria, pero que va a repercutir a lo largo de toda la vida de ese ser social que es la *persona humana*. Si decimos que el enfermo y minusválido son unas "personas" (que tienen los mismos derechos que otros seres sanos físicamente), también han de participar, en la medida de sus posibilidades, en los mismos deberes que los otros y "arriesgarse" a ser *libres* dentro de la sociedad que les ha tocado vivir.

A veces no es fácil la forma de encontrar, pero sí: participando en todos los aspectos sociales de nuestros hermanos, reivindicando una libertad de expresión, derecho a las propias ideas, a una vida digna, a un trabajo, una cultura, al ocio, al respeto como persona. ¿Cómo? Haciéndonos solidarios con los otros enfermos y minusválidos, abriéndonos a la evolución del mundo y, dentro de nuestro ser cristiano, luchar por la liberación de todos y cada uno, *amando a los demás como a uno mismo*.

Pero también la presencia del enfermo (en cuanto supone dolor, sufrimiento, incapacidad, muerte...), indudablemente, interpela a la sociedad:

— Como "presencia" de relativización de las cosas y crítica de los valores que vive esta sociedad, como son: el éxito, la eficacia, el prestigio, la ambición del poder, el buscar "tener" antes que aprender a "ser".

— "Presencia", en cuanto potencia estos valores en crisis: la alegría del servicio gratuito y del vivir abiertos al amor, la amistad, la palabra y el silencio, la fuerza de la ternura, del gozar y agradecer el "ahora" como regalo del Padre,

la dignidad de la persona, la riqueza del diálogo, la pobreza evangélica...

— “Presencia”, que recuerda la propia realidad, que ayuda a descubrir las propias limitaciones y debilidades, pero, a la vez, las grandes posibilidades.

— “Presencia” de solidaridad, que provoca una interpelación a un tipo de caridad, a un sentido de justicia, al individualismo egoísta... y suscita una postura de cercanía, de entrega, de compartir, de servicio gratuito.

### III

#### CAUCES PARA UNA MAYOR PARTICIPACION DE LOS ENFERMOS EN NUESTRAS COMUNIDADES CRISTIANAS

En lo expuesto hasta ahora se ve un interés por una mayor participación del enfermo y minusválido en las comunidades cristianas. Hemos visto también que su labor de evangelización podría aportarles bastante, ya que tiene unos valores que, debidamente encauzados, darían “fruto, y fruto en abundancia”.

Cabe ahora preguntar qué medios habrían de emplearse para lograr que el enfermo participe más en la vida eclesial. Se ve clara la necesidad de una catequesis que haga tomar conciencia de sus valores al enfermo y a los que con él trabajan.

El hombre enfermo, acostumbrado también a valorar las cosas con el prisma del mundo, es fácil se vea sin nada que ofrecer a los demás, con una gran sensación de impotencia: es importante que vaya descubriendo todos esos valores que encierra, precisamente por su situación, y tome conciencia

de lo que puede aportar. En este sentido habría una gran labor a realizar.

### Respuestas a una encuesta sobre este tema (Lugo)

Hemos querido recoger también las respuestas dadas al tema “El enfermo, miembro activo y pleno del Pueblo de Dios: su aportación al mundo actual y a la Iglesia”, por lo que pueden aportar a nuestra reflexión sobre el mismo.

En un primer punto se recoge lo que los enfermos, que han atendido o visitado, han aportado a su vida, y se ve que, efectivamente, el enfermo puede aportar, y de hecho aporta, las cosas que anteriormente hemos ido considerando: relativizar las cosas, ver la riqueza que supone la salud, mayor capacidad de reflexión e interiorización para procurar conocernos mejor, interrogantes, preguntas, interpelaciones..., serenidad, mayor madurez y equilibrio, etc.

La segunda cuestión pregunta sobre qué hacer para favorecer y estimular la presencia activa y plena de los enfermos en la comunidad cristiana. Algunas respuestas son: “Crear mentalidad, en sanos y enfermos, de que todos somos miembros activos del Pueblo de Dios y que todos y cada uno tenemos nuestra misión”. “Promover la colaboración del enfermo con el enfermo y facilitar las relaciones entre ellos”. “Contar con ellos y consultarles”. “Ayudarles a permanecer activos y desarrollar sus cualidades y posibilidades, a fin de *no aniñarles* más aún de lo que a veces están”. “Hacerles ver que *son útiles*. Revalorizar y reforzar lo que aportan”. “Tenerles *presentes en nuestra comunidad* —presencia física, cuando sea posible; espiritual, siempre—”.

En estas respuestas hay una serie de pistas que consideramos serían interesantes de estudiar en vista a llevar adelante unos programas, unas acciones, en las que la labor de Pastoral Sanitaria fuese la de conseguir un mayor acercamiento entre

los enfermos y las comunidades cristianas, y que en éstas hubiese una mayor toma de conciencia del valor que ellos podrían aportar con su presencia y su labor evangelizadora:

- a) Catequesis de sanos y enfermos.
- b) Ver al enfermo como principal agente de evangelización de los demás enfermos.
- c) Personalizar al enfermo: no decidir por él.
- d) Hacerles responsables; evitar el paternalismo.
- e) Hacerles ver que no son miembros "inútiles".
- f) Contar con ellos siempre, para que aporten en la medida de sus posibilidades.



# LA PASTORAL SANITARIA. CAMPO DE ACCION, PROBLEMATICA Y OBJETIVOS

---

JESUS CONDE  
Delegado Diocesano de P. Sanitaria  
de la archidiócesis de Madrid-Alcalá

## I

### ACERCAMIENTO A LA ENFERMEDAD Y AL ENFERMO DE HOY

#### 1. El ser humano desea vivir

El ansia de vivir es un *imperativo humano universal* que toda persona experimenta, incluso en medio de las mayores limitaciones con que pueda tropezar en su existencia. La fuerza de este sentimiento impulsa a la humanidad hacia el desarrollo de esfuerzos ingentes que desembocan unas veces en *logros espectaculares*, pero otras veces llevan a la decepción que surge al constatar la infranqueabilidad de barreras tales como determinadas enfermedades y como la muerte.

## 2. El mundo de la salud

Es el intento de respuesta concreta, social y organizada al deseo de vivir del ser humano. Hoy día el mundo de la salud constituye un sector bien diferenciado dentro del conjunto social; diferenciado, pero no separado, ya que la tarea de la salud ha cobrado en la actualidad unas *dimensiones tan amplias como la misma sociedad*.

Su atención y promoción ya no obedecen, como antaño, a planteamientos propios de una cosmovisión cristiana, ni a motivaciones ni actuaciones individuales o corporativas de pequeño alcance. Ya no se centra, por mucho que a veces alguien quiera seguirlo proclamando, en la relación médico-paciente; ni siquiera se agota dentro de las estructuras hospitalarias.

El mundo de la salud *obedece en la actualidad a planteamientos fundamentalmente ideológicos, políticos y económicos*. La salud y la enfermedad son hoy tratadas *dentro de las condiciones generales de la sociedad entera*. Se intenta que todo: el espacio, la naturaleza, el hábitat, la economía, la alimentación, el trabajo y el ocio, las relaciones sociales y los comportamientos afectivos..., sea contemplado y tratado según su incidencia sobre la salud, y a la inversa. Se intenta la conjunción de los diversos factores naturales y sociales que están en juego, para que todo programa sanitario sea integral, efectivo y económico. Los Estados, que son quienes asumen ahora el control y planificación del mundo de la salud, empiezan a mentalizar a los ciudadanos en la idea de que *la salud es una tarea de todos*.

Pero al llegar a este punto es necesario constatar una enorme *contradicción social*. Cuando la sociedad se sitúa frente a la enfermedad, dedica a los que la sufren algunos de sus mejores esfuerzos; pero también la aleja de su horizonte connatural y humano. Mediante mecanismos diversos y complejos, alienta en los individuos *actitudes de evasión frente al*

*lado doloroso de la vida.* Y ofrece como alternativas una dedicación febril a lo inmediato, material y palpable, unas “distracciones” alienantes, unos “valores” cuya publicidad los califica de progreso ilimitado, productividad, eficacia, consumo, etc.

Más aún, *la sociedad opta de hecho por organizar la vida de forma abrumadora en función de los sanos y de la salud;* opción que supone el cultivo de una *visión reduccionista del hombre*, un ser que parece vivir cada día más para producir y consumir, y que cuando se “avería” es puesto en manos de los técnicos de la salud para devolverle, si es posible, al ritmo de una vida en la que se valora más el tener que el ser.

Por otro lado, los *progresos de las ciencias médicas* se usan a menudo como *reclamos* que impulsen a poner la fe y la esperanza humanas en *metas utópicas* de longevidad e inmortalidad, que serán supuestamente logradas en un futuro quizá no lejano. Tal es el espejismo extremo hacia el que se induce a los sanos, para que puedan vivir, al menos durante un cierto tiempo, de espaldas a la realidad de la enfermedad.

### 3. La enfermedad: “sorpresa” y cambio

Así se comprende cómo la enfermedad, sorpresa dolorosa para el ser humano de cualquier época, encuentre a éste, *hoy más que nunca, inadaptado* frente al sufrimiento y a las situaciones nuevas que provoca.

La enfermedad ha irrumpido siempre en la existencia humana afectando todas las dimensiones de la misma, resquebrajando la integridad y la totalidad de su entidad subjetiva. *La vivencia del cuerpo como compañero indócil, rebelde y doliente*, desajusta el equilibrio armónico propio de la situación de la salud.

La enfermedad *cambia también dramáticamente la relación del individuo con el mundo de los sanos*, al que éste se

sentía hasta entonces natural y espontáneamente vinculado. Le exige el abandono de su trabajo, empequeñece la amplitud de su entorno habitual y le obliga a la aceptación de un nuevo "rol" más pasivo y dependiente respecto del grupo familiar y social.

Tal *dependencia* la percibe el enfermo a la vez como incapacidad propia y como entrega obligada a los cuidados de la familia y a la asistencia de las estructuras sanitarias, con todo lo que ello comporta de vulnerabilidad, pérdida de autonomía y desarraigo, tal y como se halla planteado actualmente el cuidado de los enfermos.

Este proceso y estas circunstancias acaban por forzar al individuo enfermo a una *nueva confrontación consigo mismo*, teñida casi siempre de sentimientos alternativos o simultáneos de inseguridad, angustia, vacío, frustración, soledad, miedo, agresividad, ilusiones, esperanzas, etc. Al compás de tal confrontación y sentimientos surgen *interrogantes* acerca del sentido de la vida, de la enfermedad y, cuando ésta reviste cierta importancia, acerca de la misma muerte.

#### 4. El enfermo, ese ser necesitado

Como tal se supone que es recibido por su entorno familiar y social. Pero es conveniente que, de forma somera, destaquemos algunas de sus necesidades.

4.1. Como ser humano que es, *necesita ser atendido en todas sus dimensiones*. Por ello y debido a su dignidad de persona, ha de ser tratado como sujeto y no como objeto. Se le reconocerán, pues, en la práctica de su asistencia, todos los derechos establecidos y contemplados en las codificaciones deontológicas y en las declaraciones internacionales.

4.2. Esto exige, entre otras cosas, que el nuevo tejido de relaciones creado en torno a él no sea sólo profesional y

limitado a los criterios terapéuticos de la medicina científica, sino una *verdadera relación de ayuda*. Que las estructuras sanitarias —y hospitalarias, cuando el enfermo deba ser hospitalizado— estén realmente a su servicio; lo cual es imposible si tales estructuras no recuperan el sentido de lo humano.

4.3. Una labor terapéutica integral (salvar al ser humano, hacer que viva) por parte de la sociedad, deberá tender a la *restauración*, en la medida de lo posible, de *todas* las dimensiones humanas amenazadas, quebrantadas o rotas por la enfermedad:

4.3.1. La recuperación de una cierta armonía perdida por el individuo enfermo en su unidad subjetiva, exige una *educación sanitaria previa* que ayude al ser humano, mientras está sano, a convivir con la idea de que algún día ha de enfermar.

4.3.2. Exige, igualmente, la creación en torno al enfermo de un *ambiente* y unas *condiciones* que le ayuden a asumir, en cuanto le sea posible, su nueva situación, reconciliándole consigo mismo y con su cuerpo.

4.3.3. Para que el enfermo pueda establecer con su entorno un *nuevo tipo de relación*, será preciso que la sociedad lo acepte como miembro y le ayude a reintegrarse en ella; que en el mundo de la salud existan personas capaces de escuchar, comprender y compartir, valorando sólo en su justa proporción las prestaciones de tipo profesional-técnico.

4.3.4. Finalmente, no puede satisfacerse la necesidad de una asistencia integral, si no se atiende a la *dimensión trascendente y espiritual* del ser humano enfermo. El tiempo de la enfermedad puede ser un contexto propicio para que surjan nuevos *interrogantes* y para plantear una nueva *relación*

*con Dios y/o una orientación más profunda de la propia vida. Ahí es donde se inserta en buena parte la Pastoral de enfermos, que engloba la acción de todos aquellos cristianos que hoy se sienten testigos de la presencia salvadora de Jesús en este ambiente.*

## 5. La sociedad, esa enferma necesitada

El acercamiento al individuo enfermo no puede hacerse sin tener en cuenta a la sociedad en la que éste vive y de la que su salud es marcadamente tributaria.

Podría decirse que la sociedad actual es un enfermo que contagia sus males a quienes viven en ella. Son enfermedades sociales, por ejemplo, los desequilibrios del progreso que alteran los ritmos vitales de antaño, su repercusión sobre la naturaleza, los desajustes sociales y la injusta distribución de los recursos, el aumento constante de las perturbaciones psicológicas y su incidencia somática y ambiental...; enfermedades sociales y también tareas con que se enfrenta hoy el mundo de la salud.

## II

### RESPUESTA DE LA SOCIEDAD A LA PROBLEMÁTICA DEL MUNDO DE LA SALUD

Tratando de presentar un esquema fácilmente comprensible de los recursos que la sociedad promueve y utiliza para hacer frente a dicha problemática, los dividiremos de la siguiente manera:

## 1. Recursos institucionales y profesionales

1.1. *Formación docente* de profesionales en Facultades de Medicina, Escuelas de Enfermería, etc.

1.2. *Medicina preventiva*: campañas de educación y promoción dirigidas a los ciudadanos.

1.3. *Medicina asistencial* en su doble vertiente hospitalaria y extrahospitalaria.

1.4. *Medicina integradora*: que engloba el tratamiento de enfermos necesitados de rehabilitación, tanto somática (orgánica y funcional) como psíquica y de reinserción social. Puede ser también hospitalaria y extrahospitalaria.

## 2. Recursos no profesionales

Ya que, a pesar del silencio y la poca atención a este sector por parte de las instituciones oficiales de la sociedad, es evidente que *no sólo los profesionales asisten a los enfermos*. Este tipo de recursos tiene dos vertientes:

2.1. Asistencia a los enfermos por parte de su *familia*, *amigos* y otros *allegados*.

2.2. Asistencia a los enfermos por parte de personas, grupos o asociaciones de carácter voluntario y filantrópico.

## III

COMENTARIO CRITICO A LA RESPUESTA  
DE LA SOCIEDAD

Los recursos institucionales, dentro de un *sistema de Estado social y de sociedad industrial*, se arbitran siguiendo unas *motivaciones de tipo socio-económico y político*, tales como la pacificación social, el desarrollo económico entendido como aumento de la producción y del consumo, el poder creciente de la clase trabajadora, pero también el de los entes multinacionales macroeconómicos, etc. El sistema sanitario que configuran estos mismos recursos obedece a unos *criterios*, de entre los cuales cabe destacar:

1. *La visión reduccionista y mecanicista del ser humano.*
2. *La concepción demasiado funcional y técnica de la medicina.*
3. *La práctica ausencia y olvido de promover una educación en aquellos valores que pone en crisis la enfermedad.*
4. *El intento de ampliar la conciencia que los ciudadanos, por su condición de tales, tienen en sus derechos.*

La vigencia de estos criterios se refleja, como consecuencia, en *hechos* como los enumerados a continuación:

5. *La formación de los profesionales de la salud es enormemente deficitaria en un cultivo adecuado de las disciplinas humanísticas y del tratamiento de las cuestiones éticas que se plantean en el mundo de la salud, polarizándose muy unilateralmente hacia los aspectos científico-técnicos.*



6. El sistema sanitario se encuentra sólo en los *comienzos precarios* de lo que hoy se entiende por una verdadera *educación preventiva*, que debería reflejarse más en la escuela, así como en las restantes etapas del desarrollo orgánico, psíquico y social del individuo.

7. En cambio, el sistema sanitario se halla *abrumadoramente centrado en la asistencia hospitalaria*, sobre todo de los enfermos afectados por procesos agudos clínicos y quirúrgicos, con notable abandono, sin embargo, de los enfermos crónicos, especialmente psiquiátricos y geriátricos, para los que la dotación de camas es aún insuficiente.

8. Iguales *desequilibrios y desproporción* se observa *entre las prestaciones sanitarias del medio urbano, suburbano y rural*: se acumulan en el primero, mientras en los otros dos son escasas y con deficiente planificación.

9. Y lo mismo cabe decir respecto de la *medicina asistencial extrahospitalaria*, en la que lo más destacable, por desgracia, es *la masificación de las consultas* ambulatorias y el *carácter deshumanizado y falta de continuidad de la medicina de cabecera*.

10. En el inmediato pasado, sobre todo, la imagen de una asistencia sanitaria sofisticada y técnicamente espectacular fue inducida mediante *campañas propagandísticas*, y produjo, y sigue produciendo, un *consumismo asistencial*, cuya consecuencia es el que la población demande, en ocasiones, los servicios sanitarios de forma injustificada, con lo que éstos resultan encarecidos inútilmente y, al proliferar las deficiencias, acaban por provocar la desconfianza del usuario.

11. Al *consumismo asistencial* se une el *farmacológico*, que ha sido favorecido por el mismo aparato sanitario, al

prestar cierto trato de favor a las industrias multinacionales farmacéuticas y no haber ofrecido una educación sanitaria adecuada a la población, ni haber atendido debidamente a la medicina primaria.

12. La *medicina integradora* se encuentra también en situación de penuria, en lo referente a los servicios de apoyo y rehabilitación social que puedan facilitar la reinserción en la sociedad de los minusválidos.

13. Por último, hay que reseñar el *vertiginoso aumento de los costos asistenciales*, debido a la tecnificación creciente, a la complejidad también creciente de las estructuras, que exige un constante aumento del personal, a la desorganización subsiguiente, sobre todo en las macroestructuras sanitarias, y a la escasa atención que aún merecen la educación sanitaria y la medicina primaria.

14. Pero, dentro de los recursos asistenciales, hay que destacar por su importancia al *Hospital*, que ha pasado de ser "Hospital de caridad" a ser "Hospital empresa", en donde se "produce" salud, para lo que cuenta con una organización de profesionales, regulada por las normas del *funcionamiento empresarial*, lo cual incide, a su vez, en:

14.1. El predominio de lo profesional sobre lo humano.

14.2. El fraccionamiento progresivo de las relaciones humanas.

14.3. La aparición de una filosofía, según la cual la muerte en una fábrica de salud es un hecho extraño, que sucede pero que no es contemplado.

14.4. El fenómeno del gigantismo hospitalario, resultado de unas pretensiones más políticas que sanitarias.

15. Respecto a la imagen actual del profesional sanitario y del ejercicio de su labor asistencial, cabe reseñar que:

15.1. Las motivaciones vocacionales y humanitarias han perdido fuerza ante las relaciones empresariales antes mencionadas.

15.2. La capacitación, entendida preferentemente como adquisición de habilidades técnicas, suele minusvalorar la relación con el paciente y favorecer el tratamiento mecanicista y aséptico del mismo.

15.3. Pero tampoco hay que silenciar que la especialización va obligando a trabajar en equipo y que los usuarios van valorando cada vez más el que la técnica vaya acompañada de la calidad y el calor humanos.

16. Los *recursos no profesionales*, concretables fundamentalmente en prestaciones de asistencia humanitaria por motivos familiares o filantrópicos, no reciben un reconocimiento ni un aliento suficientes por parte de las instituciones sanitarias oficiales. Con ello se está perdiendo la perspectiva de que:

16.1. La salud ha de ser entendida en la perspectiva del hombre completo.

16.2. La salud es tarea de todos, lo que quiere decir que también lo es la asistencia a los enfermos, en la que hay que sensibilizar a todo ser humano por el simple hecho de serlo.

## IV

RESPUESTA DE LA IGLESIA DIOCESANA  
AL MUNDO DE LA SALUD

El mundo de la salud y de los enfermos ha constituido para la Iglesia a lo largo de toda su historia un *lugar privilegiado* en el que ejercitar su acción evangelizadora y caritativa, tratando de continuar y de testimoniar la presencia perenne del amor de Jesús de Nazaret para con los enfermos.

En un gráfico titulado "*La comunidad diocesana y su presencia en el mundo de la salud*", se ofrece un panorama de los recursos que la Iglesia de Madrid tiene actualmente desplegados como respuesta a la dolorosa realidad de los enfermos y como formas de asistencia a los mismos. Pero esta respuesta debe tener también su comentario crítico, que ofrecemos en base a sus rasgos más relevantes:

1. La Iglesia de Madrid mantiene una *presencia abundante, variada y significativa* que cubre sectores amplios dentro del mundo de la salud, acentuando ciertos aspectos no debidamente atendidos por las instituciones oficiales, tales como el contacto humanitario con los enfermos, las motivaciones vocacionales de la asistencia a los mismos y el cuidado por el tratamiento de la dimensión religiosa y trascendente del ser humano.

Pero también se advierte que esta *presencia* es:

1.1. *Desorganizada y desequilibrada*, ya que este sector de la pastoral no ha entrado —como otros— en unos planes y programas acordes con la importancia que el evangelio da claramente a la misión de la Iglesia en el ámbito del cuidado a los enfermos.

Se dan acciones múltiples, pero aún no suficientemente integradas, sino más bien individualistas; no existe apenas una iluminación teológico pastoral suficientemente representada en los programas de formación de pastores, religiosos y laicos; a los centros hospitalarios se ha enviado con frecuencia a sacerdotes ancianos, o no vocacionados, siguiendo unos criterios acomodaticios o puramente coyunturales; se ha concentrado una gran parte de la presencia de las fuerzas cristianas en dichos centros, en detrimento de una presencia suficiente en otros ámbitos de igual o mayor urgencia y significado evangélicos.

1.2. *Presencia delegada y distante*, porque la Iglesia la ha delegado principalmente en los sacerdotes, religiosos y religiosas, lo que ha llevado al consiguiente y palpable distanciamiento del resto de los miembros de la comunidad cristiana, sobre todo de los laicos, los cuales no se hallan apenas sensibilizados en la actual problemática social, humana, ética, teológica y evangélica que se plantea en el mundo de los enfermos.

1.3. *Presencia silenciosa*, que es consecuencia de lo anteriormente dicho. La Iglesia, que ha hablado ampliamente en otros campos, ha guardado un prolongado silencio ante las injusticias que se dan en el mundo de la salud: despilfarros económicos, impunidad, falta de respeto a algunos de los más elementales derechos de la persona enferma.

1.4. *Presencia "atenuada"*, de la que son un claro exponente los muchos profesionales que, confesándose explícitamente cristianos, mantienen, sin embargo, un dualismo disgregador entre su fe y su vida.

2. Pero también hay que resaltar una serie de aspectos positivos y esperanzadores:

2.1. *La labor llamada, evangélica y testimoniante* de muchos cristianos junto a los enfermos, tanto en el trabajo profesional como en el voluntariado.

2.2. El resurgir de *nuevas inquietudes* en sacerdotes, religiosos y seglares preocupados por el mundo de los enfermos, que va cristalizando en hechos como éstos:

2.2.1. El número creciente de cristianos que van considerando su *carisma específico* en la dedicación a los enfermos y al mundo de la salud.

2.2.2. El auge que va tomando la asistencia pastoral y humana al enfermo domiciliado, en las *parroquias y comunidades cristianas*.

2.2.3. La reactivación, lenta y minoritaria, pero real, que se observa en la pastoral de un número creciente de *centros hospitalarios*, sobre todo de los pequeños.

2.2.4. La incipiente sensibilización de las *religiosas sanitarias* apoyadas por la FERS y la Delegación Sanitaria de P.S.

2.2.5. El auge de los grupos de *profesionales cristianos de la salud* que, en torno a las Hermandades del Trabajo o desde algunos centros sanitarios, intentan reflejar en su profesión el compromiso cristiano con los enfermos.

2.2.6. El resurgir y la coordinación de los *movimientos y asociaciones de ayuda voluntaria a enfermos*.

2.2.7. La mayor audiencia que la Pastoral Sanitaria está teniendo en el *Consejo Episcopal* de la archidiócesis y en los Consejos Pastorales de muchas Vicarías.

2.2.8. La formación del *Equipo diocesano de Pastoral Sanitaria*, en el que están representadas prácticamente todas las fuerzas de la Iglesia de Madrid dedicadas a asistir a los enfermos.

## V

### PLANTEAMIENTO DE NUEVAS ORIENTACIONES Y ACTUACIONES

#### Orientaciones generales

El mundo de la salud y de los enfermos es un lugar privilegiado de la acción de la Iglesia. Y sin pretender protagonismos, más propios de otros tiempos, es preciso, sin embargo, que la Iglesia recupere el lugar y la misión que le corresponden dentro del mundo de la salud. Este, por sus características complejas antes enunciadas, representa hoy para la comunidad cristiana un auténtico reto a su fidelidad a Jesús de Nazaret.

El Hijo de Dios nos mostró con su ejemplo que el cuidado de los enfermos es una expresión viva de la caridad, un signo de su misión mesiánica. Jesús, de hecho, trató a los enfermos con especial solicitud. Y lo que El hizo quiso que lo hicieran asimismo sus discípulos, uniendo al ministerio apostólico el mandato de curar y visitar a los enfermos. En su profunda solidaridad con los enfermos, enriqueció el gran Mandato con un nuevo sentido, al identificarse El mismo con los hermanos más débiles.

La fidelidad a Jesús exige a la comunidad cristiana un progresivo acercamiento al mundo de los enfermos. Es preciso que la Iglesia diocesana, usando de todos sus recursos pasto-

rales, entienda de nuevo que su acción pastoral sólo tiene sentido desde la óptica de la pobreza, la humildad... Para ello se hace necesario que responda al mundo de la salud en sus diferentes dimensiones o vertientes, especialmente en aquellas que miran al ser humano como sujeto de atenciones y cuidados, como alguien que quiere vivir y siente amenazado o maltratado ese deseo irrenunciable.

Es, por tanto, toda la comunidad diocesana la que, desde su fe, debe asumir como prioritaria la atención al mundo de los enfermos:

1. Respondiendo a sus verdaderas necesidades, especialmente por lo que se refiere a los más marginados.

2. Dando un lugar activo en el interior de cada comunidad a aquellos a los que la sociedad pasiviza más.

3. Iluminando, desde la profundización en la fe, los interrogantes que se plantean ante la enfermedad y la muerte.

4. Abordando la problemática de carácter ético provocada por situaciones nuevas, tanto en el campo médico-científico como en el asistencial.

5. Promoviendo la coordinación de esfuerzos y acciones a nivel local.

6. Motivando a los distintos sectores de la pastoral a una nueva reflexión sobre la presencia de la comunidad cristiana en el mundo de la salud.



Experiencias



## ESTUDIO DE LA SANIDAD ESPAÑOLA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PERSONA ENFERMA

---

### 1. Nuestra sociedad

La sociedad que hemos creado es una sociedad *de sanos* y *para sanos*, en la que podemos preguntarnos qué sitio ocupan en ella los enfermos.

Se valora al hombre por su capacidad de productividad, eficacia, utilidad, consumismo, competitividad. Si llena estas expectativas, "ha conseguido el triunfo". Se mira únicamente a la persona por lo que *tiene* y no por lo que *ES*. Nos empeñamos en ignorar los valores fundamentales de la persona humana, viviendo de espaldas a las realidades del dolor, enfermedad y muerte, alejados del Evangelio.

El hombre de hoy comúnmente está alienado. Busca la evasión, el no pensar. Vuelca sus anhelos en esperanzas utópicas, sin conseguir encontrarse satisfecho.

Se da la contradicción de que esta sociedad *de sanos* y *para sanos* parece que, en muchos casos, fabrica enfermos con sus perturbaciones psicológicas: ruidos, nervios, prisas, insatisfacción, accidentes; enfermedades del progreso, desequilibrios

ecológicos, marginaciones sociales, entre otras: ancianos, disminuidos físicos y psíquicos, enfermos crónicos y mentales, etc.

Es decir, se margina a toda persona que tiene limitaciones.

### *¿Cómo se interpreta la enfermedad?*

Con frecuencia, el Antiguo Testamento y las mentalidades primitivas, unen los conceptos de pecado y sufrimiento.

Jesús rompe este esquema con su Muerte dolorosa-Resurrección, que no es maldición ni castigo: es Salvación y Liberación.

El dolor tampoco es un premio. ¿Qué es entonces?

En la Biblia podemos encontrar una interpretación del dolor sólo a la Luz de la Fe, pero no una explicación. No obstante y durante mucho tiempo se sigue viviendo de las "rentas" de estos criterios. Traspasamos la responsabilidad a un Ser Supremo, unas veces; otras, somos totalmente indiferentes.

Con frecuencia se hacen presentes el *paternalismo* y el *pietismo*, en el trato con los enfermos: "... Dios te quiere más..."; "... Reza por mí, tú que eres tan bueno..."; "Pobrecillo, a ti Dios te escuchará...". Con estas frases se puede poner al enfermo al borde de la blasfemia, se fomentan las virtudes pasivas o una pasividad que no es virtud y se puede crear una *situación marginante*. No pensamos que esta situación puede ser "nuestra" algún día. No caemos en la cuenta de que "*todos* somos enfermos o enfermables".

## 2. ¿Qué ofrece hoy nuestra sociedad al enfermo?

Cuando el hombre ve bruscamente interrumpida su vida normal, cuando le llega la enfermedad, en la sociedad que le

rodea y a la que pertenece, encuentra una serie de valores de distinto signo que someramente pasamos a enunciar:

*Valores positivos:*

- Más adelantos en la medicina y en la cirugía.
- Posibilidad de medios de diagnóstico más precisos.
- Técnica avanzada.
- Posibilidad de curación con readaptación a la vida normal.
- Grandes centros hospitalarios, dotados de todos los adelantos, donde se cree poder recuperar la salud.
- Como hechos aislados, personas que se preocupan por el que sufre, tratando sobre todo de respetarle y ayudarle.

*Valores negativos:*

- Soledad y abandono, en no pocos casos. Incomunicación.
- Falta de información, con lenguaje claro y apropiado, sobre su padecimiento, tratamiento y consecuencias.
- Burocracia excesiva.
- Merma de su economía, cuando precisamente necesita más atenciones, cuidados, gastos de desplazamientos, etc.
- Deja de ser persona individualizada; ha pasado a ser un “objeto averiado” o un número.
- Impaciencia ante sus quejas y preguntas, en muchas ocasiones.

De hecho, no se le reconoce ningún derecho a la persona enferma.

- No se le suele preguntar ni se le suele consultar sobre los tratamientos dados a su enfermedad.

— Ante negligencias sanitarias, no se puede hacer nada *en la práctica*, por no estar reconocido el “delito sanitario”.

— Falta de participación, a todos los niveles: de consulta, de diálogo, de control y gestión, en todos los temas sanitarios.

— Una medicina cada día más deshumanizada.

— Falta de medicina preventiva.

— Desarraigo de su ambiente y familia en muchos enfermos hospitalizados.

— Consultas masificadas.

— Barreras arquitectónicas en la propia casa, ciudad, transportes, edificios públicos, etc.

— Carencia de oportunidades para la vida cultural y laboral.

— Carencia de pensiones, subsidios de paro...

— Falta de asistencia domiciliaria, incluso, a veces, para las necesidades más perentorias.

— Existe una gran escasez de residencias para las personas que no pueden valerse por sí mismas y viven solas, sin nadie que les atienda: ancianos, enfermos crónicos, grandes inválidos...

Se podrían seguir señalando otros valores y contravalores que omitimos por falta de espacio.

### 3. Preocupación y respuesta de F.C.E.M. ante el tema

Con toda la panorámica expuesta se puede comprender fácilmente que la persona enferma vive muy mal su situación; sufre molestias y dolores físicos, falta de comprensión y ayuda, precisamente cuando más necesitada está de las mismas, se siente débil, desprotegida, sola e incapaz de luchar por la defensa de sus derechos.

Todos estos problemas constituyen desde siempre una seria preocupación para Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos, asociación a la pertenezco hace ya trece años. Fraternidad intenta llevar a todos los enfermos y minusválidos un afán de superación para vencer las dificultades. Pretende su máxima promoción personal y la plena integración social.

En el año 1978 nos ilusionamos, con la promulgación de la Constitución Española, especialmente al leer los artículos 15, 41, 43 y 45, entre otros. Se habla del derecho a la integridad física y moral, Seguridad Social para todos los ciudadanos, protección de la salud, prevención, derechos y deberes de todos al respecto, educación sanitaria, medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, calidad de vida, etc.

Pronto, estas esperanzas se van convirtiendo nuevamente en decepciones. Comprobamos que todo se va quedando en letra impresa. Nos lo confirma así la revista "Tribuna Médica", en su número 837, de 15 de febrero de 1980. Allí informa de que la Comisión Especial creada en el Parlamento para el estudio de la "Reforma Sanitaria", ha ido llamando a todos los sectores implicados en dicha Reforma, con el fin de dialogar y tener en cuenta sus aspiraciones y necesidades, destacando la importancia del hecho "... por cuanto puede aportar datos y experiencias profesionales de todos los sectores afectados por la futura ley".

Esto no es cierto.

No han sido consultados en ningún momento los enfermos, ni las asociaciones que los representan, *cuando precisamente éste es el sector más afectado por la mencionada ley*. Tememos que los intereses que va a defender la Reforma Sanitaria sean ajenos a los intereses del usuario de la sanidad y de la persona enferma.

Los días 6 y 7 de mayo de 1980, el Congreso de los Diputados discute y aprueba un "Documento Básico para la Reforma Sanitaria". El documento sigue dejando de lado la consulta al enfermo, su participación en el seguimiento de la

gestión y en el control sanitario de forma directa, la declaración expresa de sus deberes y derechos, y la defensa legal y real de los mismos, cuando éstos sean conculcados.

Después de intentar, sin éxito, que otras entidades más fuertes y preparadas tal vez que Fraternidad, se impliquen en la denuncia directa y clara de la situación y en la búsqueda de soluciones posibles y viables, decidimos que hemos de hacerlo nosotros mismos. Intentábamos que nuestra voz fuera escuchada y tenidas en cuenta nuestras múltiples experiencias. Emprendimos diversas acciones, algunas de las cuales se están materializando precisamente en estos días. Entre ellas, destacaríamos las publicaciones:

*“El derecho a la salud y los derechos de la persona enferma”*

Es un libro de carácter divulgativo, escrito por Carlos Nicolás Ortiz, periodista especializado en temas sanitarios. Se dirige al ciudadano medio. A través de un claro lenguaje, pretende dar a conocer una información que contribuya a la educación sanitaria que se necesita para un adecuado desenvolvimiento en la sanidad española, enmarcado todo ello en el ambiente de cambio actual.

*“Estudio de la sanidad española desde la perspectiva del usuario y de la persona enferma”*

Trabajo de investigación realizado por personal especializado y cualificado para estos temas.

Consta de cinco partes, a través de las cuales se va analizando en profundidad la realidad sanitaria: 1) “Entrevistas estructuradas a 20 expertos”. 2) “Encuestas a 2.400 enfermos y sus familias”. 3) “Análisis sociológico de la participación y derechos de la persona enferma dentro del sector sanitario”. 4) “Análisis jurídico sobre los derechos y riesgos del enfermo ante la sanidad”. 5) “Análisis comparativo de modelos y sistemas de salud”.



Consideramos que esta investigación era necesaria por la ausencia de estudios y datos sobre la sanidad española desde la perspectiva de la persona enferma y del usuario. Siendo éste el principal destinatario y la razón de la existencia de cualquier política o estructura sanitaria, resulta de vital importancia un estudio o investigación hechos en función del mismo.

El trabajo de campo con las 2.400 encuestas a enfermos y sus familias, es una importante fuente de datos, casi inexistentes, especialmente fuera del sector hospitalario, que se complementa con las entrevistas a expertos de la sanidad. Los tres últimos estudios especializados son igualmente importantes para descubrir por dónde deben ir las grandes líneas de la sanidad española en favor de los principales destinatarios, después de analizar la realidad actual desde la sociología, el derecho y la planificación, y a la luz de algunos modelos del extranjero.

#### *“Decreto sobre asistencia sanitaria”*

El proyecto de decreto sobre los derechos y deberes del usuario de la sanidad, que hemos presentado al INSALUD y al DEFENSOR DEL PUEBLO, recoge en sus veinte artículos toda la atención integral que precisa la persona enferma para ser debidamente atendida sin perder su dignidad de persona, cuidando sus aspectos somático, psicológico, sociológico e ideológico.

Los derechos que nos parecen irrenunciables y que, al mismo tiempo, se encuentran más olvidados son:

- Prevención y educación sanitaria.
- Información con lenguaje claro y asequible.
- Participación en el control y en la gestión de la sanidad.
- Defensa legal y *real*, cuando los derechos sean conculcados.

Ambas instituciones han prometido su colaboración en nuestro proyecto y la incorporación de las lógicas aspiraciones

de los enfermos a la "Carta de derechos y deberes del usuario del INSALUD", que posiblemente ya esté aprobada cuando se publiquen estas líneas.

#### 4. Conclusión

Pensamos que, a pesar del panorama un tanto negativo que hemos presentado de la sanidad española, va calando una conciencia y un interés cada vez más generalizados sobre la importancia del tema. Son cada día más las personas que, de una u otra forma, luchan por conseguir esa sanidad donde el enfermo sea debidamente atendido y los profesionales trabajen a gusto. Sólo alcanzaremos el objetivo propuesto si lo afrontamos como tarea de todos. Para ello, hemos de convencernos de que *toda la comunidad humana está llamada a curar al enfermo y a evitar la enfermedad*, no sólo los técnicos y especialistas.

**María Dolores López Miranda**  
**Fraternidad Cristiana**  
**de Enfermos y Minusválidos**

## HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS. ATENCION A LOS ENFERMOS MENTALES

---

### San Juan de Dios, un santo con experiencia

La figura de Juan de Dios y su entrega al servicio del hombre enfermo, pasa por una experiencia llena de interrogantes. Granada es campo abonado para el ejercicio de la caridad, pero antes de llegar a la aventura del santo, ha de experimentar él mismo, como hombre inquieto que es, la dureza de la guerra —Fuenterrabía (1523) y Viena (1532)—; el trabajo forzado de levantar unas murallas (Ceuta 1535) y aquí el gesto caritativo de ayuda a una familia; también el sencillo oficio de librero ambulante que le posibilita un nuevo contacto con la gente.

Este largo noviciado culminó en una entrega total y definitiva: Dios le llevó, de mano del Maestro Avila, del arrepentimiento a la gracia, de la indecisión y oscuridad a la luz, de no saber qué hacer a una entrega generosa, cercana y caritativa.

Pero este cambio no se realiza apaciblemente, sino en la dureza e incomprensión. El primer biógrafo del santo —Francisco de Castro— nos relata la escena de la conversión, su entrevista con el Maestro Avila y su experiencia en el hospital Real:

“... Toda la gente del vulgo, como vio esto, no creyeron sino que había perdido el juicio; mas como él estaba ya inflamado de la gracia del Señor, y deseaba morir por él, y ser corrido y menospreciado de todos, para que lo pusiesen por obra, salido de el lodo, comenzó a correr, así como estaba, por las calles más principales de la ciudad, dando saltos y haciendo muestras de loco. Y como los muchachos y gente común lo vieron, comienzan a seguille y dalle grita grande tropel dellos, y tirábanle tierra y lodo y otras muchas inmundicias; y él con mucha paciencia y alegría, como si fuera a fiestas, sufriendolo todo, paresciéndole gran dicha llegar al cumplimiento de sus deseos, que era padecer algo por el que tanto amaba, y sin hacer mal a nadie... Y viéndolo dos hombres honrados de la ciudad, compadeciéndose dél, lo tomaron por la mano, y sacándolo de entre el tumulto del pueblo, lo llevaron al hospital Real, que es do recogen y curan los locos de la ciudad, y rogaron al mayordomo tuviese por bien de recebillo y hacello curar, y metello en un aposento donde no viesse gente y reposase, que quizá así sanaría de aquella locura que le había dado... Y aunque a los principios procuraron de hacelle algún regalo para que volviese en sí y no desfallesciese, como la principal cura que allí se hace a los tales sea con azotes, y metellos en ásperas prisiones y otras cosas semejantes, para que con el dolor y castigo pierdan la ferocidad y vuelvan en sí, atáronle pies y manos, y desnudo, con un cordel doblado le dieron una buena vuelta de azotes. Mas como su enfermedad era estar herido del amor de Jesucristo, porque por su amor le dieran más azotes y le tratasen peor, les comenzó a decir desta manera: ¡Oh traidores ene-

migos de virtud! ¿Por qué tratáis tan mal y con tanta crueldad a estos pobres miserables y hermanos míos, que están en esta casa de Dios en mi compañía? ¿No sería mejor que os compadeciédeses dellos y de sus trabajos, y los limpiásedes y diésedes de comer con más caridad y amor que lo haceis; pues los Reyes Católicos dexaron para ello cumplidamente la renta que era menester? Pues como los enfermeros oían esto, pareciéndoles loco malicioso, y deseándole curar de lo uno y de lo otro, añadían a la disciplina recios azotes, más que a los otros que sólo estimaban por locos. Y él, no por eso dexaba, debaxo de aquel dolor, de reprehendellos de los descuidos en que entendía que caían, lo cual todo le libaban en doblarle la ración de azotes; y así por este medio padeció mucho más de lo que se puede decir, ofreciéndolo todo en su corazón a aquel por cuyo amor lo padecía, y por quien había tomado aquella empresa” (Cfr. Gómez-Moreno. *Primicias históricas de San Juan de Dios*. Madrid 1950).

Es desde aquí cómo comprendemos mejor en el santo su entrega a los enfermos. La fortaleza, la tenacidad, la universalidad, sobre todo su caridad, son los signos constantes de su vida. Sirva como ejemplo el siguiente párrafo de una de sus cartas, escrita a Gutiérrez Lasso:

“Porque habeis de saber, hermano mío muy amado y querido en Jesucristo, que son tantos los pobres que aquí vienen, que yo mismo muchas veces me asombro cómo se pueden sustentar; mas Jesucristo lo prevé todo y los da de comer... porque entre todos, enfermos y sanos, gente de servicio y peregrinos, hay más de ciento diez. Siendo esta casa

general se reciben en ella de todas las enfermedades y de toda clase de gentes; hay aquí tullidos, mancos, leprosos, mudos, locos, paralíticos, tiñosos y otros muy viejos y muy niños; y además de estos, otros muchos peregrinos y viandantes que aquí vienen; les dan fuego, agua, sal y vasijas para guisar la comida; para todo esto no hay renta, mas Jesucristo lo prevé todo..." (Cfr. Letra viva. Cartas y escritos de San Juan de Dios. Madrid 1965).

Juan de Dios es un hombre heroico, lleno de abnegación y sacrificio, con una gran confianza en la providencia. Pero también un hombre reformador del hospital y de la asistencia a los enfermos; el aval de esta afirmación lo tenemos en la forma cómo hacía él las cosas: cada enfermo tenía su lecho, clasificó a los enfermos por enfermedades, su hospital estaba abierto a todos. Todo esto era sorprendente, ya que lo normal en los hospitales era poner en el mismo lecho a dos y hasta cuatro enfermos, incluso sin tener en cuenta la clase de enfermedad.

### Los hermanos de San Juan de Dios y la asistencia a los enfermos mentales

Si el testamento que deja Juan de Dios son los enfermos, entre éstos los más necesitados son los mentales. A lo largo de la historia de la Orden nos encontramos cómo el peso específico de la asistencia realizada por los hermanos ha estado inclinado a estos enfermos. La historia de esta asistencia tiene un "antes" y un "después".

El antes se inicia con el santo y los primeros compañeros (año 1539), y el después con las restauraciones de la Orden en Francia (P. Magallón 1824) y en España (P. Menni 1867).

La Orden Hospitalaria adquiere una presencia especial junto a estos enfermos en la provincia francesa; hasta el tiempo de la Revolución francesa, de los once hospitales con que cuenta la provincia, siete están reservados de forma especial a los enfermos mentales. En las otras provincias de la Orden, especialmente en Italia y España, apenas si tenemos constancia de la asistencia a estos enfermos anteriormente al siglo XIX. En Italia, los de Venecia, Zara y Ancona. Es verdad que España fue la primera nación que fundó establecimientos especiales para enfermos mentales; recordemos que el P. Jofré funda en Valencia —1408— el primer hospital del mundo para alienados; y es España la que da la pauta en su asistencia, aunque después perdiese ese papel rector en la Psiquiatría y fuera asumido en los siglos XVI y XVII por otros países de Europa (Francia, Bélgica, Gran Bretaña...).

A partir de la restauración de la Orden en Francia y España, los hermanos de San Juan de Dios multiplican su presencia entre los enfermos mentales; entre tanto, la Psiquiatría pasa de la infancia y adolescencia a la madurez. En la actualidad, la Orden tiene 41 hospitales psiquiátricos. Once en España, seis en Portugal y otros en Italia, Francia, Africa y América Latina; en total: 15.420 camas psiquiátricas.

Los centros psiquiátricos de la Orden no han sido ajenos a la idea de que la Psiquiatría ha sido, y todavía es, “la cenicienta de la Medicina”. Ahora —enhorabuena— hemos superado la asistencia asilar y la reducción mediante la camisa de fuerza y la camisa química, y estamos entrando, aunque lentamente, en una terapéutica de socialización, con todo lo que lleva de modernización de terapias, de relaciones intra y extrahospitalarias, reinserción en la sociedad, etc.

La Orden ha tenido una parte muy activa en este campo, gozando de los medios más modernos y de los mejores técnicos, hasta de la preparación de sus enfermeros psiquiátricos en sus propias escuelas. Añadamos a las terapias modernas algo tan peculiar y característico de los hermanos de San Juan de

Dios en la asistencia a los enfermos mentales como es la acogida, la abnegación y el sentido humanitario y caritativo. El enfermo mental también es una persona y merece todo nuestro respeto.

**José L. Redrado, O.H.**



## ASOCIACION ACALI (Asociación Cordobesa de Alcohólicos Liberados)

---

Comenzó hace dos años, partiendo de Cáritas, más como enfermedad social y mundo de marginados. Sólo con Sor Agustina, Hija de la Caridad, y el Dr. Pedro Muñoz Gómez, se emprendió esta extraordinaria labor que utiliza todos los medios de comunicación para presentarlos como enfermos ante la sociedad. Aunque la acción es eminentemente cristiana, se ha constituido en asociación civil para acogerse a los beneficios que pueda reportar el Estado.

Como experiencia, los alcohólicos y drogadictos tienen un profundo sentido cristiano que los hace más accesibles y se puede seguir mejor tratamiento para su cura. Es un campo técnico, pero, cuando se les da esperanza humana, la sobrenaturalizan, se entregan totalmente y se hace fácil la recuperación. Aunque el grupo es de terapia, se hace notar la gran solidaridad entre ellos y el afán de superación. A muchos de ellos se les lleva a Cursillos de Cristiandad, porque han resultado ser muy eficaces en cuanto a la sensibilización de la vivencia cristiana en enfermos que quieren salir de su dependencia del alcohol y de la droga.

Sería interesante que los profesionales sanitarios cayeran en la cuenta de la enorme responsabilidad y la gran labor que se podría ejercer con estos marginados.

## ¿Qué es ACALI?

La Asociación Cordobesa de Alcohólicos Liberados —ACALI— es un grupo de hombres y mujeres enfermos alcohólicos que, con la asistencia de médicos, personal técnico-sanitario, familiares y simpatizantes, tiene como objetivo primordial la “RECUPERACION” y “LIBERACION” de todos los enfermos alcohólicos, así como de los familiares afectados por el mismo problema. La “prevención en la lucha por el alcoholismo y la acción para la consecución de dichos objetivos”. La asociación ACALI es aconfesional y apolítica, abierta a toda condición social.

El día 28 de febrero de 1982 se constituyó en nuestra ciudad el Comité Promotor de nuestra asociación. En mayo del mismo año fueron aprobados los Estatutos por los cuales se regiría la asociación y ya, desde el momento inicial, ACALI empezó sus reuniones semanales en la ayuda para la recuperación de enfermos alcohólicos.

Las citadas reuniones se efectuaban en el CLUB SANTUARIO, que había sido cedido gentilmente para poder efectuar las terapias informativas, tanto a enfermos como a familiares y simpatizantes que estuviesen interesados en la problemática alcohólica.

A partir de septiembre de 1982, se inicia una nueva campaña de información sobre ACALI y se pronuncian varias conferencias, entre las que cabe destacar las celebradas en:

ALCARACEJOS. Organizada por la Asociación de Vecinos.

COLEGIO DEL CARMEN. Por la Asociación de Padres del citado centro.

ASOCIACION DE AMAS DE CASA DE CORDOBA. Celebrada en el Círculo de la Amistad.

CIA. SEVILLANA DE ELECTRICIDAD. Donde también impartimos una charla informativa, etc.

En el mes de octubre, varios componentes de la asociación acudimos al CONGRESO NACIONAL DE ALCOHOLICOS REHABILITADOS, celebrado en Torremolinos (Málaga). El ambiente respirado allí hizo que, a la vista del mismo, volviéramos con espíritu de lucha para ayudar en nuestra tarea a los que nos necesitan.

Redoblamos las gestiones necesarias para la obtención del local donde podamos celebrar nuestras reuniones, que, como todos sabéis, han culminado con la obtención del mismo.

También se inició una eficaz campaña de obtención de recursos económicos para poder contar con los medios necesarios para llevar adelante nuestra asociación. Los resultados han sido sorprendentes y muy positivos, habiendo logrado un gran número de socios protectores, así como donativos de empresas particulares y organismos oficiales, que nos permiten mirar hacia adelante con cierta holgura.

Hay que destacar, por sus excelentes resultados, la presentación de ACALI en un acto público que tuvo lugar en el salón de actos del Monte de Piedad, que ahora mismo ocupamos. La aceptación por parte de los medios de difusión, radio y prensa, ha sido total, a la vez que nos ha servido para poder llevar el mensaje de esperanza que ofrece ACALI a todos los rincones de nuestra ciudad y a algunos pueblos de la provincia.

### **Finalidad actual de ACALI**

El objetivo primordial de ACALI es la recuperación y liberación del enfermo alcohólico, para lo cual, una vez efectuado el contacto con el mismo, se inicia la rehabilitación mediante la desintoxicación y deshabituación del enfermo para, una vez incorporado a las "terapias de grupo", ayudarle a que mantenga su abstinencia del alcohol, base esencial para su liberación.

Para poder efectuar contactos con los enfermos, ACALI informa continuamente, a través de los medios de difusión de nuestra provincia, mediante apariciones en prensa, programas en emisoras de radio, así como cuantas charlas públicas e informativas nos sean solicitadas. De esta forma es como en estos momentos conseguimos que, o bien directamente los enfermos, o a través de familiares o amigos, sean detectadas las personas que necesitan tratamiento.

Esta es una de las funciones más importantes de la asociación, y en ella estamos volcados en estos momentos, pues sabemos de la necesidad que existe en nuestra provincia de la recuperación de enfermos alcohólicos.

Una vez contactado con el enfermo, y después de la entrevista con el médico, se inicia el proceso de desintoxicación, el cual puede ser domiciliario o ambulatorio, depende de la situación familiar o social. Durante el proceso de deshabitación, se inicia el contacto con otros enfermos en proceso de rehabilitación y liberación, elemento imprescindible para la concienciación del propio enfermo.

Posteriormente pasará a efectuarse el estudio psicológico y su situación laboral y social.

### *Terapias de grupo.*

Conseguida la recuperación clínica del enfermo mediante la abstinencia y la ayuda de enfermos rehabilitados, entra en la parte más importante del tratamiento, que es la rehabilitación mediante la terapia de grupo. En ella se trata de conseguir la remodelación de su personalidad, así como su integración en la sociedad, el reajuste familiar y socio-laboral, en una nueva forma de vida sin alcohol, circunstancia desconocida u olvidada en muchos de los casos.

Cuando el alcohólico deja de beber se encuentra en un estado de impotencia y soledad a veces muy fuerte; es en esos momentos cuando el grupo es el encargado de liberar al en-

fermo de ese vacío existencial, ayudándole a sobreponerse, con sus propias vivencias, los compañeros liberados. Como por las características de la enfermedad, el enfermo alcohólico, si quiere estar recuperado, no puede volver a beber, para evitar esa recaída es necesario crear alrededor de él un clima de apoyo y seguridad, de fe en sí mismo, frente a una sociedad que no le comprende y que en algunos casos le rechaza y, a veces, le presiona para conducirle de nuevo a la bebida. Este clima nuevo se le aporta en la asociación y mediante la terapia de grupo.

### *Objetivos de las terapias de grupo.*

Los más importantes son:

- Mantener firme la abstinencia en cada uno de los componentes del grupo, mediante la terapia de espejo, de ayuda y sumación de esfuerzos en los momentos de peligro.

- Enseñar a vivir una nueva etapa de su vida sin alcohol, mentalizándole para esa abstinencia definitiva y vitalicia y preparándole para su convivencia en una sociedad alcohólica. (Terapia informativa y de discusión. También se efectúa con los familiares, para comprensión, tratamiento al enfermo y a ellos mismos, pues es conocido que ellos también se encuentran enfermos a consecuencia del alcoholismo).

- Inculcarles, mediante las terapias informativas, que el alcoholismo es una enfermedad social.

- Transformar el sentimiento de soledad y de unicidad del enfermo, en un sentimiento de colectividad, de unidad, ayuda y amor entre todos sus compañeros.

— Estimular los sentimientos comunitarios de solidaridad ante cualquier tipo de problema, sobre todo en sus relaciones humanas, favoreciendo de esta forma el proceso de adaptación o reinserción en la vida social o familiar, facilitando de esta forma el desarrollo de sentimientos de altruismo y abnegación en favor de los enfermos aún no rehabilitados.

— Crear el clima de comprensión, apoyo, confianza y seguridad, de amor psicoterapéutico, en que el alcohólico pueda sentirse satisfecho como nunca en su vida, en la que solía haber incompreensión, reproches, etc.

— Fomentar la actividad individual para un mejor conocimiento de uno mismo.

— Aprender a pensar con objetividad racional, a escuchar a los demás con tolerancia, flexibilidad, comprensión, respeto, etc.

— Elevar a su auténtica dimensión la categoría ética del alcohólico liberado, permitiéndole de esta manera una remodelación de su vida familiar, laboral y social.

### **Actividades actuales de ACALI**

En la actualidad, se efectúan cuatro sesiones de terapia, en la asociación, en las cuales participa el personal técnico, a excepción de la terapia cerrada de enfermos de los jueves, en la cual los alcohólicos liberados efectúan toda la terapia entre ellos. Los horarios actuales son los siguientes:

— LUNES. Terapia informativa y discusión enfermos. 8,30 a 10 noche.

- JUEVES. Terapia cerrada enfermos. 8,30 a 10 noche.
- VIERNES. Terapia y psicodrama hijos (psicóloga). 6,30 a 8 tarde.
- VIERNES. Terapia informativa familiares, simpatizantes. 8,30 a 10 noche.

Todos los servicios, tanto médicos como de rehabilitación, etc., efectuados por ACALI, son totalmente gratuitos.

La asociación cuenta con servicio telefónico durante las veinticuatro horas del día, y su local está abierto todas las mañanas y tardes para los socios de la misma, con servicio y televisión con video en funcionamiento.

En la actualidad existe en funcionamiento una pequeña comunidad de enfermos sin familia, que pensamos ampliar a otras pequeñas comunidades con la ayuda directa de la asistente social.

#### *Terapia de familiares.*

Debido a que la enfermedad ha afectado con sus consecuencias a la familia, es por lo que se imparten las terapias informativas y de ayuda a familiares. En ellas básicamente se informa de los efectos nocivos del alcohol, de cómo reacciona y se comporta la sociedad ante el enfermo alcohólico y esencialmente se hace comprender en ellas los dos puntos más importantes en la ayuda que puede prestar el familiar para la recuperación del alcohólico: 1) Que el alcohólico es un enfermo y como tal debe ser tratado. 2) Que, una vez en recuperación, una nueva persona, con una serie de valores recuperados y a veces desconocidos, se intenta integrar de nuevo a la vida familiar y, para ello, necesita un trato distinto al que normalmente ha recibido.

Cuando la desintoxicación y deshabitación del enfermo se realiza en el ámbito familiar, es importantísimo que se acuda a las reuniones de terapia familiar, ya que es uno de los

momentos en que más comprensión debe recibir el enfermo alcohólico.

### *Terapia y psicodrama de niños.*

En esas reuniones se informa a los niños del alcoholismo y toxicomanías, de las conductas que se encuentran en el hogar, ya que en algunos casos es incomprensible las reacciones que se producen en el mismo; con ellos y de esta forma se inicia la labor “preventiva” más importante para el futuro de ACALI.

Las citadas terapias son coordinadas por la psicóloga y uno de los médicos asesores, a la vez que en algunas reuniones contarán con la presencia de un alcohólico y un familiar, los cuales servirán para hacer comprender las reacciones, forma de actuar, etc.

### **Cuadro médico y técnico de ACALI**

— Médicos asesores:

Dr. D. Pedro Muñoz Gómez.

Dr. D. Francisco Sánchez Muñoz.

— A.T.S.:

Sr. D. Fulgencio Benitez Muñoz.

Dña. Dolores Amo Navarro.

— Psicóloga:

Srta. Dña. Mercedes Carreto Ribot.



— Socióloga:

Srta. Dña. María del Carmen Fuentes Guerra.

— Gerencia y asistencia social:

Sr. D. Eduardo Richart García.

Con el cuadro médico y técnico actual se cubren las necesidades que en estos momentos tiene planteadas ACALI; no obstante, somos conscientes de que, para el nivel de asistencia completo y necesario, el citado cuadro debería estar formado por: dos médicos asesores; un psiquiatra; tres A.T.S.; dos psicólogos; un sociólogo; una asistente social; un gerente; una secretaria.

El cuadro médico y técnico de ACALI así estructurado serviría para poder dar la asistencia necesaria en la visita, deshabitación y tratamiento; por ello, y tal como se observa en la distribución prevista en el local que nos ha sido cedido por el Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Córdoba, podrá funcionar todo el personal necesario, a la vez que se disponen de dos salones, uno de recreo y otro de terapias, con setenta metros cuadrados de capacidad, que con una planificación de las reuniones hará posible el cumplir los objetivos fijados.

### Estudio anteproyecto U.T.R.A.

Debido a la cantidad de enfermos alcohólicos en recuperación que en estos momentos hay ya en nuestra asociación, y observando la situación socio-laboral que están atravesando la mayoría de los mismos, con un alto porcentaje de paro, así como situaciones familiares rotas o totalmente deterioradas, pensamos que la creación de la Unidad Terapéutica de Rehabilitación ACALI (U.T.R.A.), pese a ser un proyecto

ambicioso, es totalmente necesaria para poder prestar un servicio completo en cuanto a la recuperación, rehabilitación y liberación de los enfermos alcohólicos de nuestra provincia.

Para el cumplimiento completo de sus necesidades actuales, así como su posterior ampliación, serían necesarias nueve hectáreas, donde estarían ubicadas todas las zonas y servicios necesarios.

La unidad básica U.T.R.A. para rehabilitación de 52 enfermos, necesitaría una superficie aproximada de 2.050 metros cuadrados, siendo la capacidad total prevista para su ampliación de 104 enfermos, con el doble de superficie.

El planteamiento de esta primera fase sería de ejecución inmediata; la segunda, con un plazo de dos años más, de forma que en 1986 estuviese a pleno rendimiento.

La labor de la Unidad Terapéutica de Rehabilitación ACALI, creemos responde a las necesidades hospitalarias de nuestra provincia, a la vez que de toda Andalucía; por ello, y en base a los siguientes puntos, creemos que es de necesidad urgente su creación:

1) Posibilidad de recepción de enfermos alcohólicos y, en especial, para aquellos que carecen, por cualquier motivo, de medios de subsistencia.

2) Contar con dispensarios médicos para la atención inmediata de dichos enfermos en la misma Unidad Terapéutica de Rehabilitación.

3) Poseer las camas necesarias para el proceso de desintoxicación y deshabituación del enfermo alcohólico.

4) Disponer de un lugar adecuado donde realizar las mesas de terapia como continuación indispensable del tratamiento.

5) Como lugar de residencia para aquellos que carezcan de ella, dotando a dicha unidad de comedor, cocina, habitaciones y otros servicios.

6) Realización de actividades de labor-terapia, tales como el cultivo de las tierras, talleres de cerámica, pintura, carpintería, etc., donde, a la vez, sería posible que los alcohólicos jóvenes aprendieran algún oficio.

Por todo ello, pensamos que el citado proyecto U.T.R.A. (Unidad Terapéutica de Rehabilitación ACALI) es un proyecto urgente y de necesidad social.

**Dr. Pedro Muñoz Gómez**

**Médico Asesor**

**Presidente de la Asociación ACALI, de Córdoba**



Documentos



## EL EVANGELIO DEL SUFRIMIENTO

*Carta apostólica de Juan Pablo II, "Salvifici Doloris"  
(11 de febrero de 1984), sobre el sentido  
cristiano del sufrimiento humano.*

25 Los testigos de la cruz y de la resurrección de Cristo han transmitido a la Iglesia y a la humanidad un específico Evangelio del sufrimiento. El mismo Redentor ha escrito este Evangelio ante todo con el propio sufrimiento asumido por amor, para que el hombre "no perezca, sino que tenga la vida eterna" <sup>80</sup>. Este sufrimiento, junto con la palabra viva de su enseñanza, se ha convertido en un rico manantial para cuantos han participado en los sufrimientos de Jesús en la primera generación de sus discípulos y confesores y luego en las que se han ido sucediendo a lo largo de los siglos.

Es ante todo consolador —como es evangélica y históricamente exacto— notar que al lado de Cristo, en primerísimo y muy destacado lugar junto a El, está siempre su Madre Santísima por el testimonio ejemplar que *con su vida entera* da a este particular Evangelio del sufrimiento. En Ella los numerosos e intensos sufrimientos se acumularon en una tal conexión y relación que si bien fueron prueba de su fe inquebrantable, fueron también una contribución a la redención de todos. En realidad, desde el antiguo coloquio tenido con el ángel, Ella entrevió en su misión de madre el “destino” a compartir de manera única e irrepetible la misión misma del Hijo. Y la confirmación de ello le vino bastante pronto, tanto de los acontecimientos que acompañaron el nacimiento de Jesús en Belén, cuanto del anuncio formal del anciano Simeón, que habló de una espada muy aguda que le traspasaría el alma, así como de las ansias y estrecheces de la fuga precipitada a Egipto, provocada por la cruel decisión de Herodes.

Más aún, después de los acontecimientos de la vida oculta y pública de su Hijo, indudablemente compartidos por Ella con aguda sensibilidad, fue en el Calvario donde el sufrimiento de María Santísima, junto al de Jesús, alcanzó un vértice ya difícilmente imaginable en su profundidad desde el punto de vista humano, pero ciertamente misterioso y sobrenaturalmente fecundo para los fines de la salvación universal. Su subida al Calvario, su “estar” a los pies de la cruz junto con el discípulo amado, fueron una participación del todo especial en la muerte redentora del Hijo, como por otra parte las palabras que pudo escuchar de sus labios, fueron como una entrega solemne de este típico Evangelio que hay que anunciar a toda la comunidad de los creyentes.

Testigo de la pasión de su Hijo con su *presencia* y partícipe de la misma con su *compasión*, María Santísima ofreció una aportación singular al Evangelio del sufrimiento, realizando por adelantado la expresión paulina citada al comienzo.



Ciertamente Ella tiene títulos especialísimos para poder afirmar lo de completar en su carne —como también en su corazón— lo que falta a la pasión de Cristo.

A la luz del incomparable ejemplo de Cristo, reflejado con singular evidencia en la vida de su Madre, el Evangelio del sufrimiento, a través de la experiencia y la palabra de los apóstoles, se convierte en fuente inagotable *para las generaciones siempre nuevas* que se suceden en la historia de la Iglesia. El Evangelio del sufrimiento significa no sólo la presencia del sufrimiento en el Evangelio, como uno de los temas de la Buena Nueva, sino además la revelación *de la fuerza salvadora y del significado salvífico* del sufrimiento en la misión mesiánica de Cristo y luego en la misión y en la vocación de la Iglesia.

Cristo *no escondía* a sus oyentes *la necesidad del sufrimiento*. Decía muy claramente: “Si alguno quiere venir en pos de mí... tome cada día su cruz”<sup>81</sup>, y a sus discípulos ponía unas exigencias de naturaleza moral, cuya realización es posible sólo a condición de que “se nieguen a sí mismos”<sup>82</sup>. La senda que lleva al Reino de los cielos es “estrecha y angosta”, y Cristo la contrapone a la senda “ancha y espaciosa” que, sin embargo, “lleva a la perdición”<sup>83</sup>. Varias veces dijo también Cristo que sus discípulos y confesores *encontrarían múltiples persecuciones*; esto —como se sabe— se verificó no sólo en los primeros siglos de la vida de la Iglesia bajo el imperio romano, sino que se ha realizado y se realiza en diversos períodos de la historia y en diferentes lugares de la tierra, aun en nuestros días.

He aquí algunas frases de Cristo sobre este tema: “Pondrán sobre vosotros las manos y os perseguirán, entregándoos a las sinagogas y metiéndooos en prisión, conduciéndooos ante los reyes y gobernadores por amor de mi nombre. Será para vosotros *ocasión de dar testimonio*. Haced propósito de no preocuparos de vuestra defensa, porque yo os daré un lenguaje y una sabiduría a la que no podrán resistir ni contradecir todos

vuestros adversarios. Seréis entregados aun por los padres, por los hermanos, por los parientes y por los amigos, y harán morir a muchos de vosotros, y seréis aborrecidos de todos *a causa de mi nombre*. Pero no se perderá ni un solo cabello de vuestra cabeza. Con vuestra paciencia compraréis (la salvación) de vuestras almas”<sup>84</sup>.

El Evangelio del sufrimiento habla ante todo, en diversos puntos, del sufrimiento “por Cristo”, “a causa de Cristo”, y esto lo hace con las palabras mismas de Cristo, o bien con las palabras de sus apóstoles. El Maestro no esconde a sus discípulos y seguidores la perspectiva de tal sufrimiento; al contrario, lo revela con toda franqueza, indicando contemporáneamente las fuerzas sobrenaturales que les acompañarán en medio de las persecuciones y tribulaciones “por su nombre”. Estas serán en conjunto como *una verificación especial* de la semejanza a Cristo y de la unión con El. “Si el mundo os aborrece, sabed que me aborreció a mí primero que a vosotros... pero porque no sois del mundo, sino que yo os escogí del mundo, por esto el mundo os aborrece... No es el siervo mayor que su señor. Si me persiguieron a mí, también a vosotros os perseguirán... Pero todas estas cosas haránlas con vosotros por causa de mi nombre, porque no conocen al que me ha enviado”<sup>85</sup>. “Esto os lo he dicho para que tengáis paz en mí; en el mundo habéis de tener tribulación; pero confiad: yo he vencido al mundo”<sup>86</sup>.

Este primer capítulo del Evangelio del sufrimiento, que habla de las persecuciones, o sea, de las tribulaciones por causa de Cristo, contiene en sí una *llamada especial al valor y a la fortaleza*, sostenida por la elocuencia de la resurrección. Cristo ha vencido definitivamente al mundo con su resurrección; sin embargo, gracias a su relación con la pasión y la muerte, ha vencido al mismo tiempo este mundo con su sufrimiento. Sí, el sufrimiento ha sido incluido de modo singular en aquella victoria sobre el mundo, que se ha manifestado en la resurrección. Cristo conserva en su cuerpo

resucitado las señales de las heridas de la cruz en sus manos, en sus pies y en el costado. A través de la resurrección manifiesta *la fuerza victoriosa del sufrimiento*, y quiere infundir la convicción de esta fuerza en el corazón de los que escogió como sus apóstoles y de todos aquellos que continuamente elige y envía. El apóstol Pablo dirá: “Y todos los que aspiran a vivir piadosamente en Cristo Jesús sufrirán persecuciones”<sup>87</sup>.

26 Si el primer gran capítulo del Evangelio del sufrimiento está escrito, a lo largo de las generaciones, por aquellos que sufren persecuciones por Cristo, igualmente se desarrolla a través de la historia otro gran capítulo de este Evangelio. Lo escriben todos los *que sufren con Cristo*, uniendo los propios sufrimientos humanos a su sufrimiento salvador. En ellos se realiza lo que los primeros testigos de la pasión y resurrección han dicho y escrito sobre la participación en los sufrimientos de Cristo. Por consiguiente, en ellos se cumple el Evangelio del sufrimiento y, a la vez, cada uno de ellos continúa en cierto modo a escribirlo; lo escribe y lo proclama al mundo, lo anuncia en su ambiente y a los hombres contemporáneos.

A través de los siglos y generaciones se ha constatado que *en el sufrimiento se esconde una particular fuerza que acerca interiormente el hombre a Cristo*, una gracia especial. A ella deben su profunda conversión muchos santos, como por ejemplo San Francisco de Asís, San Ignacio de Loyola, etc. Fruto de esta conversión es no sólo el hecho de que el hombre descubre el sentido salvífico del sufrimiento, sino, sobre todo, que en el sufrimiento llega a ser un hombre completamente nuevo. Halla como una nueva dimensión de *toda su vida y de su vocación*. Este descubrimiento es una confirmación particular de la grandeza espiritual que en el hombre supera el cuerpo de modo un tanto incomprensible. Cuando este cuerpo está gravemente enfermo, totalmente inhábil y el hombre se siente como incapaz de vivir y de obrar, tanto

más se ponen en evidencia la *madurez* interior y la *grandeza espiritual*, constituyendo una lección conmovedora para los hombres sanos y normales.

Esta madurez interior y grandeza espiritual en el sufrimiento, ciertamente son *fruto* de una particular *conversión* y cooperación con la gracia del Redentor crucificado. El mismo es quien actúa en medio de los sufrimientos humanos por medio de su Espíritu de Verdad, por medio del Espíritu Consolador. El es quien transforma, en cierto sentido, la esencia misma de la vida espiritual, indicando al hombre que sufre un lugar cercano a sí. *El es* —como Maestro y Guía interior— *quien enseña* al hermano y a la hermana que sufren este intercambio *admirable*, colocado en lo profundo del misterio de la redención. El sufrimiento es, en sí mismo, probar el mal. Pero Cristo ha hecho de él la más sólida base del bien definitivo, o sea del bien de la salvación eterna. Cristo, con su sufrimiento en la cruz, ha tocado las raíces mismas del mal: las del pecado y las de la muerte. Ha vencido al artífice del mal, que es Satanás, y su rebelión permanente contra el Creador. Ante el hermano o la hermana que sufren, Cristo *abre* y *despliega* gradualmente *los horizontes del Reino de Dios*, de un mundo convertido al Creador, de un mundo liberado del pecado, que se está edificando sobre el poder salvífico del amor. Y, de una forma lenta pero eficaz, Cristo introduce en este mundo, en este Reino del Padre, al hombre que sufre, en cierto modo a través de lo íntimo de su sufrimiento. En efecto, el sufrimiento no puede ser *transformado* y *cambiado* con una gracia exterior, sino *interior*. Cristo, mediante su propio sufrimiento salvífico, se encuentra muy dentro de todo sufrimiento humano, y puede actuar desde el interior del mismo con el poder de su Espíritu de Verdad, de su Espíritu Consolador.

No basta. El divino Redentor quiere penetrar en el ánimo de todo paciente a través del corazón de su Madre Santísima, primicia y vértice de todos los redimidos. Como

continuación de la maternidad que por obra del Espíritu Santo le había dado la vida, Cristo moribundo confirió a la siempre Virgen María *una nueva maternidad* —espiritual y universal— hacia todos los hombres, a fin de que cada uno, en la peregrinación de la fe, quedara, junto con María, estrechamente unido a El hasta la cruz, y cada sufrimiento, regenerado con la fuerza de esta cruz, se convirtiera, desde la debilidad del hombre, en fuerza de Dios.

Pero este proceso interior no se desarrolla siempre de igual manera. A menudo comienza y se instaura con dificultad. El punto mismo de partida es ya diverso; diversa es la disposición que el hombre lleva en su sufrimiento. Se puede, sin embargo, decir que casi siempre cada uno entra en el sufrimiento con una protesta *típicamente humana y con la pregunta del "por qué"*. Se pregunta sobre el sentido del sufrimiento y busca una respuesta a esta pregunta a nivel humano. Ciertamente, pone muchas veces esta pregunta también a Dios, al igual que a Cristo. Además, no puede dejar de notar que Aquel, a quien pone su pregunta, sufre El mismo, y por consiguiente quiere *responderle desde la cruz, desde el centro de su propio sufrimiento*. Sin embargo, a veces se requiere tiempo, hasta mucho tiempo, para que esta respuesta comience a ser interiormente perceptible. En efecto, 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, a lo largo del camino del encuentro interior con el Maestro, es, a su vez, algo más que *una mera respuesta abstracta* a la pregunta acerca del significado del sufrimiento. Esta es, en efecto, ante todo, una llamada. Es una vocación. Cristo no explica abstractamente las razones del sufrimiento, sino que, ante todo, dice: "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. A medida *que el hombre toma su cruz*, uniéndose espiritualmente a la cruz de Cristo, se revela ante él el sentido salvífico del sufrimiento. El hombre no descubre este sentido a nivel humano, sino a nivel del sufrimiento de Cristo. Pero al mismo tiempo, de este nivel de Cristo aquel sentido salvífico del sufrimiento *desciende al nivel humano* y se hace, en cierto modo, su respuesta personal. Entonces el hombre encuentra en su sufrimiento la paz interior e incluso la alegría espiritual.

27 De esta alegría habla el Apóstol en la carta a los Colosenses: “Ahora me alegro de mis padecimientos por vosotros” <sup>88</sup>. Se convierte en fuente de alegría *la superación del sentido de inutilidad* del sufrimiento, sensación que a veces está arraigada muy profundamente en el sufrimiento humano. Este no sólo consume al hombre dentro de sí mismo, sino que parece convertirlo en una carga para los demás. El hombre se siente condenado a recibir ayuda y asistencia por parte de los demás y, a la vez, se considera a sí mismo inútil. El descubrimiento del sentido salvífico del sufrimiento en unión con Cristo *transforma esta sensación deprimente*. La fe en la participación en los sufrimientos de Cristo lleva consigo la certeza interior de que el hombre que sufre “completa lo que falta a los padecimientos de Cristo”; que en la dimensión espiritual de la obra de la redención *sirve, como Cristo, para la salvación de sus hermanos y hermanas*. Por lo tanto, no sólo es útil a los demás, sino que realiza incluso un servicio insustituible. En el cuerpo de Cristo, que crece incesantemente desde la cruz del Redentor, precisamente el sufrimiento, penetrado por el espíritu del sacrificio de Cristo, es *el mediador insustituible y autor de los bienes* indispensables para la salvación del mundo. El sufrimiento, más que cualquier otra cosa, es el que abre el camino a la gracia que transforma las almas. El sufrimiento, más que todo lo demás, hace presente en la historia de la humanidad la fuerza de la Redención. En la lucha “cós-

mica” entre las fuerzas espirituales del bien y las del mal, de las que habla la carta a los Efesios <sup>8 9</sup>, los sufrimientos humanos, unidos al sufrimiento redentor de Cristo, *constituyen un particular apoyo a las fuerzas del bien*, abriendo el camino a la victoria de estas fuerzas salvíficas.

Por esto, la Iglesia ve en todos los hermanos y hermanas de Cristo que sufren como un *sujeto múltiple de su fuerza sobrenatural*. ¡Cuán a menudo los pastores de la Iglesia recurren precisamente a ellos, y concretamente en ellos buscan ayuda y apoyo! El Evangelio del sufrimiento se escribe continuamente, y continuamente habla con las palabras de esta extraña paradoja. Los manantiales de la fuerza divina brotan precisamente en medio de la debilidad humana. Los que participan en los sufrimientos de Cristo conservan en sus sufrimientos una especialísima *partícula del tesoro infinito* de la redención del mundo, y pueden compartir este tesoro con los demás. El hombre, cuanto más se siente amenazado por el pecado, cuanto más pesadas son las estructuras del pecado que lleva en sí el mundo de hoy, tanto más grande es la elocuencia que posee en sí el sufrimiento humano. Y tanto más la Iglesia siente la necesidad de recurrir al valor de los sufrimientos humanos para la salvación del mundo.

28 Pertenece también al Evangelio del sufrimiento —y de modo orgánico— la parábola del buen Samaritano. Mediante esta parábola, Cristo quiso responder a la pregunta “¿Y quién es mi prójimo?” <sup>9 0</sup>. En efecto, entre los tres que viajaban a lo largo de la carretera de Jerusalén a Jericó, donde estaba tendido en tierra medio muerto un hombre robado y herido por los ladrones, precisamente el Samaritano demostró ser *verdaderamente* el “*prójimo*” para aquel infeliz. “Prójimo” quiere decir también aquél que cumplió el mandamiento del amor al prójimo. Otros dos hombres recorrían el mismo camino; uno era sacerdote y el otro levita, pero cada uno “lo vio y pasó de largo”. En cambio, el Samaritano “lo vio y tuvo

compasión... Acercóse, le vendó las heridas”, a continuación “le condujo al mesón y cuidó de él”<sup>91</sup>. Y al momento de partir confió el cuidado del hombre herido al mesonero, comprometiéndose a abonar los gastos correspondientes.

La parábola del buen Samaritano pertenece al Evangelio del sufrimiento. Indica, en efecto, cuál debe ser la relación de cada uno de nosotros con el prójimo que sufre. No nos está permitido “pasar de largo”, con indiferencia, sino que debemos “pararnos” junto a él. Buen Samaritano es *todo hombre que se para junto al sufrimiento de otro hombre* de cualquier género que ése sea. Esta parada no significa curiosidad, sino más bien disponibilidad. Es como el abrirse de una determinada disposición interior del corazón, que tiene también su expresión emotiva. Buen Samaritano es *todo hombre sensible al sufrimiento ajeno*, el hombre que “se conmueve” ante la desgracia del prójimo. Si Cristo, conocedor del interior del hombre, subraya esta conmoción, quiere decir que es importante para toda nuestra actitud frente al sufrimiento ajeno. Por lo tanto, es necesario cultivar en sí mismo esta sensibilidad del corazón, que testimonia la compasión hacia el que sufre. A veces esta compasión es la única o principal manifestación de nuestro amor y de nuestra solidaridad hacia el hombre que sufre.

Sin embargo, el buen Samaritano de la parábola de Cristo no se queda en la mera conmoción y compasión. Estas se convierten para él en estímulo a la acción que tiende a ayudar al hombre herido. Por consiguiente, es, en definitiva, buen Samaritano *el que ofrece ayuda en el sufrimiento*, de cualquier clase que sea. Ayuda, dentro de lo posible, eficaz. En ella pone todo su corazón y no ahorra ni siquiera medios materiales. Se puede afirmar que se da a sí mismo, su propio “yo”, abriendo este “yo” al otro. Tocamos aquí uno de los puntos clave de toda la antropología cristiana. El hombre no puede “encontrar su propia plenitud si no es en la entrega sincera de sí mismo a los demás”<sup>92</sup>. Buen Samaritano es *el hombre capaz precisamente de ese don de sí mismo*.



29 Siguiendo la parábola evangélica, se podría decir que el sufrimiento, que bajo tantas formas diversas está presente en el mundo humano, está también presente para irradiar el amor al hombre, precisamente ese desinteresado don del propio "yo" en favor de los demás hombres, de los hombres que sufren. Podría decirse que el mundo del sufrimiento humano invoca sin pausa otro mundo: el del amor humano; y aquel amor desinteresado, que brota en su corazón y en sus obras, el hombre lo debe de algún modo al sufrimiento. No puede el hombre "prójimo" pasar con desinterés ante el sufrimiento ajeno, en nombre de la fundamental solidaridad humana; y mucho menos en nombre del amor al prójimo. Debe "pararse", "conmoverse", actuando como el Samaritano de la parábola evangélica. La parábola en sí expresa *una verdad profundamente cristiana*, pero a la vez tan universalmente humana. No sin razón, aun en el lenguaje habitual se llama obra "de buen samaritano" toda actividad en favor de los hombres que sufren y de todos los necesitados de ayuda.

Esta *actividad* asume, en el transcurso de los siglos, *formas institucionales* organizadas y constituye un terreno de trabajo en las respectivas profesiones. ¡Cuánto tiene "de buen samaritano" la profesión del médico, de la enfermera u otras similares! Por razón del contenido "evangélico", encerrado en ella, nos inclinamos a pensar más bien en una vocación que en una profesión. Y las instituciones que, a lo largo de las generaciones, han realizado un servicio "de samaritano" se han desarrollado y especializado todavía más en nuestros días. Esto prueba indudablemente que el hombre de hoy se para con cada vez mayor atención y perspicacia junto a los sufrimientos del prójimo, intenta comprenderlos y prevenirlos cada vez con mayor precisión. Posee una capacidad y especialización cada vez mayores en este sector. Viendo todo esto, podemos decir que la parábola del Samaritano del Evangelio se ha convertido en *uno de los elementos esenciales de la cultura moral y de la civilización universalmente humana*. Y pensando en todos los

hombres, que con su ciencia y capacidad prestan tantos servicios al prójimo que sufre, no podemos menos de dirigirles unas palabras de aprecio y gratitud.

Estas se extienden a todos los que ejercen de manera desinteresada el propio servicio al prójimo que sufre, *empeñándose voluntariamente en la ayuda* “como buenos samaritanos”, y destinando a esta causa todo el tiempo y las fuerzas que tienen a su disposición fuera del trabajo profesional. Esta espontánea actividad “de buen samaritano” o caritativa, puede llamarse actividad social, puede también definirse como *apostolado*, siempre que se emprende por motivos auténticamente evangélicos, sobre todo si esto ocurre en unión con la Iglesia o con otra comunidad cristiana. La actividad voluntaria “de buen samaritano” se realiza a través de *instituciones* adecuadas o también por medio de *organizaciones* creadas para esta finalidad. Actuar de esta manera tiene una gran importancia, especialmente si se trata de asumir tareas más amplias, que exigen la cooperación y el uso de medios técnicos. No es menos preciosa también la actividad individual, especialmente por parte de las personas que están mejor preparadas para ella, teniendo en cuenta las diversas clases de sufrimiento humano a las que la ayuda no puede ser llevada sino individual o personalmente. Ayuda *familiar*, por su parte, significa tanto los actos de amor al prójimo hechos a las personas pertenecientes a la misma familia como la ayuda recíproca entre las familias.

Es difícil enumerar aquí todos los tipos y ámbitos de la actividad “como samaritano” que existen en la Iglesia y en la sociedad. Hay que reconocer que son muy numerosos, y expresar también alegría porque, gracias a ellos, los *valores morales fundamentales*, como el valor de la solidaridad humana, el valor del amor cristiano al prójimo, forman el marco de la vida social y de las relaciones interpersonales, combatiendo en este frente las diversas formas de odio, violencia, crueldad, desprecio por el hombre, o las de la mera “insensibilidad”, o sea la indiferencia hacia el prójimo y sus sufrimientos.

Es enorme el significado de las actitudes oportunas que deben emplearse en la educación. La familia, la escuela, las demás instituciones educativas, aunque sólo sea por motivos humanitarios, deben trabajar con perseverancia para despertar y afinar esa sensibilidad hacia el prójimo y su sufrimiento, del que es un símbolo la figura del Samaritano evangélico. La Iglesia, obviamente, debe hacer lo mismo, profundizando aún más intensamente —dentro de lo posible— en los motivos que Cristo ha recogido en su parábola y en todo el Evangelio. La elocuencia de la parábola del buen Samaritano, como también la de todo el Evangelio, es concretamente ésta: el hombre debe sentirse llamado personalmente a testimoniar el amor en el sufrimiento. Las instituciones son muy importantes e indispensables; sin embargo, ninguna institución puede de suyo sustituir el corazón humano, la compasión humana, el amor humano, la iniciativa humana, cuando se trata de salir al encuentro del sufrimiento ajeno. Esto se refiere a los sufrimientos físicos, pero vale todavía más si se trata de los múltiples sufrimientos morales, y cuando la que sufre es ante todo el alma.

30 La parábola del buen Samaritano, que —como hemos dicho— pertenece al Evangelio del sufrimiento, camina con él a lo largo de la historia de la Iglesia y del cristianismo, a lo largo de la historia del hombre y de la humanidad. Testimonia que la revelación por parte de Cristo del sentido salvífico del sufrimiento *no se identifica de ningún modo con una actitud de pasividad*. Es todo lo contrario. El Evangelio es la negación de la pasividad ante el sufrimiento. El mismo Cristo, en este aspecto, es sobre todo activo. De este modo realiza el programa mesiánico de sumisión, según las palabras del profeta: “El Espíritu del Señor está sobre mí, porque me ungió para evangelizar a los pobres; me envió a predicar a los cautivos la libertad, a los ciegos la recuperación de la vista; para poner en libertad a los oprimidos, para anunciar un año de gracia del Señor”<sup>93</sup>. Cristo realiza con sobreabundancia

este *programa mesiánico* de su misión: El pasa “haciendo el bien”<sup>94</sup>, y el bien de sus obras destaca sobre todo ante el sufrimiento humano. La parábola del buen Samaritano está en profunda armonía con el comportamiento de Cristo mismo.

Esta parábola entrará, finalmente, por su contenido esencial, en aquellas desconcertantes palabras sobre el juicio final, que Mateo ha recogido en su Evangelio: “Venid, benditos de mi Padre, tomad posesión del reino preparado para vosotros desde la creación del mundo. Porque tuve hambre, y me disteis de comer; tuve sed, y me disteis de beber; preso, y vinisteis a verme”<sup>95</sup>. A los justos que pregunten cuándo han hecho precisamente esto, el Hijo del Hombre responderá: “En verdad os digo que *cuantas veces hicisteis eso a uno de estos mis hermanos menores, a mí me lo hicisteis*”<sup>96</sup>. La sentencia contraria tocará a los que se comportaron diversamente: “En verdad os digo que cuando dejasteis de hacer eso con uno de esos pequeñuelos, conmigo dejasteis de hacerlo”<sup>97</sup>.

Se podría ciertamente alargar la lista de los sufrimientos que han encontrado la sensibilidad humana, la compasión, la ayuda o que no las han encontrado. La primera y la segunda parte de la declaración de Cristo sobre el juicio final indican sin ambigüedad cuán esencial es, en la perspectiva de la vida eterna de cada hombre, el “pararse”, como hizo el buen Samaritano, junto al sufrimiento de su prójimo, el tener “compasión”, y finalmente el dar ayuda. En el programa mesiánico de Cristo, que es a la vez el programa del *reino de Dios*, el sufrimiento está presente en el mundo para provocar amor, para hacer nacer obras de amor al prójimo, para transformar toda la civilización humana en la “civilización del amor”. En este amor el significado salvífico del sufrimiento se realiza totalmente y alcanza su dimensión definitiva. Las palabras de Cristo sobre el juicio final permiten comprender esto con toda la sencillez y claridad evangélica.

Estas palabras sobre amor, sobre los actos de amor relacionados con el sufrimiento humano, nos permiten una vez

más descubrir, en la raíz de todos *los sufrimientos humanos, el mismo sufrimiento redentor de Cristo*. Cristo dice: “A mí me lo hicisteis”. El mismo es el que en cada uno experimenta el amor; El mismo es el que recibe ayuda, cuando esto se hace a cada uno que sufre sin excepción. El mismo está presente en quien sufre, porque su sufrimiento salvífico se ha abierto de una vez para siempre a todo sufrimiento humano. Y todos los que sufren han sido llamados de una vez para siempre a ser partícipes “de los sufrimientos de Cristo”<sup>98</sup>. Así como todos son llamados a “completar” con el propio sufrimiento “lo que falta a los padecimientos de Cristo”<sup>99</sup>. Cristo al mismo tiempo ha enseñado al hombre *a hacer bien con el sufrimiento y a hacer bien a quien sufre*. Bajo este doble aspecto ha manifestado cabalmente el sentido del sufrimiento.

31 Este es el sentido del sufrimiento, verdaderamente sobrenatural y a la vez humano. Es *sobrenatural* porque se arraiga en el misterio divino de la redención del mundo, y es también profundamente *humano* porque en él el hombre se encuentra a sí mismo, su propia humanidad, su propia dignidad y su propia misión.

El sufrimiento, ciertamente, pertenece al misterio del hombre. Quizá no está rodeado, como está el mismo hombre, por ese misterio que es particularmente impenetrable. El Concilio Vaticano II ha expresado esta verdad: “En realidad, el misterio del hombre sólo se esclarece en el misterio del Verbo encarnado. Porque... *Cristo*, el nuevo Adán, en la misma revelación del misterio del Padre y de su amor, *manifiesta plenamente el hombre al hombre* y le descubre la sublimidad de su vocación”<sup>100</sup>. Si estas palabras se refieren a todo lo que contempla el misterio del hombre, entonces ciertamente se refieren de modo muy particular *al sufrimiento humano*. Precisamente en este punto el “manifestar el hombre al hombre y descubrirle la sublimidad de su vocación” es particularmente *indispensable*. Sucede también —como lo

prueba la experiencia— que esto es particularmente *dramático*. Pero cuando se realiza en plenitud y se convierte en luz para la vida humana, esto es también particularmente alegre. “Por Cristo y en Cristo se ilumina el enigma del dolor y de la muerte”<sup>101</sup>.

Concluimos las presentes consideraciones sobre el sufrimiento en el año en el que la Iglesia vive el jubileo extraordinario relacionado con el aniversario de la Redención.

El misterio de la redención del mundo está *arraigado en el sufrimiento* de modo maravilloso, y éste a su vez encuentra en ese misterio su supremo y más seguro punto de referencia.

Deseamos vivir este Año de la Redención unidos especialmente a todos los que sufren. Es menester, pues, que a la cruz del Calvario acudan idealmente todos los creyentes que sufren en Cristo —especialmente cuando sufren a causa de su fe en el Crucificado y Resucitado— para que el ofrecimiento de sus sufrimientos acelere el cumplimiento de la plegaria del mismo Salvador por la unidad de todos<sup>102</sup>. Acudan también allí los hombres de buena voluntad, porque en la cruz está el “Redentor del hombre”, el Varón de dolores, que ha asumido en sí mismo los sufrimientos físicos y morales de los hombres de todos los tiempos, para que *en el amor* puedan encontrar el sentido salvífico de su dolor y las respuestas válidas a todas sus preguntas.

Con María, Madre de Cristo, que estaba *junto a la cruz*<sup>103</sup>, nos detenemos ante todas las cruces del hombre de hoy.

Invoquemos a todos *los Santos* que a lo largo de los siglos fueron especialmente partícipes de los sufrimientos de Cristo. Pidámosles que nos sostengan.

Y os pedimos a todos los que sufrís que nos ayudéis. Precisamente a vosotros, que sois débiles, pedimos que seáis *una fuente de fuerza* para la Iglesia y para la humanidad. En la terrible batalla entre las fuerzas del bien y del mal

que nos presenta el mundo contemporáneo, venza nuestro sufrimiento en unión con la cruz de Cristo.

A todos, queridos hermanos y hermanas, os envío mi bendición apostólica.

Dado en Roma, junto a San Pedro, en la memoria litúrgica de Nuestra Señora de Lourdes, el día 11 de febrero del año 1984, sexto de mi Pontificado.

**Joannes Paulus PP. II**

## NOTAS

80. Jn 3, 16.
81. Lc 9, 23.
82. Cf. Lc 9, 23.
83. Cf. Mt 7, 13-14.
84. Lc 21, 12-19.
85. Jn 15, 18-21.
86. Jn 16, 33.
87. 2 Tim 3, 12.
88. Col 1, 24.
89. Cf. Ef 6, 12.
90. Lc 10, 29.
91. Lc 10, 33-34.
92. Conc. Ecum. Vat. II, Constitución pastoral sobre la Iglesia en el mundo actual, *Gaudium et spes*, 24.
93. Lc 4, 18-19; cf. Is 61, 1-2.
94. Act 10, 38.
95. Mt 25, 34-36.
96. Mt 25, 40.
97. Mt 25, 45.
98. 1 Pe 4, 13.
99. Col 1, 24.
100. Conc. Ecum. Vat. II, Constitución pastoral sobre la Iglesia en el mundo actual, *Gaudium et spes*, 22.
101. *Ibid.*
102. Cf. Jn 17, 11. 21-22.
103. Cf. Jn 19, 25.



## CARTA DEL ENFERMO USUARIO DEL HOSPITAL

*Comisión de hospitales de la  
Comunidad Económica Europea  
(6-9 de mayo de 1979).*

1. El enfermo tiene derecho a acceder a los servicios hospitalarios adecuados a su estado o a su enfermedad.

2. El enfermo usuario del hospital tiene el derecho a ser cuidado *con respeto a su dignidad humana*. Esta prestación comprende no sólo los cuidados médicos, enfermeros o análogos, sino también una atención, un alojamiento y un marco técnico y administrativo apropiados.

3. El enfermo usuario del hospital tiene el *derecho de aceptar o rechazar toda prestación de diagnóstico o de tratamiento*. Cuando un enfermo es incapaz de ejercer este derecho total o parcialmente (por ley o de hecho), es ejercido por su representante o por una persona designada legalmente.

4. El enfermo usuario del hospital tiene derecho a ser informado de lo concerniente a su estado. El interés del enfermo debe ser determinante para la información a darle. La información dada debe permitir al enfermo obtener una idea completa de todos los aspectos de su estado, médicos y no médicos, y tomar personalmente las decisiones o participar en las decisiones que puedan tener consecuencias sobre su bienestar.

5. El enfermo usuario del hospital, o su representante, tiene derecho a recibir información completa de antemano de los riesgos que puede suponer toda prestación no común con vistas al diagnóstico o al tratamiento. Semejante prestación debe ser objeto de un consentimiento explícito del enfermo. Este consentimiento puede ser retirado en cualquier momento. El enfermo debe poder sentirse completamente libre para aceptar o rechazar su colaboración en la investigación clínica o en la enseñanza; en cualquier momento puede retirar su aceptación.

6. El enfermo usuario del hospital tiene derecho, en la medida en que lo permitan las condiciones materiales de su entorno, a la protección de su vida privada. El carácter confidencial de la información y del contenido, sobre todo médico, de los informes relativos a él, debe ser garantizado.

7. El enfermo usuario del hospital tiene derecho al respeto y al reconocimiento de sus convicciones religiosas y filosóficas.

8. El enfermo usuario del hospital tiene derecho a preparar una reclamación, a verla examinada y a ser informado de los resultados que se sigan.

# Bibliografía



NOTA ACLARATORIA.— La bibliografía sobre el tema es abundantísima y muy desigual. Nos ha parecido conveniente seleccionar los materiales bibliográficos de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Literatura en español.
2. Obras de fácil acceso para nuestros lectores.
3. Obras publicadas en los últimos tiempos.
4. Para mayor facilidad, las exponemos agrupadas en distintos apartados.

#### 1. Obras generales

AA. VV., *Ética y medicina*, Guadarrama, Madrid 1972.

Sigue siendo muy válida, ya que colaboran K. Rahner, A. Auer, F. Böckle y Congar.

J. GAFO, *Nuevas perspectivas en moral médica*. Moral profesional para A.T.S., Ibérica Europea de Ediciones, Madrid 1978.

Muy útil y completa para cuantos se mueven en este sector.

B. HAERING, *Moral y medicina*, Perpetuo Socorro, Madrid 1971.

Esta obra del ilustre profesor de Teología moral es poco conocida. Aborda con la maestría y estilo acostumbrados los problemas complejos que existen entre estas dos disciplinas, con acierto y coraje.

G.H. KIEFFER, *Bioética*, Alhambra, Madrid 1983.

Cada día se impone más la reflexión ética sobre los intrincadísimos problemas de la vida, desde sus mismos albores

hasta su destrucción. El autor no rehuye ninguno y, con una erudición y capacidad de síntesis admirables, consigue facilitar SU COMPRENSION.

Una obra que se lee con interés y apasionamiento.

P. SPORKEN, *Medicina y ética en discusión*, Verbo Divino, Estella 1973.

Notas características del libro: claridad, precisión, valentía.

## 2. En torno a la pastoral de la salud y la enfermedad

ADVERTENCIA.— Reseñamos simplemente las obras, ya que todas ellas tienen sobrados méritos para ser recomendadas, puesto que han sido gestadas y alumbradas en un medio que no permite falsas elucubraciones y fáciles florituras.

AA. VV., *La atención pastoral del enfermo psíquico*, Madrid 1981.  
Primeras Jornadas Nacionales.

AA. VV., *Religiosos de la salud en proceso de renovación*, Col. Selare, Bogotá.

AA. VV., *La Iglesia ante el mundo de la salud*, Edice, Madrid 1982.  
Ponencias de las Jornadas Anuales que organiza la Comisión de Pastoral de la Conferencia Episcopal Española.

AA. VV., *Evangelizar a los enfermos*, Col. Selare, Bogotá.

BUREAU DE PASTORAL DE ENFERMOS DE BRUSELAS, *La comunidad cristiana y los enfermos*, Marova, Madrid 1980.

CARD. JUVANY, *Los ministerios en la acción pastoral de la Iglesia*, PPC (Documentos y Estudios núm. 32), Madrid.

- LABOR HOSPITALARIA, Organización y pastoral sanitaria núm. 185 (1982/3).  
Número monográfico particularmente interesante.
- H. NIEDERMEYER, *Compendio de medicina pastoral*, Herder, Barcelona 1957.  
Sigue teniendo vigencia esta obra; por otra parte, no se editan hoy libros de estas características.
- M. PEINADO, *Pastoral de enfermos en la comunidad cristiana*, PPC, Madrid 1965.
- I. PEREZ, *Hacia una pastoral de la salud*, Indo American Press Service, Bogotá 1980.
- Y. SAINT-ARNAUD, *La consulta pastoral de orientación rogeriana*, Herder, Barcelona 1972.  
Puede ser como una vademecum para quienes se entregan, entusiasta y desinteresadamente, a orientar a los agentes pastorales.
- I. SALZBERGER-WITENBERG, *La relación asistencial*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- W. SOELLGEN, *Medicina pastoral*, en "Sacramentum Mundi", vol. 2, Herder, Barcelona, 305-310 (con bibliografía).

### 3. En torno a la enfermedad

- J.CH. DIDIER, *Enfermedad*, en "Sacramentum Mundi", vol. 2, Herder, Barcelona, 570-575 (con bibliografía).
- J.CH. DIDIER, *El cristiano ante la enfermedad y la muerte*, Andorra 1960.

- R. HOSTIE, *Enfermedades mentales*, en "Sacramentum Mundi", vol. 2, Herder, Barcelona, 575-580 (con bibliografía).
- R. PIULAX, *La enfermedad y el enfermo*, Toray, Barcelona 1976.
- R. ROUX, *Enfermedad*, en "Vocabulario Bíblico", Marova, Madrid 1968.
- F.J. ELIZARI, *Ethos cristiano ante la enfermedad*, en Praxis cristiana 2, "Opción por la vida y el amor", Paulinas, Madrid 1981, 171-182.
- S. SPINSANTI, *Enfermedad*, en "Diccionario Enciclopédico de Teología Moral", Paulinas, Madrid 1980, cuarta edición, 293-298 (con bibliografía).

#### 4. Derechos de la persona enferma

- A.B.A., Seminario sobre los derechos del enfermo, en "Tribuna Médica" núm. 881 (1981).

#### CUADERNOS PARA EL DIALOGO, Extraordinario XLVI.

- F.J. ELIZARI, *Los derechos de la persona en el terreno sanitario*, en Praxis Cristiana 2, "Opción por la vida y el amor", Paulinas, Madrid 1981, 183-196.

En apretada y excelente síntesis, una amplia y profunda presentación de este problema, que hoy preocupa y apasiona.

- F.H. LEPAGNEUR, *El enfermo en la antropología cristiana*, en "Selecciones de Teología" 8 (1969), 286-290.
- J. PIEPER, *Sobre la esperanza de los enfermos*, en "Folia Humanística" 16 (1978), 641-649.



C. NICOLAS ORTIZ, *El derecho a la salud y los derechos de los enfermos*, Encuentros, Madrid 1983.

Obra actualizada y muy completa, que recomendamos encarecidamente a todos los que se interesan por el complejo y doloroso planeta del dolor y el sufrimiento.

K. RAHNER, *La libertad del enfermo. Punto de vista teológico*, en "Selecciones de Teología" 15 (1976), 329-333.

Resumen de un interesantísimo artículo en el que se aprecia la maestría y profundidad a que nos tiene acostumbrados el autor.

#### Derecho a la intimidad

AA. VV., *Deontología, Derecho, Medicina*, Colegio Oficial de Médicos, Madrid 1977.

A. DE LORENZO, *El secreto profesional en la Constitución*, en "Tribuna Médica" núm. 818 (1979).

G. TALIERCIO, *Secreto*, en "Diccionario Enciclopédico de Teología Moral", Paulinas, Madrids 1980, cuarta edición, 984-990 (con bibliografía).

J.A. VILLAVERDE, *En defensa del secreto*, en "Razón y Fe" 10 (1969), 5-12.

Declaración de los derechos de las personas retrasadas mentales, Asamblea General de las Naciones Unidas, 20 de diciembre de 1971.

Carta de los derechos del enfermo, Asociación Norteamericana de Hospitales, 6 de febrero de 1973.

Derecho de los enfermos, Departamento de salud, educación y bienestar del Gobierno de los Estados Unidos, 2 de diciembre de 1974.

Carta de derechos pediátricos, Asociación Nacional de Hospitales de Niños de los Estados Unidos, 25 de febrero de 1975.

Carta del enfermo usuario del hospital, Comisión de Hospitales de la Comunidad Económica Europea, 6-9 de mayo de 1979.

### 5. Sufrimiento y teología de la cruz

F. DE LA CALLE, *Respuesta bíblica al dolor de los hombres*, Fax, Madrid 1974.

De una u otra forma, siempre, el problema nos afecta muy hondamente a todos. Esta aproximación bíblica no sólo facilita la comprensión del misterio, sino que abre cauces de esperanza a todos los que, como Jesús, cargan sus cruces cotidianas dispuestos a seguirle fielmente.

CONCILIUM 119 (1976), *Sufrimiento y fe cristiana*.

Número monográfico que afronta el tema desde diferentes perspectivas. Recomendamos su lectura a cuantos se preocupan de descifrar el sentido de esta realidad para vivirla desde la fe y el amor, confiados en que todas las pruebas y contratiempos serán transformados en heridas luminosas.

Queremos destacar especialmente algunos artículos:

J. GONZALEZ FAUS, Jesús, figura del hombre sufriente, 390-402.

CH. DUQUOC, Cruz de Cristo y sufrimiento humano, 403-413.

J. MEYER-SCHEU, La pastoral sanitaria. Principios para una nueva orientación, 423-436.

L. EVELY, *Sufrimiento*, Estela, Barcelona 1966.

El autor no necesita ser presentado, porque sus obras son muy conocidas y ávidamente leídas por los lectores de lengua española. Estamos ante uno de sus primeros libros llegados a

España y que ha hecho mucho bien a quienes se han tomado la grata molestia de leerlo.

J.M. CABODEVILLA, *La impaciencia de Job*, BAC, Madrid.

K. KITAMORI, *Teología del dolor de Dios*, Sígueme, Salamanca 1975.

Un oriental nos ofrece una interpretación muy novedosa y provocativa para quienes perseguimos y nos conformamos con "las ideas claras y distintas". No obstante, el dolor del hombre queda transfigurado y transido del "dulce" y abismal misterio del dolor de Dios. Constituye una excelente brújula y un hogar entrañable para los que andan desorientados por los inexplicables laberintos o por los amargos océanos del sufrimiento.

G. MATTAI, *Cruz*, en "Diccionario Enciclopédico de Teología Moral", Paulinas, Madrid 1980, cuarta edición, 1277-1287 (con bibliografía).

Presentación de la teología de la cruz desde sus vinculaciones con la ética y la pastoral. Superando la actitud de resignación y la de rebeldía, se despliegan la *locura* y la *estupidez* de la cruz.

J. MOLTMANN, *El Dios crucificado*, Sígueme, Salamanca 1975.

Una de las primeras obras sobre este afrontamiento de la teología. En España no abundan, desgraciadamente, esta clase de estudios. El que reseñamos es uno de los más completos y apasionados. Hay que destacar al mismo tiempo su profundidad y su incidencia práctica.

J. VIO PEINADO, *Profetas en el dolor*, Paulinas, Madrid.

A. SAEZ DE IBARRA, *Enfermos, mis hermanos*, Sevilla 1978, quinta edición.

Obra sin pretensiones, pero que llega fácilmente a la inteligencia y al corazón de los destinatarios, precisamente porque

ha sido escrita por una persona que ha “saboreado” de cerca y en profundidad la experiencia del dolor físico.

W. VOELMUELLER, *Interpretación actual del dolor y del mal*, en “Concilium” 103 (1975), 417-435.

H.U. VON BALTHASAR, *La alegría y la cruz*, en “Concilium” 38 (1968), 430-443.

#### 6. Alrededor de la muerte

M. ALCALA, *Nueva sabiduría de la muerte*, en “Razón y Fe” 189 (1974), 349-361.

P. ARIES, *La muerte al revés*, en “Selecciones de Teología” 11 (1972), 19-28.

J. BASURCO, *La cultura dominante ante el problema de la muerte*, en “Iglesia Viva” 62 (1976), 103-122.

G. BOF, *Muerte*, en “Diccionario Teológico Interdisciplinar”, Sígueme, Salamanca, vol. III, 612-629 (con bibliografía).

L. EVELY, *El hombre moderno ante la muerte*, Sígueme, Salamanca 1980.

Por su claridad y capacidad de sugestión es una obra que se lee con facilidad e interés. Los lectores de Evely nunca quedan defraudados.

L. BOROS, *Mysterium mortis. El hombre y su última opción*, Paulinas, Madrid 1972.

Es una de las obras a que todos los que escriben sobre el particular citan necesariamente. El autor propugna una tesis original que, al margen de la contestación y críticas de que ha sido objeto, abre nuevos rumbos a la reflexión y, sobre todo, descerraja de raíz las puertas a la esperanza.

J. PIEPER, *Muerte e inmortalidad*, Herder, Barcelona 1970.

Libro de carácter filosófico, pero siempre muy cercano a la reflexión teológica. El autor, alemán, tiene muchos seguidores en los círculos de lengua española. Lo hace bien y escribe con garra.

J.L. RUIZ DE LA PEÑA, *Muerte y marxismo humanista*, Sígueme, Salamanca 1978.

El título resulta sugerente para cuantos se interesan por la cultura de hoy y, más en concreto, por el diálogo de los cristianos con los representantes de la corriente "cálida" del marxismo. El problema-conflicto de la muerte constituye un reto ineludible e interpelante para los que viven y mueren sin la luz de la fe y el tibio calor de la esperanza.

K. RAHNER, *Muerte*, en "Sacramentum Mundi", vol. 4, Herder, Barcelona, 818-825 (con bibliografía).

Síntesis en clave teológica. Artículo de gran calado.

K. RAHNER, *Sentido teológico de la muerte*, Herder, Barcelona 1965.

No es necesario hacer comentario alguno. Una obra de Rahner.

S. SPINSANTI, *Muerte*, en "Diccionario Enciclopédico de Teología Moral", Paulinas, Madrid 1980, cuarta edición, 684-692 (con bibliografía).

R. TROISFONTAINES, *Yo no muero*, Herder, Barcelona 1966.

El tono y estilo filosófico no es un obstáculo sino un estímulo para el lector. A pesar de los años transcurridos desde su publicación, conserva lozanía e interés.

N. VERSLUIS, *Desconocimiento social de la muerte*, en "Concilium" 65 (1971), 291-303.

CONCILIUM 94 (1974), *La muerte y el cristiano*.

Todo el número monográfico merece una lectura atenta y

pausada. Puestos a seleccionar, recomendamos especialmente a:

J. MAYER-SCHEU, *El servicio al prójimo moribundo*, 108-124.

A. MUELLER, *La asistencia a los moribundos como misión eclesial*.

COMMUNIO 2 (1980/3), *Muerte y promesa de vida*.

F. FERRERO, *Eutanasia*, en "Moralia" 1 (1979), 65-70.

G. HIGUERA, *¿Acabar o prolongar la vida humana? Eutanasia y distanasia*, en "Razón y Fe" 199 (1979), 515-521.

M. VIDAL, *Eutanasia y distanasia: respeto a la vida y derecho a morir dignamente*, en "Iglesia Viva" 69 (1977), 217-223.

L. ROSSI, *Suicidio*, en "Diccionario Enciclopédico de Teología Moral", Paulinas, Madrid 1980, cuarta edición, 1027-1032 (con bibliografía).

#### Derecho a morir con dignidad

AA. VV., *Morir con dignidad*, Marova, Madrid 1976.

D.C. MAGUIRE, *La muerte libremente elegida*, Sal Terrae, Santander 1975.

P. SPORKEN, *Ayudando a morir. Aspectos éticos, asistenciales, pastorales y médicos*, Sal Terrae, Santander 1978.

A.M. TORNOS, *Para un morir "auténtico"*, en "Razón y Fe" 191 (1975), 62-70.

Véase también la voz EUTANASIA en los distintos diccionarios y en los manuales de ética y teología moral.

Es un problema que ya va adquiriendo importancia también entre nosotros. Dada su complejidad sería muy conveniente hacer un esfuerzo por clarificar los conceptos, los principios y las situaciones. La preparación en este campo nunca será excesiva. Imprescindible nos parece el estudio sereno e inteligente del documento de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe sobre EUTANASIA.

### 7. El sacramento de la unción de enfermos

El tratamiento teológico de este sacramento refleja los cambios y progresos realizados recientemente en los estudios bíblicos, teológicos y antropológicos. Singularmente hay que encuadrar su comprensión, celebración y vivencia en el marco de la teología y pastoral de la teología sacramentaria. En conformidad con estos criterios hemos seleccionado la bibliografía.

G. DAVANZO-R. RINCON, *Unción de los enfermos*, en "Diccionario Enciclopédico de Teología Moral", Paulinas, Madrid 1980, cuarta edición, 1146-1153 (con bibliografía).

M. NICOLAU, *La unción de los enfermos*, BAC, Madrid 1975.

Manual bastante tradicional, pero que recoge las orientaciones y enseñanzas del Concilio Vaticano II.

CL. OTERMANN, *El sacramento de los enfermos*, Paulinas, Madrid 1973, segunda edición.

Exposición de inspiración profundamente antropológica, bíblica y teológica. Su máxima originalidad reside en las orientaciones, horizontes y pistas pastorales que ofrece.

COMMUNIO 5 (1983/5), *La unción de los enfermos*.

Número monográfico en el que hay que destacar, sobre todo, algunos artículos, aunque no se refieran directamente al sacramento:

F. LAGE, Jesús ante la enfermedad.

- D. GRACIA, En torno a la historia de la enfermedad.  
 A. SOLANO, Sobre el problema salud-enfermedad.  
 M. LOPEZ, La presencia del dolor y su sentido en el mundo.

PHASE 78 (1973), 157-172, *Ritual de la unción*.  
 Estudio teológico-pastoral del nuevo ritual.

### 8. Magisterio jerárquico

CONFERENCIA EPISCOPAL ALEMANA, *Muerte digna del hombre y muerte cristiana* (20-11-1978).

Destacamos este documento del magisterio episcopal, por considerarlo particularmente clarificador y en sincero diálogo con el mundo actual.

JUAN PABLO II, *Dives in misericordia*.

Segunda encíclica de este papa que a muchos desconcierta. Es un breve tratado bíblico-teológico-espiritual, una glosa sinfónica de la máxima-imperativo que transcribe el evangelio de San Lucas: "Sed misericordiosos como vuestro Padre es misericordioso" (Lc 6, 36). Su lectura muy meditada se recomienda especialmente para estos tiempos en que impera la ley de la selva y, en el mejor de los casos, la ley del talión.

JUAN PABLO II, *A los enfermos*, Eunsa, Pamplona 1980.

En este volumen se agavilla la predicación del Romano Pontífice dirigida a los enfermos en sus encíclicas, catequesis, discursos pronunciados por todos los países que ha visitado y donde suele tener siempre un encuentro especial con los miembros de la comunidad doliente. Arsenal inagotable para desvelar el sentido del misterio en perspectiva de fe, reavivar la esperanza y desencadenar las energías del amor al servicio de la llegada del reino de Dios.



J.L. LARRABE, *La Iglesia y los enfermos*, en "Lumen" 29 (1980), 332-356.

Despliegue de la preocupación de la comunidad cristiana a todos sus niveles por los que sufren, completando así lo que falta a la pasión de Cristo.

SAGRADA CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE,  
*Declaración sobre la eutanasia*, en "Ecclesia" 1190 (1980).

Uno de los documentos más avanzados, que revela profundo conocimiento de la situación actual y elabora una respuesta plausible y argumentada desde la palabra de Dios y la experiencia multiseccular de la Iglesia. Puede considerarse como el libro de texto sobre este intrincado problema para los católicos y todos los que viven la pasión por el hombre.

M. SALBA-J. BOZAL, *El magisterio eclesiástico y la medicina*, "Razón y Fe", Madrid 1955.

A pesar del transcurso de los años, la obra facilita el conocimiento del estado de la cuestión en tiempos pasados y ayuda a descubrir lo transitorio y lo permanente de este diálogo entre quienes se afanan por servir a la persona y ayudarla a lograr la "salud" integral: la del cuerpo, la del alma y la del espíritu.

#### 9. Claves para una política de la salud y la enfermedad

J. GARCIA PEREZ, *Humanización de la medicina*, en "Razón y Fe" 199 (1979), 13-27.

H. HILLEGERS, *Distribución de los recursos sanitarios*, en "Concilium" 110 (1975), 523-532.

I. ILLICH, *Némesis*.

Para interpretar el pensamiento del autor, cf. E. COSTA LOMBARDIA, *Iván Illich y la medicina*, en Cuadernos para el Diálogo, Extra XLVI; Revista "Fomento Social" 137 (1980).

R. KAUTZKY, *Progreso técnico y problemas morales dentro de la medicina actual*, en "Concilium" 45 (1969), 245-260.

J.J. DE MIGUEL, *La reforma sanitaria en España*, Ed. Cambio 16, Madrid 1976.

L. RIVERA PEREZ, *Deshumanización de la medicina actual*, en "Tribuna Médica" 795 (1979), 17-19.

F. SOLA, *La reforma sanitaria en España*, en "Ecclesia" 185 (1977), 17-21.

*Primeras jornadas sobre economía de la salud*, núm. 881 (1981), 10-12.

*La sanidad española desde el punto de vista de los usuarios*. Estudio realizado por E.D.I.S. y promovido por la Fraternidad Cristiana de Minusválidos, Ed. Encuentro, Madrid 1983.

#### 10. Revistas

LABOR HOSPITALARIA, Temas y bibliografía sobre pastoral de enfermos, dirigida por los Hermanos de San Juan de Dios.

TRIBUNA MEDICA.

Raimundo Rincón



