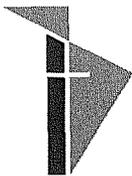


Teología y Pastoral para América Latina

Vol. XXVII / Nº. 106, junio de 2001

**Pastoral
de la Salud**

medellín



CELAM
ITEPAL
INSTITUTO TEOLÓGICO-PASTORAL PARA AMÉRICA LATINA

Bogotá D.C. - COLOMBIA

medellín

Teología y Pastoral para América Latina
Revista Trimestral Fundada en 1975

<u>Editor Responsable</u>	Leonidas Ortiz Lozada, pbro. Rector del Itepal
<u>Director</u>	Campo Elías Robayo Cruz, pbro. Vicerrector Académico ITEPAL
<u>Secretario y Suscripciones</u>	Luis Guillermo Pineda Asistente Administración ITEPAL

Nota: El Autor de cada artículo de esta publicación asume la responsabilidad de las opiniones que expresa.

PRECIO DE SUSCRIPCIÓN para el año de 2001

COLOMBIA: \$ 40.000,00
AMÉRICA LATINA: US\$ 55,00
ASIA Y ÁFRICA: US\$ 65,00
EUROPA Y AMÉRICA DEL NORTE: US\$ 75,00

Forma de Pago a la Administración de la Revista

COLOMBIA: Cheque en pesos colombianos a nombre del CELAM.
Consignación en las cuentas bancarias: Granahorrar 1200-37448-4; Colmena: 0102500068995
Bancolombia: Cta. No. 2010196156-2; Las Villas: 01713043-6
(todas a nombre de CELAM)
OTROS PAÍSES: Cheque en dólares americanos sobre Banco de Estados Unidos a favor de CELAM.
Efectivo ó giro postal en dólares americanos.
En cualquier caso favor enviar ó constancia de la transacción a:

INSTITUTO TEOLÓGICO-PASTORAL PARA AMÉRICA LATINA - ITEPAL

Transversal 67 (Av. Boyacá) No. 173-71 / A.A. 253353

Tels: (57-1) 667 0050 - 667 0110 - 667 0120

Fax: (57-1) 677 6521 / E-mail: itepal@celam.org

Bogotá D.C. - COLOMBIA

©

Edición No. 106 - 2000 ejemplares - 2001

ISSN 0121-4977

Impresión: EDITORIAL KIMPRES LTDA.

Impreso en Colombia - Printed in Colombia

En el transcurso de la historia, la Iglesia ha venido interpretando el mandato del Señor, con una fidelidad creciente en favor de la vida. Este mandato que Jesucristo confió a sus discípulos: "Y los envió a proclamar el Reino de Dios y a curar" (Lc. 9,2), ha sido el horizonte que la Iglesia ha caminado y viene caminando. Porque en razón a la fidelidad a su Señor, la Iglesia entiende que "el hombre es el camino de la Iglesia, camino que conduce en cierto modo al origen de todos aquellos caminos por los que debe caminar la Iglesia, porque el hombre -todo hombre sin excepción alguna- ha sido redimido por Cristo, porque al hombre -cada hombre sin excepción alguna- se ha unido Cristo de modo alguno" (R.H. 14).

En efecto, este servicio a la vida, se pone de manifiesto a través del caminar como Buen Samaritano que realiza la Iglesia, y que en el ejercicio de su misión, ella quiere de continuo plasmarlo a través de sus obras y de sus palabras, ya que como su Señor, ella no quiere "pasar de largo" ante los graves y dolorosos problemas que aquejan a la humanidad.

Este servicio a la vida se manifiesta hoy con mayor urgencia en lo que respecta a la salud de las personas. Más si tenemos presente que la salud forma parte de los Derechos Fundamentales de la persona humana. Por tanto, es una exigencia trabajar porque la salud no sea exclusiva de unos pocos y excluya a la inmensa mayoría.

A nivel regional, ya Santo Domingo anota el desafío que se presenta a nuestra tarea: "Tenemos que alargar la lista de rostros sufrientes que ya habíamos señalado en Puebla (cf. D.P. 31 -39), todos ellos sufrientes por el hambre, aterrorizados por la violencia, envejecidos por infrahumanas condiciones de vida, angustiados por la supervivencia familiar. El Señor nos pide que sepamos descubrir su propio rostro en los rostros sufrientes de los hermanos" (S.D. 178).

Es muy significativa la respuesta que a lo largo de la historia, la Iglesia ha venido dando en el mundo de la salud. Ella por medio de hombres y mujeres, de comunidades religiosas y laicos, ha venido interpretando y adoptando respuestas a los desafiantes problemas de la salud de las personas en medio de exigencias sociales, históricas y culturales, donde se manifiesta la responsabilidad de la Iglesia con la vida de las personas. En este testimonio de defensa de la vida y la salud de las personas, la Iglesia quiere hacer creíble el mandato del Señor que nos ha enseñado a hacer bien con el sufrimiento y llevar a todos, los signos creíbles de Aquel que "pasó haciendo el bien a todos".

Igualmente la solidaridad de la Iglesia con los que sufren, se manifiesta a través del ejercicio del anuncio del "Evangelio de la Vida", es decir, de la proclamación de los principios fundamentales que hacen posible una vida digna para todos. Con este anuncio, la Iglesia continúa la obra salvífica de Jesucristo.

Por esto, la acción de la Iglesia se manifiesta vinculada por medio del anuncio y la realización de esta Buena Noticia. Esto hace que hombres y mujeres en el mundo de la Pastoral de la Salud, manifiesten la imagen viva de Jesucristo a través de su amor y servicio a los enfermos y a los que sufren diversas enfermedades. Pero también se realiza este ejercicio a la vida por medio de la reflexión magisterial, dando así, significativas muestras de la opción a favor de la vida.

Por esto nos resulta muy significativo para nuestro quehacer pastoral, presentar a nuestros lectores, instrumentos que iluminen la reflexión y la tarea pastoral en este mundo tan desafiante y tan amplio de la Pastoral de la Salud.

La Revista Medellín agradece al grupo de expertos que ofrecen sus contribuciones en este campo de la Pastoral de la Salud y de la Bioética.

Los horizontes de comprensión que nos ofrecen, implican tener presente en nuestro cotidiano existir, la paradoja de la vida y de la muerte. En nuestra realidad continental, enfrentamos el drama de la vida y la anti-vida: altas tasas de mortalidad infantil, desempleo, desplazamientos, que ponen de manifiesto la búsqueda de horizontes de comprensión que hagan viable el proyecto de vida y salud para todos.

Los grandes desafíos regionales que en materia de Salud se presentan, son una ocasión para reafirmar nuestra fe en el Dios de la Vida y nuestro compromiso solidario con los pobres y marginados, con los que no tienen voz. Por eso es preciso cultivar hoy la sabiduría del Evangelio que desafía todo aquello que atenta contra la dignidad del ser humano.

Queremos resaltar el aporte que el CELAM ofrece a este mundo desafiante de la Pastoral de la Salud. El equipo de expertos de Pastoral de la Salud del CELAM ha realizado un valioso trabajo que hoy ponemos a la consideración de todos: "Guía de Pastoral de la Salud para América Latina y el Caribe".

De modo especial queremos resaltar estas valiosas y esclarecedoras luces y orientaciones sobre los Fundamentos de la Pastoral de la Salud y la Bioética. En esta hora desafiante para la Vida y la Salud a nivel regional, consideramos que, no solo se precisa de hombres y mujeres generosos que ofrecen lo mejor de sí para apoyar y defender la vida del ser humano, sino que es también necesario, tener una comprensión global del sentido de la salud y de la vida, ya que los desafíos continentales son continuos y permanentes.

Jesús el Buen Pastor será el modelo permanente de nuestra respuesta en favor de la Vida y la salud de todos y todas: no buscó "ser servido, sino servir y dar su vida para que todos la tengan en abundancia". Con esto daremos testimonio de que todos somos responsables y solidarios, especialmente con los que más sufren del drama de la exclusión y marginación del modelo social que impera en nuestra sociedad.

Sumario:

En el ámbito regional latinoamericano y caribeño, la Pastoral de la Salud en cuanto tal, se viene a consolidar recientemente. En su recorrido histórico para llegar a formar parte de la organización del CELAM, ha procurado seguir las huellas de Jesucristo en cuanto sirve a la vida de los hombres y mujeres en sus diversas realidades y situaciones.

Pastoral de la Salud en América Latina y El Caribe

Leonidas Ortiz Lozada, Pbro.

Rector del ITEPAL

El mundo de la salud ha sido ciertamente objeto de especial atención por parte de la Iglesia a través de los siglos. Siguiendo las enseñanzas y el ejemplo de Jesús, ella ha mostrado siempre su cercanía a los enfermos, como el buen Samaritano del Evangelio. En muchas ocasiones y en muchos lugares ha sido y continúa siendo pionera y promotora de la salud, ya con actividades de suplencia y de colaboración, ya en el cumplimiento de su específica misión pastoral”. Estas palabras del Cardenal Angelo Sodano, con motivo del Primer Encuentro Latinoamericano y del Caribe de Pastoral de la Salud (1989), en carta dirigida a Monseñor Fiorenzo Angelini, en ese momento Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, sintetizan el papel de la Iglesia en el mundo de la salud a través de su historia.

Aunque siempre la Iglesia en América Latina y el Caribe ha trabajado en el campo de la Pastoral de la Salud, sin embargo, como área consolidada de la pastoral en las Conferencias Episcopales y en el Consejo Episcopal Latinoamericano, su acción es reciente. En este artículo queremos presentar algunos “apuntes” para comprender el recorrido histórico de la Pastoral de la Salud en el Continente.

1. Primer encuentro Latinoamericano y del Caribe de Pastoral de la Salud (Bogotá, 1989)

La Pastoral de la Salud, de manera oficial, entró a formar parte de la organización del CELAM en el Primer Encuentro Latinoamericano y del Caribe que se llevó a cabo en Bogotá, del 2 al 6 de Octubre de 1989. Es, en esta época, cuando el Celam incorpora el área de Pastoral de la Salud dentro del Plan Global, adscribiéndola al Departamento de Pastoral Social-DEPAS. A esto contribuyó seguramente la reciente creación de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes

Sanitarios el 11 de febrero de 1985, en la Carta Apostólica *Dolentium hominum* en forma de Motu proprio. Ya el año anterior el Santo Padre había publicado la Carta Apostólica *Salvifici doloris*, animando a los cristianos a promover, organizar, perfeccionar y extender el ministerio para con los enfermos, los débiles y los que sufren.

El primer encuentro fue promovido por el Departamento de Pastoral Social-DEPAS y la Federación Internacional de Asociaciones Médicas Católicas-FIAMC, con el beneplácito de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. El objetivo principal del encuentro fue examinar, en diálogo abierto y a la luz del Magisterio de la Iglesia, los problemas éticos y de humanización del sector de la salud en América Latina y asumir algunos compromisos acordes con la competencia y misión de la comunidad eclesial en este campo.

El encuentro tuvo tres partes: ponencias, paneles y trabajos de grupos. En las ponencias intervinieron los siguientes conferencistas: a) el P. José Luis Redrado, O.H. sobre el tema "Evangelización y Pastoral de la Salud"; b) el Padre Domingo Basso sobre "Iglesia y Salud Humana"; c) el Doctor Zoilo Cuéllar sobre "Humanización de la Medicina"; d) el Doctor Herbert Vizcarra sobre "Problemas éticos de la psiquiatría"; e) la Doctora Gabriela Guerrero sobre "El trasplante: aspectos éticos"; f) la Doctora Elba de Giorgiutti sobre "La nueva genética: aplicaciones médicas de los métodos de diagnóstico prenatal"; g) el Doctor Hernando Rodríguez sobre "Ética y limitados: modelo activo de atención médica"; h) la Hermana Susana Rodríguez sobre "Ética y Medicina ante limitados físicos".

En los paneles intervinieron el Doctor Eduardo Zubizarreta sobre "Ética y Medicina. La Planificación familiar"; el Padre Manuel Marco sobre "Atención integral del enfermo hospitalizado" y el Doctor Hugo Obiglio sobre "Organización de Médicos Católicos y Humanización".

Las Conclusiones del encuentro hicieron referencia especialmente a los aspectos éticos con relación a la planificación familiar, a los trasplantes, a los enfermos terminales, al Sida y a la drogadicción¹.

¹ Las Memorias del Encuentro se publicaron en el volumen «Evangelización de la Salud», de la Colección Documentos CELAM No. 125, Junio 1993.

2. Segundo encuentro Latinoamericano y del Caribe de Pastoral de la Salud (Quito, 1994)

El primer encuentro latinoamericano despertó muchas inquietudes en el campo de la humanización y de la evangelización de la salud. Posteriormente, en la IV Conferencia General del Episcopado Latinoamericano celebrada en Santo Domingo (1992), los Obispos dieron un gran apoyo a la Pastoral de la Salud al comprometerse a “privilegiar el servicio fraterno a los más pobres entre los pobres y ayudar a las instituciones que cuidan de ellos: los minusválidos, enfermos, ancianos solos, niños abandonados, encarcelados, enfermos de sida y todos aquellos que requieren la cercanía misericordiosa del ‘buen samaritano’”². En este mismo año, el Santo Padre instituye la Jornada Mundial del Enfermo el día 11 de Febrero en la fiesta de Nuestra Señora de Lourdes.

A pesar de estos avances, hacían falta unas líneas comunes que orientaran la pastoral en el campo de la salud a nivel continental. En algunos países se identificaba pastoral de la salud solamente con la atención pastoral a los enfermos, dándole un acento proteccionista al tratamiento del tema. En el Equipo Asesor de Pastoral de la Salud del Celam se le encomendó al Padre Adriano Tarrarán y al Equipo del Centro Camiliano de Colombia, la elaboración de un documento de trabajo que sirviera de base para iniciar la discusión. En ese momento la Pastoral de la Salud en el continente adquirió una nueva dinámica, ya que el documento de trabajo³, que se envió con suficiente anterioridad a todos los países, se convirtió en un instrumento de reflexión y de debate en las Comisiones Episcopales de Pastoral de la Salud, lo mismo que en los movimientos y organizaciones de base vinculadas a este campo.

Así se llegó a Quito - Ecuador al Segundo Encuentro Latinoamericano de Pastoral de la Salud los días 14 a 18 de Septiembre de 1994. Participaron delegados de Argentina (3), Bolivia (2), Brasil (2), Colombia (4), Costa Rica (1), Ecuador (2), Guatemala (1), Paraguay

² Santo Domingo, Conclusiones No. 180.

³ El Documento de Trabajo se publicó en el Boletín DEPAS No. 10, Marzo - Abril de 1994.

(1), Perú (4), Puerto Rico (1), Uruguay (1), Venezuela (2). También estuvo presente el Señor Cardenal Luis Aponte Martínez, Arzobispo de San Juan de Puerto Rico. De Cáritas participó Monseñor José Vicente Eguiguren, Presidente para América Latina y el Padre Jorge Techera, Secretario Ejecutivo.

En la orientación del encuentro colaboraron, además de los directivos del DEPAS, el Padre Adriano Tarrarán, los Doctores Italo Barragán, Director de la OPS en Ecuador y José Carlos Cuentas, Director de UNICEF Ecuador en el estudio de la problemática de la salud en el continente; el Padre Julio Munaro en la fundamentación bíblico-teológica de la Pastoral de la Salud; y la Licenciada Isabel Calderón en el análisis de la situación de la pastoral de la salud en la región. En la metodología del encuentro, además de las ponencias presentadas, se tuvo en cuenta un amplio espacio para el trabajo de grupos temáticos, para la elaboración de aportes y para la redacción del documento final.

El documento conclusivo del encuentro consta de tres partes: 1) Acercamiento a la realidad de la Salud en América Latina y el Caribe; 2) Fundamentación teológica; 3) Pastoral de la salud. Esta última parte presentaba el concepto de la Pastoral de la Salud, sus objetivos y sus dimensiones; el perfil de los agentes de pastoral; los centros promotores de la pastoral de la salud; y algunas orientaciones sobre la estructura operativa⁴.

Este documento recorrió todo el continente. Se convirtió en un instrumento pedagógico obligado para la formación de los agentes de pastoral que estaban comprometidos en el mundo de la salud.

⁴ El Documento Final del Encuentro se publicó como Separata del Boletín CELAM No. 264 en el mes de Noviembre de 1994. Algunos países como Brasil lo publicaron y lo dieron a conocer ampliamente en las comisiones y grupos de base dedicados a este campo de la pastoral. Este documento, enriquecido con los aportes de expertos, de las Comisiones Episcopales de Pastoral de la Salud y, especialmente, del III Encuentro Latinoamericano y del Caribe, es el que se publica en el presente número de la Revista Medellín con el título de "Guía de Pastoral de la Salud para América Latina y el Caribe".

Poco tiempo después, en 1995, el Santo Padre nos regala la Carta *Evangelium vitae*, en la cual nos invita a respetar, defender y servir el don de la vida; y el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, la *Carta de los Agentes de Salud*, donde los llama “custodios y servidores de la vida humana”. Estos documentos enriquecieron grandemente la reflexión y la praxis pastoral en el mundo de la salud.

3. La Pastoral de la Salud en el Sínodo de América (1997)

En 1997 se celebró la Asamblea Especial para América del Sínodo de Obispos. En el aula sinodal se escucharon tres intervenciones sobre el tema de salud: de Monseñor *Javier Lozano Barragán*, Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, sobre la Pastoral de la Salud; de Monseñor *Rómulo Emiliani*, Vicario Apostólico del Darién - Panamá, sobre la presencia en el mundo del dolor; y de Monseñor *Patricio Flores*, Arzobispo de San Antonio - EEUU, sobre “Las peores epidemias de nuestro tiempo: el SIDA y las Drogas”.

Monseñor Lozano propuso algunas orientaciones muy concretas: a) Que la Pastoral de la salud entre eficazmente dentro de la planeación ordinaria de cada una de las Diócesis de América y de sus Conferencias Episcopales; b) Que las Conferencias Episcopales del Continente promuevan la unión de los hospitales católicos, de los capellanes, de los médicos, de los enfermeros y farmacéuticos en plan nacional e internacional; c) Que se privilegie en las Diócesis de América la atención y la lucha contra el tabaquismo, el alcoholismo y el Sida, algunas de las principales enfermedades que hoy causan la mortalidad más elevada de los adultos; d) Que cada Diócesis se comprometa en la promoción de la cultura de la vida contra la cultura de la muerte, con programas concretos que se cristalicen en la opción preferencial por los pobres y en el respeto a la vida naciente; e) Que los pastores nos hagamos conscientes de la necesidad de una pastoral específica para los ancianos, y la moralidad de los cuidados paliativos; f) Que los sacerdotes en las parroquias de América den prioridad a la pastoral de la salud en toda su extensión; g) Que en los Seminarios de América

se enseñe particularmente la Pastoral de la Salud, insistiendo en los problemas actuales de la Bioética que plantea la Ingeniería genética.

Por su parte, Monseñor Emiliani propugnaba por una presencia activa de los Obispos, sacerdotes y agentes pastorales en el mundo del dolor y de la exclusión, dando solidaridad y esperanza a los que sufren. Por su parte, Monseñor Patrick Flores invitó a los Padres Sinodales a trabajar unidos en dos campos específicos: el VIH-SIDA y la drogadicción.

Estas preocupaciones fueron asumidas por el Papa Juan Pablo II, en la Exhortación Postsinodal *Ecclesia in America*. Con relación a las drogas, el Papa pide una atención especial a las víctimas de la tóxicodependencia y, a la vez, una acción conjunta para combatir el fenómeno del narcotráfico (No.24, 61). En el campo de la salud integral, subraya la urgencia de una "total entrega a favor de la vida humana desde el momento de la concepción hasta el momento de la muerte natural" (No.63) y la preocupación por la ecología desde una perspectiva espiritual y ética (No. 25).

4. Tercer encuentro Latinoamericano y del Caribe de Pastoral de la Salud (Santo Domingo, 1998)

Estas orientaciones sinodales fueron un buen estímulo para la realización del Tercer Encuentro Latinoamericano de Pastoral de la Salud, que se llevó a cabo en Santo Domingo - República Dominicana los días 16-20 de Septiembre de 1998, con la colaboración de la Comisión Episcopal de Pastoral Social - Cáritas de la Conferencia Episcopal de República Dominicana y de la Universidad Católica de Santo Domingo-UCSD. El tema del encuentro era la "Formación de Agentes de Pastoral de la Salud". Participaron 63 delegados de Argentina (3), Brasil (2), Colombia (7), Chile (3), Ecuador (4), Guatemala (3), Haití (5), Honduras (1), México (2), Perú (7), Puerto Rico (1), República Dominicana (20), Venezuela (5). Por parte de la Santa Sede, presidió el Encuentro Monseñor Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. También se hizo presente el Doctor José Romero Teruel, Asesor de la Organización Panamericana de la Salud-OPS y el Padre Francisco

De Llanos Peña, delegado del Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española. Por parte del CELAM, estuvieron presentes Monseñor Carlos Talavera Ramírez, Presidente del DEPAS y el Secretario Ejecutivo.

Monseñor Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, pronunció la ponencia inaugural sobre “La presencia de la Iglesia en el mundo de la salud”. El Doctor José Romero Teruel, de la Organización Panamericana de la Salud, disertó sobre “Las políticas de salud en América Latina y el Caribe”; el Doctor Alvaro Díaz hizo un análisis sobre “La situación de la Pastoral de la Salud”; el Padre Leo Pessini intervino sobre la “Identidad de la Pastoral de la Salud”; y el Padre Luciano Sandrin, Presidente del Instituto Internacional de Teología Pastoral Sanitaria del “Camilianum” de Roma, presentó una reflexión teológico pastoral sobre “Los Agentes de Pastoral de la Salud”. En la metodología del encuentro se tuvo en cuenta, además de las ponencias orientadoras, el intercambio de experiencias sobre formación de agentes y la elaboración grupal de los principios iluminadores y los ejes temáticos de la formación⁵.

Las Conclusiones del III Encuentro fueron incorporadas por el Padre Adriano Tarrarán y el equipo del Centro Camiliano, a la Guía Latinoamericana de Pastoral de la Salud que presentamos en este número de Medellín.

5. Reunión Celam-OPS (Washington 1999)

Los días 16 y 17 de noviembre de 1999 se realizó una reunión entre directivos del Consejo Episcopal Latinoamericano-CELAM y de la Organización Panamericana de la Salud-OPS en la ciudad de Washington, D.C. en la sede de la OPS.

La reunión tenía por objetivos: fomentar un conocimiento mutuo; intercambiar experiencias de trabajo en diversos sectores, especial-

⁵ Las Memorias del III Encuentro Latinoamericano y del Caribe de Pastoral de la Salud se publicaron en el Boletín DEPAS No. 30, de Octubre- Diciembre de 1998.

mente, los relacionados con la salud; e identificar algunos campos comunes de colaboración a nivel de la región.

Por parte de la OPS participaron su Director General, Doctor George A. O. Alleyne; la Subdirectora, Dra. Mirta Roses Periago; el Director de la División de Promoción y Protección de la Salud, Dr. José Antonio Solís; el Jefe del Programa Especial de Análisis de Salud, Dr. Carlos Castillo-Salgado; el Asesor de la Dirección, Dr. José Romero Teruel; y el Coordinador Dr. Carlos Cuneo. Por parte del CELAM participaron el Presidente Monseñor Jorge Jiménez Carvajal; el Secretario General, Monseñor Felipe Arizmendi; el Secretario Ejecutivo del DEPAS, Padre Francisco Hernández Rojas y el Rector del ITEPAL, Padre Leonidas Ortiz. Además de los participantes nombrados, por parte del Banco Mundial se hicieron presentes en una parte de la Reunión el Dr. Xavier E. Coll, Director del Human Development Department, Latin America and the Caribbean Regional Office y Ms. Katherine A. Bain, Regional Civil Society Specialist.

La reunión tuvo tres grandes momentos: 1) Saludo por parte del Director de la OPS y del Presidente del CELAM, junto con la presentación de los participantes y de las respectivas organizaciones; 2) Intercambio de información sobre el quehacer de la OPS y del CELAM, lo mismo que su cobertura y sus metodologías de trabajo; 3) Identificación de algunos campos comunes de trabajo en diversos países de América Latina y el Caribe.

Los **compromisos generales** que se asumieron fueron los siguientes: a) Hacer tomar conciencia en los diversos estamentos sociales, políticos, económicos y religiosos que la inversión en salud reduce la exclusión y la inequidad; el mismo trabajo conjunto entre la OPS y el CELAM es un esfuerzo por disminuir la inequidad; b) Denunciar las situaciones injustas que se presenten en el campo de la salud y promover una advocación en pro de la salud; c) Promover algunos temas generales en todos nuestros trabajos como la preocupación por la niñez, los adolescentes y la mujer; la educación especialmente preventiva en VIH-SIDA, Alcohol, Tabaco; y la educación sexual integral; d) Priorizar en todas nuestras acciones a algunos países más necesitados de la región: Bolivia, Haití, Honduras, Nicaragua y Guatemala.

Se asumieron también algunos **compromisos concretos**, entre los cuales, destacamos los siguientes: a) Diseñar un programa de formación sistemática de los agentes de pastoral de la salud; se podría pensar en un Diplomado en Pastoral de la Salud o en Educación Preventiva para las situaciones de riesgo; b) Mantener al día la información sobre la realidad de la salud en América Latina y el Caribe; el Programa Especial de Análisis de la Salud de la OPS prestará este servicio al CELAM; c) Explorar, en coordinación con la Sección de Ecumenismo - SECUM - del CELAM, un trabajo conjunto de dimensión ecuménica en torno al campo de la salud.

6. Programas de formación

Tanto en el Encuentro Latinoamericano celebrado en Santo Domingo como en la Reunión OPS-CELAM se asumieron compromisos concretos en el sentido de fomentar el diseño de programas de formación para agentes pastorales en el mundo de la salud.

Así, el Departamento de Pastoral Social-DEPAS y el ITEPAL organizaron el Diplomado de Humanización y Pastoral de la Salud, que tiene cuatro ejes temáticos: psico-social, ético, teológico y pastoral.

6.1 *Diplomado en Humanización y Pastoral de la Salud (2000-2003)*

El Diplomado tiene como propósito ofrecer a los agentes pastorales (sacerdotes, religiosos-as, laicos-as), una formación integral que tenga en cuenta los aspectos sociológico, teológico-bíblico, psicológico y espiritual, para que puedan realizar, con profesionalidad, un servicio pastoral acorde con las exigencias del mundo de la salud.

El Programa, que tiene una duración de 480 horas presenciales, está organizado en cuatro niveles:

Nivel I: Año 2000. Ética y Bioética I; Relación de Ayuda I; Iglesia, comunidad sanante; Identidad del agente de pastoral de la salud.

En este nivel, que tuvo una duración de 4 semanas intensivas, colaboraron el P. Arnaldo Pangrazi con la asignatura “Identidad y razón de ser del servicio religioso en una institución de salud” (30 horas); el Padre Leo Pessini, con “Ética y bioética” (30 horas); el Padre Luciano Sandrin con la asignatura “La Iglesia: comunidad sanante” (30 horas); y el Hermano José Carlos Bermejo con “Relación de Ayuda Pastoral”.

Nivel II: Año 2001. Sociología del mundo de la salud; Relación de Ayuda II; Salud, enfermedad y sufrimiento a la luz de la Teología Bíblica; Espiritualidad del servicio al enfermo.

Nivel III: Año 2002. Ética y Bioética II; Psicología de la Salud y de la Enfermedad; Evangelización y Pastoral de la Salud; Dimensión celebrativa: Oración y Sacramentos de los enfermos.

Nivel IV: Año 2003. Cultura de la vida: problemas éticos; Humanización de la Salud; Teología de la Corporeidad; Presencia de la Iglesia en el mundo de la salud a través de los siglos con énfasis en América Latina.

Talleres complementarios: Derechos Humanos y Salud; Derechos del enfermo; Educación para la Salud; Resolución de conflictos; Grupos de mutua ayuda y elaboración del duelo (Pastoral de la Esperanza).

A quienes cursen satisfactoriamente el programa se les concederá la **Diplomatura en Humanización y Pastoral de la Salud**.

6.2 Formación en Pastoral de la Salud en los Seminarios

Para la formación de los futuros sacerdotes el CELAM publicó en Abril de 1999, dentro de la Colección de Textos Básicos para Seminarios Latinoamericanos, el Manual de Pastoral de la Salud, bajo la autoría del Secretariado Latinoamericano para la Renovación-SELARE de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. El texto consta de seis grandes capítulos: 1) El mundo del sufrimiento ante la fe cristiana; 2) El sufrimiento en la Biblia; 3) El dolor salvífico (Magisterio de la

Iglesia sobre el sufrimiento); 4) La Pastoral de la Salud, un camino hacia la vida; 5) El ministerio sacerdotal en la pastoral de la salud; 6) Pastoral de la Salud especializada.

A manera de conclusión

El breve recorrido que ha tenido la Pastoral de la Salud, como área vinculada al Departamento de Pastoral Social-DEPAS del CELAM, ha sido, por demás, fructífero y prometedor.

En el Encuentro de Bogotá (1989) se examinaron algunos problemas éticos y de humanización de la salud; fue como un abrir el abanico de realidades y preocupaciones que se experimentaban en ese momento en el mundo de la salud y que, muchas de ellas, siguen vigentes.

En Quito (1994) se dio un salto cualitativo cuando, además de examinar la situación que se vivía en el área de la salud, se profundizó en los elementos bíblico-teológicos y se formularon algunas líneas comunes para orientar la evangelización en este campo específico de la pastoral. Bajo la luz de la *Evangelium vitae* y de la *Carta de los Agentes de Salud*, se tiene una nueva comprensión de la Pastoral de la Salud como “la acción evangelizadora de todo el Pueblo de Dios, comprometido en promover, cuidar, defender y celebrar la vida, haciendo presente la misión liberadora y salvífica de Jesús en el mundo de la salud”. En Quito se identifican las dimensiones solidaria, comunitaria y político-institucional de la pastoral de la salud, se la ubica en el contexto de la pastoral orgánica y se dan algunas pistas para una espiritualidad en este campo.

En Santo Domingo (1998) se avanzó hacia la construcción de espacios cualificados de formación para agentes pastorales, de tal manera que puedan prestar, con profesionalidad, un servicio pastoral acorde con las exigencias del mundo de la salud. Se destacó la importancia de fortalecer la formación de agentes en diversos niveles y en distintos ámbitos: desde la formación inicial hasta la formación especializada; y desde la formación de base en las comunidades

como promotoras de la salud de sus miembros hasta la formación en ámbito parroquial, diocesano, nacional y regional.

Los centros de estudios que se creen con esta intención deben ofrecer programas adaptados a las circunstancias de cada país o región y, a la vez, deben fortalecerse mutuamente a través del intercambio de profesores, de materiales y publicaciones. Es urgente crear toda una red de formación en pastoral en salud a nivel latinoamericano, articulada con las Conferencias Episcopales.

La mejor contribución de grupos laicales, movimientos eclesiales y comunidades religiosas dedicadas a la Pastoral de la Salud en América Latina y el Caribe es la opción por la formación de agentes pastorales, pasando de un paradigma de protección a uno de prevención. Es emocionante leer la carta testamento de San Camilo de Lelis, el 10 de Julio de 1614, cuando ya muy próximo a su muerte se dirige a los Hermanos y Padres de la Orden para recordarles las cosas esenciales: la pobreza y el servicio fundamental a los pobres enfermos; la unión, la paz y la concordia entre padres y hermanos; la ascesis espiritual y la *adquisición de los conocimientos que sean útiles y necesarios*. Ese es el reto de los próximos años que la Iglesia debe asumir con generosidad y valentía.

CURSO PASTORAL CATEQUÉTICA

FECHA: Del 7 de Octubre al 1 de Noviembre de 2002.

CALENDARIO Y TEMÁTICA:

Octubre 7-11: *Comunicación y catequesis.*

Octubre 15-18: *Pedagogía catequística.*

Octubre 21-25: *Lugares, metodología y organización de la catequesis.*

Octubre 20-Noviembre 1: *Los agentes de la catequesis. El catequista y su formación.*

PARTICIPANTES: sacerdotes, religiosos, religiosas, laicos, profesores de religión, catequistas y animadores de comunidades que estén interesados en renovar su formación y acción catequética.

REALIZACIÓN: ITEPAL-DECAT-CELAM.

COSTOS: US\$400.00.

INFORMES E INSCRIPCIONES:

**Instituto Teológico-Pastoral para América Latina
ITEPAL**

Transversal 67 No. 173-71

(San José de Bavaria) • A.A. 253 353

Tels.: (57-1) 667 0050 - 667 0110 - 667 0120

Fax: (57-1) 677 6521 - 612 1929

E-mail: itepal@celam.org - <http://www.celam.org/itepal.htm>

Bogotá, D.C. - Colombia

Sumario:

La Salud entendida como un bien que debe ser cuidado, fomentado, en cada persona y en la comunidad, no se puede reducir a lo meramente biológico-corporal. En su sentido amplio, comporta el desarrollo pleno, armonioso y global de la persona. La obra salvífica de Jesucristo, que prolonga la Iglesia, manifiesta la lucha contra todo mal para conservar el bien maravilloso de la salud, que se pone al servicio de los demás.

**Fundamentos
bíblico-teológicos
de la Pastoral de la Salud**

Arnaldo Pangrazzi

Jesús recorría las poblaciones de los alrededores, enseñando a la gente. Entonces llamó a los Doce y los envió de dos en dos, dándoles poder sobre los espíritus impuros...” “...les dio poder y autoridad para expulsar a toda clase de demonios y para curar a los enfermos” (Mc 6: 7-13, Lc 9: 1-6).

En el mandato que Jesús confiara a los discípulos se caracteriza la misión de la Iglesia como anunciadora del evangelio de la conversión y de la misericordia, sanando a los enfermos.

En el curso de la historia, la Iglesia ha interpretado esta misión adaptándose a las exigencias sociales y a los retos de los tiempos y de las culturas, a través del testimonio de las personas y de las comunidades religiosas y laicas, de la proposición de proyectos y de instituciones sanitarias. En el testimonio de la caridad misericordiosa, la Iglesia siempre se ha inspirado en el ejemplo de su Fundador que *“ha enseñado al hombre a hacer bien con el sufrimiento y a hacer bien a quien sufre”* (S.D.30).

Cristo: modelo de misericordia

Jesús ha demostrado una atención especial por quienes sufren y por quienes están enfermos. En el evangelio de Marcos, 209 de los 666 versículos que lo componen hacen referencia a la acción de Jesús hacia quienes que están afectados por enfermedades de distinto tipo.

Tratemos, por tanto, de reflexionar sobre su acción salvífica a favor de quienes sufren, subrayando algunos de sus elementos fundamentales: el programa mesiánico y los contenidos, las finalidades y el método de la acción sanadora.

El programa de Jesús

Jesús sintetiza en estas palabras su programa mesiánico: *“El espíritu del Señor está sobre mí, porque me ha consagrado por la unción. Él me envió a llevar la Nueva Noticia a los pobres, a anunciar la liberación a los cautivos y la vista a los ciegos, a dar la libertad a los oprimidos y proclamar un año de gracia del Señor”* (Lc 4: 18-19).

Estas líneas-guía contienen el significado de su misión entre los hombres: es un anuncio de júbilo para los pobres y una promesa de liberación para los prisioneros, los ciegos y los oprimidos. A las palabras siguen las obras y se lleva a cabo la actuación del proyecto de salvación.

A los discípulos de Juan que se allegan a él para interrogarlo: *“Juan el Bautista nos envía a preguntarte: ¿Eres tú el que ha de venir o debemos esperar a otro? Jesús contesta Vayan a contar a Juan lo que han visto y oído: los ciegos ven, los paralíticos caminan, los leprosos son purificados y los sordos oyen, los muertos resucitan, la Buena Noticia es anunciada a los pobres”* (Lc: 20-22).

La atención sanadora y terapéutica de Jesús se dirige a una variedad de enfermos: a los sordos y mudos (Mc 7, 32), a los paralíticos (Mt 3, 6), a los cojos (Jn 5, 3; Lc 18: 35-43), a los leprosos (Lc 17: 11-19), a los enfermos crónicos (Jn 5: 5-9), a los endemoniados (Mt 9, 32), a quienes están próximos a la muerte (Lc 7: 2-10).

Las intervenciones a menudo son a favor de enfermos encontrados individualmente como así también en medio de la muchedumbre (Mt 14, 36; Mt 4,24).

A veces, su atención se dirige a las familias y a sus invocaciones de ayuda (Jn 4: 46-54; Lc 7: 11-17; Jn 11: 1-44); en algunas ocasiones elogia la fe y la meditación de quienes se han hecho cargo de los enfermos (Mc 2,5).

Para sanar utiliza distintos recursos, según las necesidades emergentes en la situación: a veces hace uso de elementos materiales, como el fango que extiende sobre los ojos del ciego (Jn 9, 6); otras

veces usa la palabra como instrumento para sanar: *"Joven yo te lo ordeno, levántate"* (Lc: 7, 14); en otras todavía la sanación surge simplemente del contacto físico con Él (Mt 9: 20-22). En algunas circunstancias es fruto de la fe: *"Vete, tu fe te ha salvado"* (Mc 10, 52); en otras es premisa para la conversión interior: *"Vete, no peques más en adelante"* (Jn 8, 11).

Jesús no sana a todos, sin discriminación alguna, y no dedica todo su tiempo a liberar a la sociedad de entonces de los males que la afligen sino que deja señales para anunciar el comienzo de los tiempos mesiánicos; las sanaciones representan un signo de la llegada del Reino de Dios. Su intención no es sanar únicamente el cuerpo, sino sanar al hombre en su totalidad. No disocia a la enfermedad corporal de la espiritual, pero sanando el cuerpo se propone sanar el espíritu y el corazón de la persona.

El modelo de servicio halla la expresión más sublime en la parábola del Buen Samaritano que "se ha convertido en uno de los elementos esenciales de la cultura moral y de la civilización universalmente humana" (S.D.29).

En la parábola, Cristo se identifica en el doble rol del buen Samaritano que ayuda y del desventurado que recibe socorro. Por una parte, la vida de Jesús interpreta sublimemente el evangelio de la misericordia vivido por el buen Samaritano que se deja guiar de la compasión, se acerca al necesitado, vierte sobre sus heridas aceite (esencias) y vino, asegurando una continuidad de presencia. El desafío del dolor está en transformarse en oportunidad de bien: *"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"*" (S.D. 30).

Al mismo tiempo, Cristo se identifica con el desventurado: *"les aseguro que cada vez que lo hicieron con el más pequeño de mis hermanos, lo hicieron conmigo"* (Mt 25, 40).

Al fin de los tiempos, el juicio se basará sobre la capacidad de reconocer su rostro en las personas más débiles y necesitadas: *"Entonces el Rey dirá a los que tenga a su derecha: "Vengan benditos de mi*

Padre, y reciban en herencia el Reino que les fue preparado desde el comienzo del mundo, porque tuve hambre, y ustedes me dieron de comer; tuve sed, y me dieron de beber; estaba de paso y me albergaron; desnudo, y me vistieron; enfermo, y me visitaron; preso y me vinieron a ver” (Mt 25, 40).

Cristo vive y transforma el dolor

En el curso de su vida terrena, Cristo no sólo se ha puesto al lado del sufrimiento humano asistiendo a los enfermos, sino que ha vivido en primera persona el drama del dolor, encarnando al Siervo adolorido de quien había hablado Isaías:

“Despreciado, desechado por los hombres, abrumado de dolores y habituado al sufrimiento... Pero él soportaba nuestros sufrimientos y cargaba con nuestras dolencias...” (Is 53: 3-4).

Sobre todo en el Huerto de los Olivos y en la Cruz Jesús experimenta el dolor moral físico y espiritual pasando a través de la traición de los amigos, del arresto, de las bofetadas y de los salivazos, de una condena injusta, de la flagelación y de la coronación de espinas, de su vía crucis, de la crucifixión, de la agonía y de la muerte.

La expresión más dramática está contenida en las palabras: *“Dios mío, Dios mío, ¿por qué me has abandonado?”*; sentimiento probado por una infinidad de enfermos y agonizantes que elevan a Dios el mismo grito impregnado de angustia, de descorazonamiento, soledad y protesta.

Pero a esta primera reacción de Jesús, sigue otra, que habla de abandono: *“Padre mío, si no puedes pasar este cáliz sin que yo lo beba, que se haga tu voluntad” (Mt 26, 42).*

En el drama de Cristo, el sufrimiento asume una dimensión nueva, viene unido al amor: *“Sí, Dios amó tanto al mundo, que entregó a su Hijo único para que todo el que cree en él no muera, sino que tenga Vida eterna” (Jn 3, 16).*

Mas la vida no se apaga con la muerte, sino que se abre a la resurrección: *“La elocuencia de la cruz y de la muerte es completada, no obstante, por la elocuencia de la resurrección. El hombre halla en la resurrección una luz completamente nueva, que lo ayuda a abrirse camino a través de la densa oscuridad de las humillaciones, de las dudas, de la desesperación y de la persecución”* (S.D.20).

La cruz y la resurrección de Cristo iluminan el enigma del dolor y de la muerte y lo ponen bajo una luz nueva. Cristo no ha venido para quitar el sufrimiento o para explicarlo, ha venido a asumírselo y a transformarlo en fuente de vida.

Perspectiva teológica

La salud: un bien que debemos custodiar

En la nueva perspectiva antropológica, teológica y pastoral, el acento está puesto más que sobre el cuidado de la enfermedad, sobre la promoción de la salud.

La salud entendida como un bien que debe ser fomentado en cada persona individualmente y en la comunidad, no sólo desde el punto de vista biológico, lo que sería una perspectiva reductora, sino en un sentido más amplio, que incluye el aspecto personalista y dinámico.

Así como el hombre no es reducible a su cuerpo, así tampoco la salud es reducible al mero factor físico.

El proyecto salud se refiere al desarrollo armonioso y global de la persona, implica un sano equilibrio entre reposo y trabajo, entre libertad y responsabilidad, entre crecimiento personal y solidaridad para con los demás, entre dimensión contemplativa y activa. Salud es la capacidad del individuo de expresar todas sus potencialidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales, aun en el contexto de las limitaciones que la enfermedad produce.

En la perspectiva cristiana, la salud es un valor que debe ponerse en relación con la vida y con la salvación: la vida es un don precioso

que nos ha dado Dios, un don inmenso y frágil del que hay que ser conscientes.

Promover la salud significa honrar la vida en todos sus momentos, desde el nacimiento hasta la muerte, a través de una relación constructiva con las realidades que lo componen: del ambiente, de la cultura, del trabajo a la alimentación, de un cuidado sano de sí mismo a una apertura positiva a los otros.

La Iglesia se transforma en comunidad sanadora en la medida en que alimenta aquellos valores y aquellas relaciones que honran la dignidad humana; la promoción de la salud, entonces, se hace salvación para sí y para los demás.

La salvación, entendida no sólo como curación ni como superación de una situación negativa, mas como instauración de una relación nueva, personal, con Dios y con el prójimo.

La salud como integración de los misterios de la fe

La pastoral de la salud se inspira en Cristo que en la Encarnación ha asumido la naturaleza humana, en el misterio Pascual la ha redimido y en el don de Pentecostés ha dotado a cada hombre con carismas especiales, para que pueda lograr la propia salvación y colaborar en la promoción del Reino de Dios.

Así como la sociedad ha individuado distintas intervenciones para promover la salud, a saber: la prevención y el diagnóstico, la terapia, la asistencia, la rehabilitación, así la Iglesia puede contemplar la salud y la salvación del hombre en el contexto de los cuatro misterios de la fe (la Creación, la Encarnación, la Muerte y Resurrección, el don de Espíritu) que se transforman, en los pilares de la pastoral sanitaria.

Vivir el misterio de la creación

Las Sagradas Escrituras comienzan con el libro del Génesis que presenta a Dios que crea la luz, el cielo, la tierra y el firmamento, las aguas y la tierra y ve *“que todas las cosas eran buenas”*.

El Génesis es un himno a la vida y a la creatividad. El hombre forma parte de esta creación y es su cumbre, porque se lo crea *“a imagen y semejanza de Dios”* y se lo llama a ser, con Él, co-creador: *“Sean fecundos, multiplíquense”* (Gén 1: 27-28).

La vida signa el comienzo del proyecto de salud y de salvación; el nacimiento de cada persona es un don nuevo que Dios da al mundo y se transforma para cada criatura en ocasión única y que no se volverá a dar, de celebrar la propia unicidad y creatividad.

Al mismo tiempo, la creación nació bajo el signo de la caducidad y de la condición de provisoria. A su caducidad ha contribuido el pecado de Adán y de Eva, que los ha expuesto a la experiencia de la fatiga y del dolor: a la mujer dijo: *“multiplicarē los sufrimientos de tus embarazos; darás a luz a tus hijos con dolor...”*. Al hombre dijo: *“con fatiga sacarás del suelo tu alimento todos los días de tu vida”* (Gén 3, 16-18).

Pero la naturaleza queda así imperfecta y signada por la ley de la fragilidad: *“...quedó sujeta a la vanidad... Sabemos que la creación entera, hasta el presente, gime y sufre dolores de parto”* (Gén 3, 16-18).

El milagro de la creación y de la vida invitan a aceptar los límites, la enfermedad, la vejez y la muerte que lo acompañan. No se puede vivir sin sufrir; el hombre está llamado a reconciliarse con el dolor y con la imposibilidad de eludir la muerte.

Ante la enfermedad que amenaza a la salud, la Iglesia no asume una actitud de resignación ni pasividad sino que anima a luchar contra el mal para conservar el bien precioso de la salud y ponerlo al servicio de la sociedad: *“Esta previsto por el programa mismo de Dios y de su providencia que el hombre luche con todas sus fuerzas contra la enfermedad en todas las formas y se aplique diligentemente, de todas las maneras posibles, para mantenerse con salud: la salud, en efecto, este gran bien, permite que quien lo posea cumpla con su tarea en la sociedad y en la Iglesia”* (Sacramento de la Unción y asistencia pastoral de los enfermos, Premisas, n. 3).

Al mismo tiempo, sostiene la ciencia y los esfuerzos tendientes a salvaguardar la salud: *“La Iglesia, por tanto, estimula y bendice*

toda investigación y toda iniciativa emprendida para vencer las enfermedades, porque en esto ve una colaboración de los hombres para con la acción divina de lucha y de victoria sobre el mal" (Evan-gelización y Sacramento de la Penitencia y de la Unción, n. 134).

El misterio de la Creación recuerda al hombre que él es el hijo más que el dueño de la naturaleza y lo exhorta a convivir sabiamente con los límites impuestos por la condición humana, valorizando los recursos creadores que Dios le ha dado.

Vivir el misterio de la encarnación

Cristo *"...que era de condición divina, no consideró esta igualdad con Dios como algo que debía guardar celosamente; al contrario se anonadó a sí mismo, tomando la condición de servidor y haciéndose semejante a los hombres"* (Fil 2: 6-7).

Cristo se hizo carne para entrar plenamente en la historia del hombre, honrar la corporeidad, vivir las tribulaciones y las promesas. La encarnación habla de la proximidad de Dios con respecto al hombre: *"Y la Palabra se hizo carne y habitó entre nosotros"* (Jn 1, 14).

Cada persona nace con un patrimonio genético propio, encarnada en una determinada familia, dentro de una cultura y tradición específicas, influenciada por múltiples factores ambientales, sociales y económicos.

El desafío para todos es el de asumir la propia condición, hacerse protagonista de la propia historia, aceptando ya sea sus límites y sus potencialidades y realizando opciones que permitan a cada uno ser más auténtico consigo mismo.

Cristo ha asumido la naturaleza humana, aceptando sus condicionamientos y experimentando la soledad, el hambre, la sed, el cansancio, hasta ha llegado a vivir el límite último de la muerte.

Él es la figura por excelencia del "Sanador herido" que a través de su sufrimiento sana el corazón del hombre: *"y por sus heridas fuimos sanados"* (Is 53,5).

La fidelidad a la Encarnación se refiere, de modo especial, a quienes están comprometidos en las asistencia al enfermo.

Más de cuatro siglos atrás, San Camilo De' Lellis proclamado por la Iglesia santo protector de los enfermos, de los hospitales y de los agentes de salud, animaba a los religiosos para que sirvieran a los enfermos con "más corazón en esas manos", con el mismo amor "de una madre hacia su único hijo enfermo como el espíritu lo sugerirá". Hoy, el mundo de la salud invoca "manos plenas de caridad" y corazones que sepan escuchar y comprender.

Ser fieles a la Encarnación requiere el coraje de privilegiar el servicio de los más pobres, de los marginados y de los más débiles, como Cristo ha ejemplificado con su ministerio. Los marginados de hoy son los enfermos de SIDA, los minusválidos graves, los enfermos terminales; encarnarse en su realidad requiere paciencia, abnegación, generosidad, empatía.

Ser fieles a la Encarnación significa cultivar el diálogo como vía privilegiada para conocer a quien sufre, alcanzar su corazón, sanar sus partes enfermas, entrando en sintonía con sus vivencias y sabiendo adaptarse a sus distintas situaciones.

El dinamismo de la Encarnación nos hace conscientes de que Dios puede servirse de nosotros para llevar un rayo de luz a quien vive en las tinieblas, sembrar algo de esperanza en quien se encuentra al borde de la desesperación, infundir coraje a quien quiere darse por vencido, ofrecer consuelo a quien está solo. Lambert Noben ha expresado concisamente el significado de la encarnación en el mensaje:

"¿Por qué nací?, dice Dios"

Nací desnudo, dice Dios
Para que tú sepas desnudarte de ti mismo.

Nací pobre,
Para que tú puedas considerarme la única
riqueza.

Nací en un establo,
 Para que tú puedas santificar todos los
 Ambientes.

Nací de noche,
 Para que tú creas que puedo iluminar
 Cualquier realidad.

Nací persona,
 Para que tú no te avergüences
 De ser tú mismo.

Nací perseguido,
 Para que tú sepas aceptar las dificultades.

Nací en la sencillez,
 Para que tú dejes de ser complicado.

Vivir el misterio pascual

En el centro de la historia de la salvación está el misterio de la muerte y de la resurrección de Cristo.

La muerte sin la resurrección haría vana la esperanza cristiana, como la resurrección sin la muerte no tendría sentido. Es la unión de estos dos momentos que nos remite a una dinámica constante de la vida biológica, psicológica y espiritual: alejarse para renovarse, morir para nacer, dejar para encontrar, dar para recibir, perderse para volver a encontrarse.

Sobre la cruz y en el Amor de quien la ha cargado está la respuesta al interrogante sobre el sentido del sufrimiento (S.D. n.15). La cruz no quita el dolor, sino que lo ilumina de esperanza:

“Y aunque la victoria sobre el pecado y la muerte, conseguida por Cristo con su cruz y resurrección no suprime los sufrimientos temporales de la vida humana, ni libera del sufrimiento toda la dimensión histórica de la existencia humana, sin embargo, sobre esa

dimensión y sobre cada sufrimiento esta victoria proyecta una luz nueva, que es la luz de la salvación” (S.D. n.15).

Para el cristianismo *“la resurrección de Cristo no sólo es un consuelo en una vida amenazada y destinada a la muerte, sino que asimismo es un acto en que Dios contradice el sufrimiento y la muerte, la humillación y el insulto, y la perversidad del mal. Para la esperanza, Cristo no es solamente un consuelo en el sufrimiento, sino también la protesta de Dios contra el sufrimiento”* (Moltmann J., Teología della speranza, Brescia 1969, pág. 15).

El misterio pascual se celebra, sobre todo, en los sacramentos con los que se recibe la gracia de la salvación actuada por Cristo.

A través del bautismo, el cristiano muere a sí mismo y al hombre viejo para renacer a una vida nueva; en el sacramento de la reconciliación, la criatura sujeta a las debilidades; a las incoherencias y al pecado, invoca el perdón y la gracia de Dios para retornar con humildad y confianza al propio camino de crecimiento.

Pero es, en especial, a través de la catequesis que el cristiano viene educado para vivir el misterio pascual en la vida cotidiana.

El mundo de la salud es un horizonte que compendia los momentos fundamentales de la vida del hombre y las cuestiones últimas que lo interrogan: el sentido del dolor y el porqué de las tragedias, la percepción de la presencia o ausencia de Dios en el sufrimiento, el interrogante acerca de por qué sufren los inocentes.

El tema pascual halla actuación y eco todos los días en los repartos de los hospitales, en el interior de tragedias y lutos familiares, en la televisión o en los periódicos.

Una página importante de la historia humana es el viernes santo que vuelve a escribirse cada vez que individuos, familias y comunidades se encuentran afectados por el sufrimiento que aflige al cuerpo, al espíritu, a la mente; allí donde se recibe un diagnóstico infausto o se llama a afrontar una tragedia imprevista, que hace bajar el telón sobre el propio futuro y hiere la propia posibilidad de proyectar.

Otra página importante de la historia humana es la resurrección, que se escribe cada vez que el sufrimiento viene afrontado con valentía, el dolor favorece la reconciliación con Dios y con los demás, los recursos de los hombres de buena voluntad se ponen al servicio de la esperanza, ya no se mira a la muerte como a un fin, sino como a un pasaje que guía hacia un destino: *“A tus fieles, oh Señor, no se les quita la vida sino que se la transforma; y mientras se destruye la morada de este exilio terrenal, se prepara una habitación eterna en el cielo”* (Prefacio de los difuntos).

El dolor permanece siempre como huésped incómodo de la comunidad humana. La ciencia lo combate, la sociedad de consumo lo rechaza, la Iglesia reconoce su carácter de inevitable y nos invita a transformarlo en crecimiento.

Según la actitud que asume ante él, el hombre progresa o retrocede, vive más en la sombra del viernes santo o se encuentra iluminado por la luz de la resurrección.

Vivir el misterio de Pentecostés

Jesús, al enviar al Espíritu Santo sobre los apóstoles ha confiado a la Iglesia la tarea de continuar su ejemplo, irradiando en el mundo el espíritu del amor y la esperanza.

El Espíritu guía el camino de la Iglesia distribuyendo a cada uno dones y los carismas diferentes: *“En cada uno, el Espíritu se manifiesta para el bien común”* (I Cor 12, 7).

El milagro de Pentecostés es promover la unidad: “Hay diversidad de actividades, pero es el mismo Dios que realiza todo en todos” (I Cor 12, 6) y reforzar el sentido de comunión entre los miembros pertenecientes al mismo cuerpo: *“¿Un miembro sufre? Todos los demás sufren con él. ¿Un miembro es enaltecido? Todos los demás participan de su alegría”* (I Cor 12, 26).

En el mundo de la salud la Iglesia, iluminada por el Espíritu, se siente profética cuando promueve la vida aun en su imperfección, defiende la dignidad humana amenazada por un exceso de medicina

o por falta de asistencia, sostiene el valor del servicio a los enfermos, ayuda a descubrir el valor específico del sufrimiento, contribuye a armonizar los esfuerzos de quienes actúan en las instituciones, se compromete para que la comunidad cristiana entera sea portadora de salud, valorizando los dones de cada uno.

El famoso escritor Michael Quoist, en su obra "Parlami d'amore" (Háblame de amor), propone imágenes sugestivas para señalar cómo el pequeño aporte de cada uno contribuye a componer el mosaico de la misericordia:

Si la nota dijera: no es la nota la que hace la música
no habría sinfonías.

Si la palabra dijera: no es una palabra la que puede hacer
una página, no habría libros.

Si la piedra dijera: no es la piedra la que puede levantar
el muro, no habría casa.

Si la gota de agua dijera: no es una gota de agua
La que puede hacer el río, no existiría el océano.

Si el grano de trigo dijera: no es el grano de trigo
El que puede sembrar un campo, no habría mieses.

Si el hombre dijera: no es un gesto de amor el que puede salvar
La humanidad, jamás habría justicia ni paz.

Ni dignidad, ni felicidad sobre la tierra.
Como la sinfonía necesita cada nota,
Como un libro necesita cada palabra,
Como la casa necesita cada piedra,
Como el océano necesita cada gota de agua
Como las mieses necesitan cada grano
La humanidad te necesita, aquí, donde estás, único,
Y por tanto insustituible.

De modo especial, el espíritu de Pentecostés ilumina a la comunidad y la lleva a reconocer en el enfermo a un portavoz de esperanza: *“No tengo plata ni oro, pero te doy lo que tengo”* (Hechos 2, 6)¹.

El enfermo puede evangelizar a los sanos viviendo con serenidad y aceptación su propia cruz, abriéndose al prójimo en vez de encerrarse en su propio dolor, promoviendo una reflexión profunda sobre las verdades de la vida, haciéndose anunciador de esperanza ante la muerte ya inminente.

Vivir Pentecostés significa dejarse guiar por el Espíritu para vivir el misterio del dolor, ser testigos de resurrección, compartir la propia riqueza interior y construir la comunión con cuantos nos rodean.

Recapitulación

La pastoral de la salud se inspira en el ejemplo de Cristo y halla sus bases en los misterios de la fe.

En el misterio de la Creación está la huella de la creatividad humana, pero así también nos recuerda su condición de provisoria y su caducidad.

En el misterio de la Encarnación se encuentra el Dios que se inclina ante la humanidad para elevarla, estimulando a cada uno de los hombres para que se haga hermano de su prójimo, herido y necesitado.

En el misterio de la Pascua se resumen los interrogantes que hacen sufrir a la existencia, pero allí está también la respuesta última al dolor, que es amor.

1 Para las citas bíblicas se ha usado San Pablo, Madrid/Buenos Aires, 1994 y para el sentido cristiano del sufrimiento humano (S.D= Salvifici Doloris), la edición de la promoción popular Cristiana, Madrid 1987. Las demás traducciones son libres, de la traductora M.S.Alvarez.

En el misterio de Pentecostés el Espíritu inspira a individuos y a comunidades para que al lado de cada hombre que sufre haya también un hombre que ama.

En síntesis, la salud se transforma en salvación cuando se construye el proyecto de hombre en sintonía con el proyecto de Dios.

Sumario:

La Iglesia continuadora de la obra salvífica de Jesucristo, se presenta en la historia y en el mundo como luz, fermento y comunidad que significa el amor por la vida, la preocupación por el bienestar de todos los seres humanos. Ahora, esta misión, que es presencia histórica eficaz, la Iglesia la realiza por medio de la acción pastoral, que es ejercida por medio del servicio de los creyentes. Hoy la situación sanitaria bien compleja, exige no solo ser conocida para prestar un buen servicio a la vida, sino además, ser interpretada (necesidad de una formación teológico-pastoral específica), a fin de que la comunidad eclesial responda como comunidad sanante, signo eficaz de la salvación integral.

Los Agentes de Pastoral de la Salud¹

Una reflexión teológico-pastoral

Luciano Sandrín

Presidente del Instituto Internacional de Teología Pastoral Sanitaria "Camilianum" - Roma.

¹ Ponencia presentada en el Tercer Encuentro Latinoamericano y del Caribe de Pastoral de la Salud, celebrado en Santo Domingo-República Dominicana en Septiembre de 1998.

1. Jesús en su Iglesia ofrece una sanación integral

Hablar de los agentes de pastoral de la salud es hablar de Jesucristo y de su Iglesia en la cual Él continúa su obra de curación y de salvación, es decir, de sanación integral.

Curando físicamente al enfermo, Jesús le devuelve también la vida social, restaura sus relaciones con los demás y su comunión con Dios. La curación del leproso (Mt 8, 1-3) es, por ejemplo, una narración pascual: en la que se narra un retorno a la plenitud de vida en el plano físico y social pero también, y sobre todo, un encuentro con el Dios que en Jesús expresa su acogida, su Palabra definitiva y realiza su proyecto de salvación. Jesús es el *salvador* y en su acción *pastoral* hacia los enfermos y los discapacitados habla del Padre y de su Reino de amor, expresa su cercanía y dirige y conduce al Padre a los que quieren ser sanados.

Pero, como el Catecismo de la Iglesia Católica nos recuerda, “el Señor Jesucristo, médico de nuestras almas y de nuestros cuerpos, que perdonó los pecados al parálítico y le devolvió la salud del cuerpo, quiso que su Iglesia continuase con la fuerza del Espíritu Santo, su obra de curación y de salvación, incluso en sus propios miembros” (n.1421).

En lo que se refiere al compromiso en el campo de la salud y de la sanación, los discípulos de Cristo recibieron de El, no sólo un ejemplo, sino también, una *misión* en la que el anuncio de los Cielos está cerca. “Sanad enfermos, resucitad muertos, limpiad leprosos, expulsad demonios” (Mt 10, 7). Y Lucas subraya que obedientes a su mandato “salieron, recorrieron los pueblos, anunciando la Buena Nueva y curando por todas partes” (Lc 9, 6). Es interesante notar que este mandato está situado, en el Evangelio de Mateo, después de una larga narración de curaciones hechas por Jesús, a las que los discípulos han asistido haciendo casi una especie de práctica bajo la guía de un maestro tan especial. Es decir, no puede haber formación en la pastoral de la salud sin vivir con Él y sin aprender de Él cómo hacerla.

Desde el inicio la comunidad apostólica, consciente de su misión sanante, reserva un puesto particular a los enfermos y repite en ellos las palabras y los gestos realizados por *Jesús* (Hch 3, 1-8). Mientras celebra el memorial de su Pascua en el misterio eucarístico, la comunidad cristiana celebra el memorial realizando sus gestos mesiánicos².

El Concilio Vaticano II nos recuerda, en la *Lumen Gentium*, que la Iglesia sacramento o signo e instrumento, en Cristo, de la unión íntima con Dios y de la unidad de todo el género humano (n.1), tiene como fin llevar a los hombres la salvación donada por el Padre por medio de Cristo en el Espíritu, que consiste, en el fondo, en la liberación del pecado y de la muerte y en la participación a la vida eterna y al gozo infinito de la Trinidad: es una salvación personal y comunitaria, espiritual y temporal, histórica y escatológica, *una salvación integral que, en el horizonte de la vida eterna, salva a toda la persona humana en todas sus dimensiones*. Siendo sacramento radical, la Iglesia es manantial de innumerables expresiones sacramentales de salvación, y entre éstas las más significativas son “la comunidad de los creyentes, que manifiesta y realiza en el mundo la comunión trinitaria; los carismas y los ministerios que ofrecen a la comunidad la palabra de Dios, que anuncia la salvación; los sacramentos, que realizan la salvación anunciada”³.

² BRESSANIN E., *Uzioni degli infermi*, en CINA G., LOCCIE, ROCCHETTA C., SANDRIN L., *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Camilliane, Turín 1997, 1344 (Citado en seguida como DTPS). Ver también LAMBOURNE R.A., *Le Christ et la santé. La Mission de l'Eglise pour les guerisons et la salut des hommes*, Le centurion, París 1972. Agostino nella *Città di Dio* mostra come “non furono soltanto Gesù e gli apostoli a compiere miracoli, ma che essi avvengono anche nel presente a Milano, Cartagine, a Ippona e in ogni luogo”: vedi citazione in LOHFINK G., *Gesti come voleva la sua comunità? La chiesa quale dovrebbe essere*, Paoline, Cinisello Balsamo (MI) 1987, 204.

³ PANIZZOLO S., *Chiesa sacramento di salvezza*, en DTPS, 189 y ss. Ver también THOMAS L., ALKIRE J., *Healing as a parish ministry. Mending body, mind and spirit*, K Ave Maria Press, Notre Dame (Indiana) 1992; SULLIVAN F.A., *The church we believe in. One, holy, catholic and apostolic*, Paulist, New York/Mahwah 1988, 132-151; ROCCHETTA C., *Sacramenti*, en DTPS, 1063-1073. CASTELLANO CERVERA J., *I Sacramenti di guarigione: la dimensione sanante della penitenza e dell'unzione degli infermi alla luce del Catechismo della Chiesa Cattolica*, en “Camillianum” 6 (1995), 209-229; PAGOLA J.A., *Acción Pastoral para una nueva evangelización*, Sal Terrae, Santander, 135 y ss.; HÄRING B., *La fe, fuente de salud. Canto a las profesiones sanitarias*, Paulinas, Madrid 1986. Ver mis reflexiones en SANDRIN L., *Chiesa comunità sanante*, in PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Convegno su “Chiesa e salute nel mondo. Attese e speranze alle soglie dell'anno 2000”*, Roma 6-8 novembre 1997, Atti in “Dolentium Hominum” 37 (1998), 6974.

La Iglesia, sacramento de salvación, expresa la acción salvífica que le ha sido confiada como don y como tarea, principalmente en la evangelización y en la celebración de los sacramentos. Pero “el fragmento del mundo ya *salvado* en el sacramento, por su naturaleza tiende a difundirse, extendiendo a todo lo creado el dinamismo de la encarnación que lo vivifica. Por tanto, la obra salvífica de la Iglesia se dilata también en promoción humana”⁴, poniéndose también como voz crítica de una cultura que enfatiza la dimensión corporal de la salud olvidando, y hasta censurando, su dimensión espiritual y trascendente. *Evangelizar la cultura* en el ámbito sanitario significa, para la comunidad cristiana, hacer que sea posible aún el encuentro, es decir la encarnación, entre lo divino y lo humano, de modo que lo humano sea signo cada vez más expresivo de lo divino, y la salud sea el signo de un Reino de Dios *ya* presente entre nosotros pero *aún no* completamente expresado. En este sentido la Iglesia tiene una importante función sanante, tiene también “voz crítica” y debe ser *lugar en el que toda la experiencia humana, aún en la enfermedad y en el dolor, tiene un precioso significado*⁵.

2. En la Iglesia, comunidad sanante, todos son agentes de pastoral

En Jesús las curaciones son el signo más evidente de la salvación que El ofrece. También en la comunidad eclesial la evangelización del mundo de la salud no debe ser algo añadido a la acción terapéutica de sus miembros, sino que debe integrarse en los gestos de asistencia y de curación de parte de los varios agentes de la salud hasta el punto que estos mismos gestos se conviertan en *evangelio*, anuncio feliz de un Dios amigo e invitación para acoger su salvación.

El servicio a los enfermos, que a veces se expresa también en gestos de curación extraordinarios, forma parte de la misión misma de la Iglesia, de su acción pastoral, *momento de su ministerialidad*, y todos los cristianos están llamados a continuar, en forma a menudo

⁴ PANIZZOLO S., *Chiesa sacramentodi salvezza*, en *DTPS, o.c.*, 201.

⁵ RATZINGER J., *La Chiesa. Una comunità sempre in cammino*, Paoline, Cinisello B. (MI), 1992 (or. Ted. 1991), 111.

silenciosa, los milagros de sanación de su Señor. “Cristo nos enseñó la salvación sanándonos. Lo hizo fundamentalmente a través de gestos y signos. La suya fue, pues, una salvación ofrecida *sacramentalmente*; *es decir*, manifiesta y velada al mismo tiempo, propuesta a la fe y a la acogida; gratuitamente eficaz y encomendada a la responsabilidad del hombre; individual y comunitaria; presente pero abierta al futuro. Por éstos, en la actual economía de la salvación, ya no caminan habitualmente de la mano del milagro, sino de la ciencia y de la solidaridad. Su contexto y el espacio en que se realizan son habitualmente profanos y seculares”⁶. Pero en los gestos terapéuticos de los agentes de la salud, la Iglesia juega en el campo sanitario su misma credibilidad: aquella de ser sacramento, es decir, signo eficaz, de la cercanía y del amor de Dios.

En este sentido, hay una *pastoralidad* que está dentro de la relación terapéutica (ministerio terapéutico⁷) y dentro de la cura realizada en el nombre de Jesús, signo de su “caridad pastoral”. Vocación cristiana y compromiso profesional no están en conflicto: sólo unas manos competentes logran expresar el amor terapéutico del cual tiene necesidad el enfermo, y ser “palabras” del amor de Dios. La vocación cristiana no está en conflicto, tampoco, con una acción político-social “profética”.

Pero sólo compartiendo la pluralidad de los dones y de los ministerios se puede expresar, aunque no del todo completamente, el *misterio de comunión* del que la Iglesia es signo y ser el fármaco que responde, más allá del síntoma, a las profundas expectativas de salud y a la multiforme esperanza de curación. “Sólo el conjunto de los carismas convierte en epifanía el entero cuerpo del Señor. En un edificio cada piedra necesita de la otra (*1 Pt 2, 5*); en el cuerpo cada miembro necesita del otro para hacer crecer todo el organismo y servir para común utilidad (*1 Cor 12, 7*)”⁸.

⁶ ALVAREZ F., *El Evangelio, fuente de vida en el mundo de la salud y de la enfermedad*, en “Camilianum” 6 (1995), 46.

⁷ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES SANITARIOS, *Carta de los Agentes Sanitarios*, Ciudad del Vaticano 1995, n.4.

⁸ OBRA PONTIFICIA PARA LAS VOCACIONES ECLESIASTICAS, *Nuevas Vocaciones para una nueva Europa*, Librería Editorial Vaticana, Città del Vaticano 1998, p.44. En seguida citado como NVE.

La Iglesia se presenta a la historia y al mundo como fermento y como comunidad alternativa viviendo su misión en el mundo ante todo a través de la experiencia de su propia *comuni3n*: “ofreciéndose como lugar de paz y de reconciliaci3n, en donde la caridad es el principio inspirador y la norma suprema, la comunidad de los discipulos realiza la forma de aquella “comunidad alternativa”, que irradia la luz de la alianza escatol3gica y suscita la “peregrinaci3n universal de los pueblos” con la atracci3n que ejerce sobre ellos”⁹.

En su ser comunidad reconciliada, salvada y sanada, la Iglesia es *comunidad sanante* y expresa de manera cargada su sacramentalidad, revelando y comunicando la salvaci3n de la Trinidad a trav3s del signo de nuevas relaciones interpersonales. El modelo de servicio, es decir, de diaconía, que la Iglesia est3 llamada a expresar hoy en el mundo de la salud, como signo del Reino, es el modelo de la *comuni3n eclesial* fundada sobre el modelo trinitario de la reciprocidad, comuni3n en la que cada uno es “partner” de una relaci3n en la que da y recibe, es sanante y sanado, es modelo del Cristo-samaritano y del Cristo-enfermo, comuni3n en la que hay diversidad y complementariedad y en la que todos son agentes de pastoral, sarmientos de la 3nica Vid y llamados en su viña a trabajar¹⁰.

La Iglesia, pueblo reunido por el Dios trinitario, lugar de comuni3n de los hombres con el Padre, el Hijo y el Esp3ritu Santo, se transforma en lugar en el que la salud experimentada como armonía del individuo consigo mismo, con los dem3s y con Dios, encuentra un importante espacio curativo, preventivo y promocional y se convierte en un “ya” de salvaci3n de un “a3n no” que tendr3 su plena realizaci3n en el escathon de Dios. En la comuni3n con Cristo muerto y resucitado, con Aqu3l que ha *vivido* significativamente el dolor y la muerte, la Iglesia se convierte en casa acogedora, “lugar de esperanza”, donde cualquier peregrino cansado o enfermo, “buscador del sentido” de lo que est3 viviendo, puede vivir de modo saludable y salvífico su sufrir y su morir, y escribir un capítulo significativo de su historia de alianza con los dem3s y con Dios.

⁹ FORTE B., *La Iglesia de la Trinidad. Ensayo sobre el misterio de la Iglesia comuni3n y misi3n*, Secretariado Trinitario, Salamanca 1996 (or. It. 1995), 343.

¹⁰ JUAN PABLO II, *Christifideles laici*, 1998.

Si por *acción pastoral* podemos entender, como Casiano Floristán escribe, “la totalidad de la acción de la Iglesia y de los cristianos, a partir de la praxis de Jesús, de cara a la implantación del reino de Dios en la sociedad”¹¹, cada uno, en la Iglesia, es agente de una pastoral que sana y salva, según sus propios carismas y ministerios. El Espíritu -nos recuerda Bruno Forte- “actuando en los creyentes, suscita en ellos una maravillosa variedad de dones y servicios; cada uno de los bautizados recibe una consagración con vistas a una misión en la Iglesia y en el mundo. Entre estos dones se da una unidad profunda, un orden en el amor suscitado por el único pan y por el único caliz de la eucaristía, guardado y promovido por el ministerio apostólico de la *episkopé*”¹².

Sacerdocio ministerial y sacerdocio común “están recíprocamente coordinados, derivando ambos -de manera diversa- del único sacerdocio de Cristo” (PDV 17). Entre ellos se tiene una eficaz unidad porque el Espíritu Santo “unifica a la Iglesia en comunión y ministerio” (LG 4) distribuyendo “sus variados dones para el bien de la Iglesia según su riqueza y la diversidad de ministerios Cf 1 Cor 12, 1-11)” (LG 7).

Es propio del sacerdocio ministerial “obrar en persona de Cristo Cabeza y Pastor” (PDV 15) y esto hace de los sagrados ministros “servidores de Cristo y de la Iglesia por medio de la proclamación autorizada de la Palabra de Dios, de la celebración de los sacramentos y la guía pastoral de los fieles”¹³. Si, -como en la pastoral en general, también en la pastoral de la salud,- la tarea de ser *guía pastoral* de los fieles es propio de los que reciben el *sacerdocio ministerial* y representan el Cristo Cabeza y Pastor, la misión de hablar de Dios y ser testigos de su amor, a través del diálogo, la oración y el acompañamiento pastoral -es decir, la misión de ser agentes de pastoral- es propia de todos los cristianos, en particular de los que tienen un carisma especial, reciben un mandato de la Iglesia y una específica

¹¹ FLORISTAN C., *Teología práctica. Teoría y Praxis de la acción pastoral*, Sígueme, Salamanca 1993, 144.

¹² FORTE B., *La Iglesia de la Trinidad...*, o.c., 293.

¹³ *Instrucción sobre algunas cuestiones acerca de la colaboración de los fieles laicos en el sagrado ministerio de los sacerdotes*, Librería Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1977, p.12.

formación. “En ambos casos, el ministerio se configura como un carisma en estado de servicio, recibido de la comunidad” y “las diversas formas personales o incluso comunitarias de ministerialidad no agotan nunca por sí solas las posibilidades carismáticas de las que los creyentes han sido revestidos por Aquél que sopla donde quiere”¹⁴.

3. Reflexionar teológicamente sobre la Pastoral de la Salud

El modo específico que Dios ha elegido para realizar la salvación de la humanidad, la economía de la Encarnación, tiene consecuencias precisas para la actividad pastoral y salvífica de la Iglesia y para la reflexión teológica sobre esta acción, para un estudio científico de la “Iglesia-en situación-histórica”. En cada situación histórica nueva existe una invitación de Dios a nuevas tareas pastorales¹⁵.

Juan Pablo II, en la *Pastores dabo vobis*, nos recuerda que “la pastoral no es solamente un arte, ni un conjunto de exhortaciones, experiencias y métodos” y por tanto “es necesario el estudio de una verdadera y propia disciplina teológica: *la teología pastoral o práctica*, que es una reflexión científica sobre la Iglesia en su vida diaria, con la fuerza del Espíritu, a través de la historia; una reflexión sobre la Iglesia como “sacramento universal de salvación” (LG 48), como signo e instrumento vivo de la salvación de Jesucristo en la palabra, en los sacramentos y en el servicio de la caridad” (PDV 57).

La teología pastoral, incluso en el ámbito sanitario, debe explorar pues la situación con los ojos de la fe (dimensión kairológica), aclarar los fines y los modelos de referencia (dimensión criteriológica) y promover una acción eclesial, la pastoral de toda la Iglesia, que exprese en el *hoy (aquí y ahora)* la plenitud del modelo (dimensión praxiológica). Y estas tres dimensiones deben estar constantemente presentes en un itinerario metodológico que prevea: 1) el análisis-

¹⁴ FORTE B., *La Iglesia de la Trinidad...*, o.c., 303.

¹⁵ LATOURELLE R., *La teología ciencia della salvezza*, Cittadella, Assisi 1992, 141-142.

evaluación de la situación; 2) la decisión y el proyectar qué cosa hacer; 3) la puesta en marcha y verificación de lo que se ha hecho¹⁶. Hay que recordar que es la comunidad eclesial el sujeto de esta reflexión teológica y de la acción pastoral.

La presencia de la Iglesia en ámbito sanitario y de su acción pastoral están cambiando. Si "a lo largo de los siglos la Iglesia ha privilegiado la atención al enfermo, traduciendo esta sensibilidad en proyectos de caridad, en el nacimiento de las hermandades, de las órdenes religiosas y congregaciones que trabajan a favor de los enfermos, en la construcción de hospitales y residencias para recoger a pobres, marginados y los que sufren"¹⁷ hoy la Iglesia está pasando de una pastoral centrada en el enfermo y realizada sólo en los lugares en los que el enfermo es curado (pastoral del enfermo y hospitalaria) a una pastoral de la salud en la que la atención a la salud es una atención "crítica" y global en todas sus dimensiones constitutivas, y se expresa no sólo en una curación más atenta, sino que es también capacidad de prevenir y promover interviniendo sobre las causas que amenazan la salud y sobre las fuerzas que positivamente la puedan desarrollar. Por tanto, en campo de acción de la comunidad eclesial es no sólo el de la *sanidad*, sino también el de la *salud*.

La atención pastoral a los enfermos que se expresaba principalmente a través de la oración y la administración de los sacramentos, hoy está más atenta a la globalidad de su experiencia y de sus vivencias y ha encontrado en las ciencias humanas un medio importante para una válida relación en la que responder a las preguntas espirituales del mismo enfermo pasa, muchas veces, por caminos religiosamente no definidos¹⁸ y en la que la mejor ayuda que podemos prestar al enfermo es la de comprender, acoger y promover su acción pastoral¹⁹.

¹⁶ Para profundizar ver LANZA S., *Introduzione alla teologia pastorale. 1. Teologia dell'azione ecclesiale*, Queriniana, Brescia 1989.

¹⁷ P. ANGRAZZI A., *Pastorale della salute. Il guaritore ferito*, in "Il Regno" 815 (1998), 351.

¹⁸ Ver BRUSCO A., *La relazione pastorale di aiuto. Camminare insieme*, Camilliane, Torino 1992.

¹⁹ Ver SANDRIN L., *Nella vigna del Signore anche il malato deve lavorare*, in BRUSCO A. (a cura di), *Curate i malati. La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, Camilliane, Torino 1990, 107-133.

En la pastoral de la salud existen hoy algunas exigencias que merecen una particular atención: el primer puesto dado a la evangelización y a la catequesis; una celebración de los sacramentos más atenta; la humanización de la medicina y de la asistencia a los enfermos; la atención a los problemas morales cada vez más relevantes; la convicción de que la acción pastoral va más allá del hospital, que va al encuentro del enfermo allí donde vive, se interesa por su familia y por quien lo asiste, trabaja por mejorar las estructuras en las que se atiende al enfermo, también con una acción político-social más fuerte y atención a los distintos “lugares vitales” (familia, trabajo, instrucción, entretenimiento, etc.) donde la salud es amenazada o puede ser “educada”.

Hacer pastoral de la salud significa hoy interesarse por el enfermo y por aquellos que lo asisten pero también, en el *continuum enfermedad-salud*, interesándose más del *aspecto-salud*, respondiendo “aquí y ahora” con una acción eclesial “sanante” (es decir, saludable-salvífica) a las preguntas explícitas o implícitas, que hoy surgen en este campo. Si la teología pastoral de la salud puede ser definida como “la reflexión teológica de la *acción eclesial en el mundo de la salud* de hoy” ésta debe ser siempre más “reflexión teológica de la *acción sanante de la comunidad eclesial* en el mundo de hoy”. Las dos definiciones no se excluyen: la comunidad eclesial en su acción pastoral junto al enfermo “*redescubre*” continuamente y continuamente verifica las *dimensiones sanantes de su pastoral* que deben experimentarse en toda su acción pastoral: *promoción de una salud integral*, signo fuerte y nostálgico de la “salvación que es la existencia alcanzada en su integridad y plenitud”, don que recibimos de Cristo y al mismo tiempo vocación que nos invita a ser “ministros los unos de los otros de la gracia saludable” que se expresa en las distintas formas de experimentar la salud pero siempre “superándolas y rechazando que ellas se pongan como el orden último y global del destino de los hombres”²⁰.

La reflexión teológico-pastoral, tiene que descifrar, a la luz de la fe, en los acontecimientos, exigencias y deseos del hombre y de la

²⁰ CONGAR Y., *Un popolo messianico. La chiesa, sacramento di salvezza. Salvezza e liberazione*, Queriniana, Brescia 1982 (or. Fr. 1975), 128, 72, 127. Aplico a la salud y a sus formas cuanto el autor afirma de la libertad y de la liberación. Existen, a mi parecer, importantes puntos de conexión entre teología de la liberación y teología pastoral de la salud.

mujer de *boy* "los signos de Dios" (GS 11), las provocaciones e invitaciones que Dios *boy* quiere hacer.

"Cómo no sabéis entender lo que ocurre en este tiempo!" (Lc 12, 54-57). Con estas palabras Jesús nos pone una tarea muy vinculante, que implica una particular formación: aquella que ayuda a descifrar las situaciones en las que "*boy*" vivimos y en las que "*aquí y ahora*" queremos poner en práctica nuestra pastoral. Es necesario reconocer las enfermedades que afectan y matan aún a demasiadas personas²¹; el rechazo, en nuestra sociedad, de los que están en el dolor, la enfermedad, la discapacidad y la vejez; la búsqueda de salud como proyecto pero aún, a menudo, como único valor; la petición de cura y de sanación del enfermo en el que hay también un deseo "de compañía, de solidaridad y de apoyo en la prueba" (EV 67); y el *deseo de salvación* implícito en el tipo de búsqueda de salud hoy socialmente en boga, comprendiendo que la petición de salud tiene como término último la búsqueda de la *salvación*.

La compleja situación sanitaria actual exige no sólo ser conocida, sino sobre todo interpretada. A través del *discernimiento evangélico* -como nos recuerda Juan Pablo II en la *Pastores dabo vobis*- el agente de pastoral "toma de la situación histórica y de sus vicisitudes y circunstancias no un simple "dato", que hay que registrar con precisión y frente al cual se puede permanecer indiferentes o pasivos, sino un "deber", un reto a la libertad responsable, tanto de la persona individual como de la comunidad". Es una "llamada" que Dios hace oír en una situación histórica determinada a su Iglesia, para que "exprese su verdad perenne en las diversas circunstancias de la vida" (PDV 10).

Esto exige, en el agente de pastoral, una formación teológico-pastoral específica, un conocimiento adecuado de las disciplinas psicosociales y una atención a la *dimensión humana* de toda la formación "que le permite comprender las necesidades y acoger los ruegos, intuir las preguntas no expresadas, compartir las esperanzas y expectativas, las alegrías y los trabajos de la vida ordinaria; ser capaz de

²¹ OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 1997. Vencer el sufrimiento, enriquecer a la humanidad*.

encontrar a todos y dialogar con todos. Sobre todo conociendo y compartiendo, es decir, haciendo propia la experiencia humana del dolor en sus múltiples manifestaciones, desde la indigencia a la enfermedad, de la marginación a la ignorancia, a la soledad, a las pobreza materiales y morales...”, recibiendo una ayuda particular de la gracia de Jesucristo: su “caridad pastoral” (PDV 72).

4. Para ser agentes de una pastoral sanante

Una serie de dimensiones que caracterizan al agente de pastoral de la salud, teológicamente fundadas, han sido ya delineadas o vislumbradas. Subrayo algunas otras, sin la pretensión de agotar la complejidad del tema²².

4.1 Una mirada contemplativa sobre la vida y una voz profética

La salud se encuentra entre las preocupaciones más importantes del hombre de hoy; es objeto de fuertes preguntas para que sea defendida, atendida y promovida, pero es también arriesgada. Cada vez más, es vista, no sólo como la ausencia de enfermedad sino como un estado de bienestar que interesa al cuerpo, a la vivencia psíquica, a la dimensión relacional y al contexto ecológico-ambiental en el que la persona vive: momento de una historia, de una “narración biográfica”, en la que el presente es construido desde el pasado y se abre a un futuro que lo trasciende y le da significado. Y es éste el “sentido” (significado y dirección) que le ha sido “donado” a la vida, y que puede ser continuamente reconocido y “reencontrado”, para decidir sobre su cualidad. Incluso un enfermo que físicamente no puede ser curado, un discapacitado que para toda la vida debe convivir con su incapacidad, un anciano que ve cómo su cuerpo va perdiendo atractivo, pueden sentirse con salud y estar “sanos”, con una propia identidad “sana”, un “bien-estar” consigo mismos, con los otros y

²² *Sobre este tema ver AA.VV., L'operatore pastorale nel mondo della salute oggi. Alla ricerca di una nuova identità* (a cura di D. CASERA), Salcom, Brezso di Bedero (VA) 1981; BRUSCO A., SANDRIN L., *Il cappellano d'ospedale. Disagi e nuove opportunità*, Camilliane, Torino 1993; CASERA D., *L'assistente religioso nel mondo della sanità*, Camilliane, Torino 1991; MARINELLI S., *Il cappellano d'ospedale. Identità e funzioni*, Camilliane, Torino 1993.

con Dios: una identidad fundada sobre el propio valor de ser personas, que responde a un proyecto de vida en el que todas las experiencias, las alegrías y las heridas, forman parte de la propia historia personal.

Solo una *mirada contemplativa*, que nace de la fe, capta las profundidades de la vida y su calidad. “Es la mirada de quien ve la vida en su profundidad, percibiendo sus dimensiones de gratuidad, belleza, invitación a la libertad y a la responsabilidad. Es la mirada de quien no pretende apoderarse de la realidad, sino que la acoge como un don, descubriendo en cada cosa el reflejo del Creador y en cada persona su imagen viviente (cf *Gén 1,27; Sal 8,6*). Esta mirada no se rinde desconfiada ante quien está enfermo, sufriendo, marginado o a las puertas de la muerte; sino que se deja interpelar por todas estas situaciones para buscar un sentido y, precisamente en estas circunstancias, encuentra en el rostro de cada persona una llamada a la mutua consideración, al diálogo y a la solidaridad” (*EV 83*).

El agente de pastoral de la salud tiene que llevar esta contemplación y respeto de la vida y de la salud pero, como miembro de la comunidad de aquellos que creen que la *experiencia-salud* está comprendida en el proyecto de salvación sobre el hombre y sobre la humanidad entera, tiene una tarea profética muy importante: ver la realidad de la vida como la ve Dios. Esto significa estar atentos para que sea asegurada a todos una “medicina” que transforma los deseos individuales en “derecho” y “expectativa” de inmediata satisfacción, negando el “límite” propio de cualquier realización humana y la importancia del aspecto espiritual²³. Pero también significa tener viva, en la experiencia de salud la “tensión” hacia una salvación que está “ya” en parte en el hoy, pero que es plenamente tal, sólo en el “siempre más allá” de Dios.

La acción terapéutica y salvífica de Dios (y de aquellos que son llamados a continuarla) comienza por la salud física, y por la *experiencia* que el hombre y la sociedad hacen, pero modificando su curso y su sentido, para transformarlas en “llamadas” y experiencias de salvación²⁴.

²³ LEONE S., *Salute. Approccio etico e pastorale*, en DTPS, 1089-1098.

²⁴ Ver ALVAREZ F., *Salute. Approccio teologico*, en DTPS, 1079-1089.

4.2 Ser signos de la cercanía del Padre y de su "materno" corazón

El ideal hacia el que un agente de pastoral debe tender, es aquél de poder decir con San Pablo "Pero ya no vivo yo, sino que Cristo vive en mí" (*Gál 2,20*): estar de tal forma "revestido de Cristo" que pueda ser, en El, palabra y transparencia del Padre (*Jn 14,9*).

La falta de salud, la enfermedad y el dolor forman parte de nuestra vida, marcan el camino no sólo personal sino también familiar y social; llegando a ser experiencia de vida en la que somos llamados a la solidaridad del otro para que intervenga y nos cure, y frecuentemente hacen surgir preguntas fuertes a Dios para que asegure su consoladora presencia de amor. El cristiano ha aprendido no tanto a sostener el dolor, como si fuese algo solo con él mismo, sino a tener una relación con el Otro (Dios) que es capaz de acoger el dolor y darle un sentido. "Y el Otro, de cuyo rostro los otros son vestigio, es el Dios que escucha, acoge, acompaña, que se hace solidario con nuestro dolor y al mismo tiempo nos recibe en sus brazos". La pregunta de salud expresa la nostalgia de infinito y de salvación que el Padre ha puesto en el mundo interior de cada uno y que sólo en el regreso a El puede hallar plena satisfacción. "Toda la vida cristiana es como una peregrinación a la casa del Padre, del cual se descubre cada día su amor incondicionado por toda criatura humana" principalmente por aquella que es más débil, más pobre y marginada²⁵. El agente de pastoral en su acompañamiento al enfermo puede ser la huella, el signo de la cercanía del Padre. Es importante, en este sentido, el modo cómo él sabe estar junto al que vive en el dolor, cómo sabe hablarle de Dios. Es sanante aquella pastoral que es "teo-logía" porque sabe hablar de Dios "desde el sufrimiento del inocente"²⁶ sin "ofender su sufrimiento" haciéndole incluso sentir que su grito no cae en el vacío y que Dios es un Dios amigo que recoge sus lágrimas en su odre como el bien más precioso (*Sal 56,9*).

Nuestra identidad de personas implica una relación y se construye en la relación. La *pregunta de cura* expresa una espera más amplia que

²⁵ JUAN PABLO II, *Tertio Millennio Adveniente*, 1994, n. 49.

²⁶ Ver GUTIERREZ G., *Hablar de Dios desde el sufrimiento del inocente. Una reflexión sobre el libro de Job*, Sígueme, Salamanca 1988.

la simple prestación técnica: es búsqueda de una confirmación, por parte del que sufre, de la propia identidad relacional²⁷. La enfermedad como la salud implican a la persona en su totalidad, y por ello remiten a una *gran alianza* de factores. También la *terapia* es fruto de un logrado mosaico de competencias profesionales, de un pacto fundado sobre la relación, de una gran alianza entre personas y sobre todo entre un enfermo y aquellos que lo atienden. Sólo trabajando juntos (como piezas de un acabado y significativo *mosaico terapéutico*²⁸) los varios agentes sanitarios pueden realizar una verdadera terapia, que se haga cargo de la riqueza de las dimensiones en las que la salud se expresa y cuya armonía entra en crisis en el enfermo a través de un estilo de diálogo que se abre a la colaboración con todos los hombres, especialmente con quienes se refieren, en su vida y acción, a Jesús médico y salvador. Un agente de pastoral de la salud no puede ser tal sin un estilo de diálogo y una actitud ecuménica.

El agente de pastoral de la salud puede ser como María en las bodas de Caná, un *tejedor de relaciones que ayuden y promotor en los agentes de la salud de gestos que sanan y sean "un signo del Reino"*²⁹.

Pero ayudar quiere decir *encontrar juntos espacios importantes de libertad*. "No puede haber acompañamiento respetuoso del camino del enfermo sin crear un espacio de libertad. Libertad dada al paciente para que pueda expresar lo que siente, a través de la palabra, la mirada y el comportamiento. Libertad interior de quien le rodea, dispuesto a acoger el gesto de ternura y de agradecimiento, la palabra de confianza o de fe, pero también los lamentos y la cólera. Esto exige no esconderse detrás de una función, no defenderse detrás de la pantalla del saber del médico, de la técnica del enfermero, del rito del sacerdote..."³⁰. Ayudar quiere decir hacer sitio al crecimiento del

²⁷ CATTORINI P., *Alleanza terapeutica*, en *DTPS.*, 30-37.

²⁸ CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Il mosaico terapeutico*, Camilliane, Torino 1996.

²⁹ JUAN PPABLO II, *Discurso*, en PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, Congreso sobre "*Chiesa e salute nel mondo. Attese e speranze alle soglie dell'anno 2000*", Roma 6-8 novembre 1997, en "*Dolentium Hominum*" 37 (1998), n.6.

³⁰ VERSPIEREN P., *Eutanasia Dall'accanimento terapeutico all'accompagnamento dei morenti*, San Paolo, Cinisello-Balsamo 1985, 191.

otro, reconocer la iniciativa que él tiene sobre su vida y saberse retirar en el momento oportuno. Significa para el agente pastoral de la salud promover un estilo de relación fundada sobre el servicio y no sobre el poder: un estilo alternativo a lo que se ve, a menudo, en la sociedad.

Implicarse en un servicio de solidaridad con quien sufre en la enfermedad, y especialmente se dirige hacia la muerte, quiere decir aceptar el riesgo de entrar en una tierra que quema, pero quiere decir también poner en práctica una “com-pasión” que dé al otro gradualmente dignidad, iniciativa y palabra, y ser capaces de una finura de intuición y de amor que son las características típicas de una madre, que intuye en el comportamiento de su niño las expresiones de alegría y de dolor y sabe dar las respuestas que su hijo más o menos conscientemente le pide. Se trata de las características maternas que pueden también habitar en nuestro corazón.

El niño encuentra en el amor de su madre el lugar donde aprende a pronunciar sus primeras palabras. Del mismo modo, la persona que sufre puede entender y aceptar su dolor y descubrir significados nuevos en él mediante nuestra solidaridad y nuestro amor, y así trascenderlo y vivirlo por amor, lo que le permitirá recuperar a niveles más altos y creativos su propia iniciativa y su palabra³¹. Es la “sabiduría del corazón”, don del Espíritu de caridad, que hace expresar, en la acción pastoral de la salud, las modalidades maternas de Dios.

4.3 Promover vocaciones y ser liturgos dentro de la experiencia-salud

La pasión “salvífica” de Dios por el hombre, plenamente revelada en Jesús, tiende a *suscitar nuevas experiencias saludables*. Nuestra salud, nuestra plena y realizada identidad, no está a nuestras espaldas, sino delante de nosotros. Es una tarea: precisa la voluntad de *decir sí a la vida*, a la calidad de nuestra vida, y al empeño por la calidad de

³¹ JUAN PABLO II, *Salvifici doloris*, 1984, n. 27; FRANKL V.E., *Homo patiens. Intento de una patodicea*, Buenos Aires 1955. Sobre el dolor ver SANDRÍN L., *Cómo afrontar el dolor. Aceptar y comprender el sufrimiento*, San Pablo, Madrid 1996 (or.it. 1995).

la vida de los demás. Es una "llamada" al empeño que se refiere a la propia salud, a su defensa, a su cura y su promoción. Pero hay, en la *salud* como bien personal y social, una "vocación" a un compromiso por la *salud* de toda la "gran familia humana" en los lugares vitales en los que ella se expresa, que sepa transformar el mundo y la historia.

En el campo de la salud los cristianos tienen que ser *formadores de historia*. La Iglesia -como bien dice el documento de Puebla- "del modo más urgente, debería ser la escuela donde se eduquen hombres capaces de hacer historia, para impulsar eficazmente con Cristo la historia de nuestros pueblos hacia el Reino", sabiendo que todo está en las manos del Padre y que El busca pasar a través de las nuestras³².

Cristo "precisamente revelando el misterio del Padre y de su amor desvela también plenamente el hombre al hombre y le muestra su altísima vocación" (*GS 22*). El, el *mandado* por el Padre es el *llamador* de los hombres. El compromiso por la salud no tiene más remedio que extenderse más allá de los confines de los propios "deseos" y acoger las preguntas que de forma particular le son dirigidas del mundo entero a la Iglesia.

Recordando que Jesús ha venido a sanar a los enfermos y a evangelizar a los pobres (*Mt 11,5; Lc 7, 22*) los cristianos deberán hacerse cargo de la pregunta de salud y hacerse voz de los que no tienen voz, viviendo el momento presente como un *kairós*, un tiempo de gracia, para que las riquezas de la creación, también en el campo de la salud, sean verdaderamente, -nos lo recuerda Juan Pablo II en la carta *Ante el tercer milenio*- "un bien común a toda la humanidad" (n.13). El año jubilar puede ser una "feliz oportunidad" para el restablecimiento de la justicia social.

Cristo ha venido al mundo para que los hombres "tengan vida y la tengan en abundancia" (*Jn 10,10*) y la vida que la Iglesia está llamada a anunciar "es la plenitud del don de gracia que llena la vivencia total del hombre, asumiendo su vocación a la salud para

³² I II CONFERENCIA GENERAL DEL EPISCOPADO LATINOAMERICANO, Puebla. *La evangelización en el presente y en el futuro de América Latina*, 1979, nn. 274-276.

transfigurarla en vocación a la salvación y asumiendo su vocación a la salvación para transformarla en servicio de amor a la salud el hombre, de todo el hombre y de todos los hombres". Toda teología sacramental es teología de la caridad y conduce a la caridad³³.

El Misterio Trinitario no es solamente un origen del que venimos ni una meta final a la cual regresaremos: es la historia de amor que cotidianamente vivimos y debemos narrar con opciones de justicia y de sanación, como respuesta a su llamada. El cristiano debe pasar "del encuentro con Cristo en el signo del Pan al encuentro con Cristo en el signo de cada hombre. El compromiso del creyente no se agota al entrar, sino al salir del templo. La respuesta a la llamada encuentra la historia de la misión. La fidelidad a la propia vocación se alimenta en las fuentes de la Eucaristía y se mide en la Eucaristía de la vida"³⁴. Y el agente de pastoral no puede no recordárselo a sí mismo sino también a los demás.

La pregunta de salud, en la variedad de sus expresiones y en la diversidad de los problemas que suscita es un "signo de los tiempos", "código y lenguaje del Espíritu Santo"³⁵, "una *pro-vocación*" en la que la comunidad eclesial es llamada a responder como comunidad sanante, signo eficaz de una salvación integral. Una "*pro-vocación*" que el agente de pastoral de la salud no debe tener miedo de hacer para que no sólo los agentes de la salud vean en la experiencia-salud las invitaciones de Dios a leer su presencia, sino también "el lugar" donde los cristianos tienen que crear "signos nuevos" en los que la presencia de Dios pueda ser "experimentada" aún por aquellos que no creen.

El enfermo tiene derecho a que su experiencia encuentre espacios y momentos celebrativos significativos y apropiados. Pero también la salud, como *don* de Dios, en sus varias formas experienciales, debe tener sus liturgias. Pues en la salud hay también una *llamada* de Dios al compromiso, al cual es posible responder con la gracia de su Espíritu y con una formación que, en la *pregunta de*

³³ ROCCHETTA C., *Sacramenti*, en *DIPS*, 1073 y 1070.

³⁴ *NVE*, 39.

³⁵ *NVE*, 43.

salud, sepa captar la *nostalgia de salvación* que se halla implícita en ella. Y sepa responder adecuadamente a esta "inquietud". La salud no es "todavía" la salvación aunque quizás ningún otro espacio de la sociedad como el mundo de la salud y del sufrimiento constituye una "apertura" a ella³⁶.

Toda la vida, y concretamente cómo se vive el dolor y la enfermedad, es la forma de culto, es decir, la liturgia que más agrada a Dios (*Rom* 12, 1-4). Y el compromiso por la salud es uno de los "lugares" privilegiados por Cristo para hacer pastoral, y hablar de Dios, ofrecerse a El como "sacrificio vivo" y hacer su voluntad.

³⁶ ALVAREZ F., *Salvezza*, en *DTPS*, 1098-1108.

HUMANIZACIÓN Y PASTORAL DE LA SALUD

FECHA: Del 8 de Julio al 2 de Agosto de 2002.

OBJETIVO: Ofrecer a los agentes pastorales (sacerdotes, religiosos, religiosas, laicos, laicas), una formación integral que tenga en cuenta los aspectos sociológico, teológico-bíblico, psicológico y espiritual, para que puedan realizar, con profesionalidad, un servicio pastoral acorde con las exigencias del mundo de la salud.

PARTICIPANTES: Capellanes de Hospital, Agentes de Pastoral de la Salud, Sacerdotes, Religiosos, Religiosas, que actúan en la atención pastoral de los Hospitales o, que están interesados en la Pastoral de la Salud.

REALIZACIÓN: ITEPAL-CELAM, CAMILLIANUM.

INFORMES E INSCRIPCIONES:
Instituto Teológico-Pastoral para América Latina
ITEPAL

Transversal 67 No. 173-71 (San José de Bavaria) • A.A. 253 353

Tels.: (57-1) 667 0050 - 667 0110 - 667 0120

Fax: (57-1) 677 6521 - 612 1929

E-mail: itepal@celam.org - <http://www.celam.org/itepal.htm>

Bogotá, D.C. - Colombia

Sumario:

Por la problemática continental, por la diversidad regional, nuestro continente se puede considerar "el laboratorio más significativo de la pastoral sanitaria". Frente a esta realidad, la Iglesia quiere estar al servicio de la Vida. Lo quiere hacer a través del testimonio y del mismo servicio pastoral. Estos requieren una serie e idónea formación. Esta comporta algunas características, como son: inteligencia animada por el corazón, entrega total, sentido sobrenatural del propio obrar y una sincera piedad mariana.

Hacia un perfil de los Agentes de Pastoral de la Salud¹

Card. Fiorenzo Angellini

¹ Con motivo del II Encuentro Latinoamericano y del Caribe de Pastoral de la Salud, celebrado en Quito-Ecuador del 14 al 18 de Septiembre de 1994, el Señor Cardenal Fiorenzo Angellini, en ese momento Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, envió a los participantes este mensaje sobre la urgencia de una idónea formación humana, cristiana y profesional, incluso ministerial, de los agentes de pastoral de la salud. Publicamos este documento del Cardenal Angellini, en este primer número de la Revista Medellín dedicado a la Pastoral de la Salud, por la actualidad que conserva para la formación de los agentes pastorales.

América Latina representa la parte más numerosa de la Iglesia católica y, por la vivacidad de sus iniciativas, la complejidad de sus problemas, por las contradicciones y desequilibrios sociales que en tan vastos territorios interpelan a la comunidad eclesial, puede ciertamente considerarse el laboratorio más significativo de la pastoral sanitaria y el espejo realístico de la pastoral de conjunto.

Todo esto se ve reflejado en el mayor número de representantes en este Segundo Encuentro, en el que participan como invitados especiales, además del Consejo Pontificio de la Pastoral de Agentes Sanitarios, Cáritas, la Organización Panamericana de la Salud (OPES), la Federación Internacional de Asociaciones de Médicos Católicos (FIAMC) y otras organizaciones de carácter continental.

Los temas particulares que el Encuentro se dispone a tratar llenan toda una vasta gama doctrinal y práctica, de espiritualidad y testimonio en la pastoral sanitaria; lo que muestra la diligente preparación llevada a cabo por los organizadores que han tenido el apoyo de los organismos de pastoral sanitaria, nacionales, diocesanos e interdiocesanos.

Como signo de mi interés en participar en vuestros trabajos, os envío algunas reflexiones sobre un tema que me es muy grato considerar y que creo prioritario en orden a tomar conciencia por parte de toda la comunidad eclesial, de la importancia y del rol de la pastoral sanitaria; me refiero a la necesidad y *urgencia de una idónea formación humana, cristiana y profesional, incluso ministerial, de los agentes de pastoral sanitaria.*

Me llevan a insistir en estos puntos cuatro circunstancias particulares de viva actualidad. Son estas: la celebración en todo el mundo

-y con entusiasta participación de la Iglesia- del Año Internacional de la Familia; la institución, el 11 de febrero de 1994, de la Pontificia Academia pro Vida; la celebración que se desenvuelve estos días en El Cairo de la Conferencia Mundial promovida por las Naciones Unidas sobre "Población y Desarrollo" (evento que trae empeñados de un modo extraordinario al Santo Padre y a los responsables de las Congregaciones Romanas); finalmente la publicación, por iniciativa del Consejo Pontificio que tengo el honor de presidir, de la **Carta de los Agentes Sanitarios**, primer código deontológico del agente sanitario católico, como también instrumento precioso para la formación inicial y permanente de los agentes de pastoral sanitaria. Este último hecho se anuda directamente con las reflexiones siguientes.

Las circunstancias mencionadas y unida a ellas, la batalla apasionada del Santo Padre en defensa del derecho humano fundamental y primario a la vida y a la calidad de vida y a sostener la institución familiar, confirman cómo la Nueva Evangelización con la cual la Iglesia se prepara a cruzar la frontera del año 2.000, tendrá en afirmación de la moral de la vida y de la bioética uno de sus aspectos más característicos.

Frente a tan variadas y escalofriantes formas de agresión a la vida desde su nacimiento, y de amenazas a su calidad y dignidad, pastores y fieles, toda la Iglesia unida, no pueden limitarse a formular condenas, o a levantar un vallado lleno de "no es" o aislarse desdeñosamente.

La Iglesia, fundada por Cristo, que vino a dar la vida y darla en abundancia, tiene un claro mensaje que proponer: una enseñanza que es al mismo tiempo salvaguardia de la ley natural escrita en el corazón de cada hombre y patrimonio de una fe que ve en cada vida humana un germen de vida inmortal.

Este mensaje de la Iglesia debe proponerlo sobre todo a través del testimonio. Pero este testimonio requiere una seria e idónea formación.

No es necesario que yo vuelva a repetir lo que ya exponen varios instrumentos formativos sobre la formación del agente de

pastoral sanitaria, ni que vuelva a tratar de la verdadera naturaleza de la pastoral sanitaria, sobre sus objetivos generales y particulares y sus múltiples y posibles expresiones.

Querría insistir más bien, sobre algunas características de la formación del agente de pastoral sanitaria; características que a mi juicio, trazan su perfil esencial.

Creo poder reconocer tales características en los siguientes trazos: la inteligencia animada por el *corazón*, una entrega total; el sentido sobrenatural del propio obrar; una sincera piedad mariana.

Inteligencia animada por el corazón

Una cita de la carta apostólica *Salvifici Doloris* subraya esta verdad. Dice Juan Pablo II: *Las instituciones son muy importantes e indispensables; pero ninguna institución puede por sí sola substituir al corazón humano, la compasión humana, el amor humano, la iniciativa humana, cuando se trata de acudir al encuentro del prójimo que sufre.*²

*Buen Samaritano es todo hombre sensible al sufrimiento del otro, el hombre que se conmueve ante la desgracia del prójimo.*³

¿Por qué es importante este conmoverse, esta participación sensible en el dolor de nuestro prójimo?. Lo es por el tipo de ayuda que estamos llamados a dar.

Quien tiene buena experiencia de contacto con el que sufre, sabe bien que muchas veces nos sentimos del todo desarmados ante el dolor que querríamos aliviar. Y a pesar de nuestros límites y de nuestra incapacidad, querríamos hacer algo, dar algo, cuanto más incapaces nos sentimos, más querríamos dar.

² Salvifici doloris, 29.

³ Ibídem, 28.

Existe un aspecto clave en la antropología humana y cristiana que es este: *La verdadera participación es el don de sí mismo*.⁴ La relación con el doliente debe ser por tanto una relación de amor, inspirado en una sincera y sensible compasión, que lleva al don de sí mismo. El inevitable sentido del deber queda asumido en la necesidad de amar que está por encima de toda ley contra la cual no puede haber ley alguna.

Si ser prójimo significa inclinarse hasta el don de sí mismo al doliente, el servicio que estamos llamados a ofrecer es mucho más que una serie de actos y mucho más que una profesión sanitaria: es una vocación.

Todavía queda otro aspecto que llama prioritariamente al *corazón* para que guíe la inteligencia en el cumplimiento del servicio de la pastoral sanitaria.

Como lo demuestra el programa de vuestro Encuentro, cada vez se nota más la exigencia de que en el vastísimo continente latinoamericano la pastoral sanitaria tenga una connotación unitaria y participe de algunos elementos comunes si bien dentro de la diversidad de situaciones propias de cada país y de múltiples áreas operativas. Pues bien, para tener firmes y unidos estos elementos comunes no puede haber otro camino que un *corazón* único que los sostiene, una pasión única que los estimula. Con esta sensibilidad las divergencias se apagan, los diversos métodos se encuentran, la acción pastoral de las Iglesias particulares se toma acción inconfundible de la Iglesia universal.

No se ayuda realmente a quien sufre si no se lo ama. Por eso la vocación que os pide una seria formación debe ahondar en sus raíces en el *corazón*. Los Evangelios nos dicen que Jesús se conmovía ante el dolor. Se conmovió ante la muerte temporal de Lázaro, ante la

⁴ "El mundo del dolor invoca sin cesar otro mundo: el mundo del amor humano; y aquel amor desinteresado que se despierta en su corazón y en sus obras, el hombre lo debe en cierto sentido al sufrimiento. La parábola del buen Samaritano expresa por sí misma una verdad profundamente cristiana y al mismo tiempo profundamente humana". *Ibidem* 28 y 29.

muerte del hijo de la viuda de Naim, ante la muchedumbre hambrienta. En este conmovernos hemos de reconocer el alma de la pastoral sanitaria. No sin razón la pastoral sanitaria, en toda la historia de la Iglesia, se presenta sustancialmente con caracteres de unicidad casi perfecta. Se cambian los criterios y los modos de la catequesis, de la pastoral juvenil, de la pastoral social, etc.; la pastoral sanitaria no cambia precisamente porque parte del corazón del hombre y va derechamente al corazón.

Una entrega total

La segunda característica del agente de pastoral sanitaria debe ser su entrega total. No se puede ser Buen Samaritano solo algunas horas, no considerarse la pastoral sanitaria como algo obvio sobre todo para el sacerdote, el religioso o religiosa y limitarse a ejercerla con criterios generales.

Así como el concepto de salud y el concepto de salvación se complementan en razón de su inevitable cruzamiento, así el agente sanitario debe sentirse responsable de su misión y dedicarle todas sus energías.

El que se dedica a la pastoral sanitaria ha de tener presente que esta forma de apostolado y de testimonio es su manera de anunciar el Evangelio. Lo es siempre y en todas partes. El Papa en la Carta *Salvifici Doloris* habla del *Evangelio del sufrimiento*, o sea de anunciar el Evangelio a través del servicio al enfermo. Y resume este anuncio en la expresión: *Hacer el bien en el sufrimiento y hacer el bien al que sufre*.⁵

Parece que en nuestro tiempo esta entrega total al que sufre va tomando carácter de alternativa ante las consecuencias cada vez más trágicas de un egoísmo exasperado, de una sociedad llena de injusticias profundas y humanamente insanables. La lección que viene del dolor nos invita a servir al dolor para que el hombre recupere la esperanza.

⁵ Ibídem, 30.

Solo si partimos del servicio al dolor, se va realmente al servicio a *los últimos*, y no habrá auténtica *liberación* del hombre si la que buscamos no es la liberación de su dolor físico, síquico y espiritual.

Un gran sentido sobrenatural

La formación del agente sanitario debe estar animada por un servicio de un vivo sentido de lo sobrenatural.

La Iglesia es ciertamente el organismo que cuenta en el mundo con el mayor número de estructuras al servicio del enfermo, hasta tal punto que dar un listado exacto resulta casi imposible. Pero ella es consciente de que no se cura el cuerpo si se descuida el alma y que la valorización del sufrimiento solo es posible en la dimensión sobrenatural.

Pero el agente de pastoral de salud nunca debe sentirse desligado del agente sanitario: la asistencia espiritual no precede ni sigue a la asistencia corporal, sino que *debe acompañarla*. Y en este sentido aún hoy hemos de lamentar una contradicción que trae consecuencias negativas: de una parte tenemos al trabajador sanitario que, siendo cristiano, descuida el aspecto espiritual de su servicio; y de otra el agente de pastoral sanitaria que carece de un conocimiento general sobre lo esencial de la medicina y no se preocupa por alcanzarlo.

La curación del espíritu no comienza cuando termina la curación del cuerpo. O ambas caminan juntas o ambas se quedan a medio camino de su finalidad.

Es obligación importante de los pastores y de cuantos son jurídicamente responsables de la actividad de los agentes de pastoral sanitaria acompañarlos y apoyarlos, sensibilizando a la comunidad eclesial para que promueva esta tarea pastoral. Ya que los enfermos y los afligidos son la parte privilegiada de la comunidad eclesial, de igual modo cuantos están a su servicio deben ser considerados la vanguardia de los servidores del Evangelio y del testimonio cristiano.

En algunos países del continente latinoamericano la Iglesia aún hoy cumple funciones de suplencia en razón de las carencias de la

sociedad civil. En algunos aspectos, por tanto, y admitiendo otras objetivas limitaciones, la asociación entre la asistencia sanitaria y la pastoral sanitaria es más fácil. Pero donde la asistencia sanitaria está plenamente socializada asistimos a un desequilibrio manifiesto: de una parte la medicina preventiva, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación es materialmente eficiente si bien la burocracia la desvirtúa; de otra se corre el riesgo de abandonar del todo la asistencia espiritual y religiosa que es componente esencial de la misma asistencia sanitaria.

Una sincera piedad mariana

Finalmente, sea en el Documento de Puebla (1979) como en el de Santo Domingo (1992) ha sido recalcado con fuerza, la nueva evangelización en América Latina no podrá caminar sino bajo el signo de la grande y tradicional piedad mariana del pueblo cristiano de vuestro continente.

Invocada como *Salud de los enfermos*, la Virgen, silenciosa y dócil Sierva del Señor, es también el más alto modelo para el agente de pastoral sanitaria, cuya formación debe incluir siempre la referencia a María.

Las mismas estadísticas confirman la gran incidencia del acudir a María Santísima en la religiosidad de los enfermos. Este medio -sobre todo entendido como imitación de María- alimenta las virtudes que son típicas y ejemplares en ella: ⁶ generosidad de ánimo, entrega humilde y silenciosa, capacidad de comprender el dolor, confianza

⁶ "Al hombre contemporáneo, tan agitado entre la angustia y la esperanza, que ha de aceptar su propios límites al tiempo que percibe en sí mismo aspiraciones ilimitadas, turbado en su ánimo y dividido en su corazón, con la mente confusa frente al enigma de la muerte, oprimido por la soledad mientras busca la comunión, víctima de la náusea y del aburrimiento, la Santísima Virgen María, contemplada en su camino evangélico y en los bienes que ya posee en la Ciudad de Dios, le ofrece una palabra serena y confortante; la victoria de la esperanza sobre la angustia, de la comunión sobre la soledad, de la paz sobre la turbación, de la alegría y la belleza sobre el tedio y la náusea, de una perspectiva eterna sobre el tiempo variable, de la vida sobre la muerte". Pablo VI, Exort. Apost., *Marialis cultus* (1974), n. 57.

grande en que algo del enfermo siempre será sanado, modificado positivamente su afligida integridad sicosomática.

María, que es *el mejor punto de observación para mirar a Cristo, amarlo e imitarlo*, puede imprimir al trabajo del agente sanitario aquellos rasgos de dulzura maternal, de sensibilidad femenina, de entrega amorosa, que brillaron admirablemente en la Madre de Dios y de los hombres.

Comentando una antigua antifona mariana (*O pura Madre del Redentor... socorre al pueblo que cae y que anhela resurgir...*) Juan Pablo II recuerda el punto crucial, el drama que acompaña siempre a la condición humana: *Es la encrucijada entre el caer y el resurgir, entre la muerte y la vida* y añade: *Es también un constante desafío a las conciencias humanas, un desafío a toda la conciencia histórica del hombre: el desafío a seguir el camino de no caer en modalidades siempre antiguas y siempre nuevas de caída, y de resurgir si ha caído.*⁷

Concluyendo, os presento mi insistente invitación a buscar con ahínco y en las formas más apropiadas la mejor formación de los agentes de pastoral sanitaria. El momento histórico que atravesamos es particularmente delicado, pues se ha hecho más dura y decisiva la lucha entre la muerte y la vida, entre infinitas agresiones a la calidad y a la dignidad de la vida humana y la necesidad de encaminarnos hacia la civilización del amor.

La pastoral sanitaria aporta en esa lucha una preciosa e insustituible mediación, pues va al encuentro del hombre en lo que mayormente lo une a los demás, en el amor por la vida y por su calidad.

⁷ Cf. JUAN PABLO II, Carta Enc. *Redemptoris Mater*, 52.

Licenciatura en TEOLOGÍA con énfasis en Formación Sacerdotal 2002

DESTINATARIOS: Los aspirantes a este Programa deben ser sacerdotes que ya son formadores o se van a iniciar como tales en los seminarios de este continente.

Al concluir la Licenciatura, el formador estará en capacidad de servir como: 1) Profesor en las áreas básicas de Teología y Pastoral; 2) Asesor de Seminarios o Instituciones de formación sacerdotal o religiosa; 3) Miembro del equipo formador del Seminario; 4) Acompañante de los seminaristas en el proceso de formación en el Seminario, teniendo en cuenta las dimensiones humana, doctrinal, espiritual y pastoral; 5) Promotor calificado de Pastoral Vocacional y Pastoral Sacerdotal; 6) Asesor de monografías o trabajos de tesis.

OPCIONES ACADÉMICAS: El programa presenta las siguientes opciones:

1. Diplomado en Formación Sacerdotal.
2. Diplomado en Teología con énfasis en Formación Sacerdotal.
3. Licenciatura en Teología con énfasis en Formación Sacerdotal.
4. Doctorado en Teología.

INICIACIÓN DE CLASES: Para el programa de Licenciatura en Teología con énfasis en Formación Sacerdotal, las clases se inician el lunes 21 de enero de 2002.

Para los formadores de seminarios que no pueden optar por el programa de Licenciatura, se ofrece la posibilidad de cursar el Diplomado en Formación Sacerdotal. Este programa se inicia el 12 de agosto y concluye el 29 de noviembre de 2002.

INFORMES E INSCRIPCIONES:

**Instituto Teológico-Pastoral para América Latina
ITEPAL**

Transversal 67 No. 173-71 (San José de Bavaria) • A.A. 253 353

Tels.: (57-1) 667 0050 - 667 0110 - 667 0120

Fax: (57-1) 677 6521 - 612 1929

E-mail: itepal@celam.org - <http://www.celam.org/itepal.htm>

Bogotá, D.C. - Colombia

Sumario:

La Bioética hoy llama la atención en todos los ambientes. No solo en los ámbitos académicos es motivo de debate, de estudio para comprender los temas involucrados con la vida; también llama la atención porque como instrumento de reflexión y acción, apremia al cultivo de una sabiduría que tienda un puente hacia un futuro mejor para todos y todas en nuestra región.

**Bioética:
una responsabilidad
por la vida**

Salud pública un reto para la
bioética en América Latina

Christian de Paul de Barchifontaine

*Camiliano Licenciado en Enfermería y Rector del
Centro Universitario São Camilo, São Paulo. Brasil*

Leocir Pessini

*Camiliano Especialista en Bioética y Vice-Rector del
Centro Universitario São Camilo, São Paulo. Brasil.*

A. Bioética: una responsabilidad por la vida

Introducción

Más que una materia que debe obedecer a determinados patrones, la Bioética es una forma de pensamiento basado en la razón, pero que sufre la presión de la emoción, estudia la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la salud, mientras que se la examina a la luz de los valores deseados por la sociedad.

El dilema de entender un cambio en los valores arraigados en la cultura, como los valores relacionados con la salud, la vida y la muerte, tratando de permitir el avance tecnológico y científico en este sector, sin que se sobrepasen los principios básicos de la sociedad, es lo que constituye la mayor preocupación de la Bioética. Una preocupación que no debe permanecer sólo en el campo académico, en el análisis y estudio de los involucrados en esa área del saber, sino que tiene que producir resultados concretos en la conducción de las soluciones de los problemas variados y diversos que ocurren en su competencia.

Hoy en día, la Bioética se puede definir como un instrumento de reflexión y acción, a partir de tres principios: autonomía, beneficencia y justicia, que busca establecer un nuevo contrato social entre sociedad, científicos, profesionales de la salud y gobiernos, puesto que, además de ser una materia del sector de la salud, también es un creciente y plural movimiento social preocupado con la bioseguridad y con el ejercicio de la ciudadanía, frente al desarrollo de las biociencias.

El tema de la bioética, actualmente, llama la atención por algunos aspectos particulares, relacionados con la manipulación técnica de la

vida por nacer (ingeniería genética, técnicas de selección de cigotos, fecundación in vitro y transferencia de embriones, clonaje y manipulaciones similares), con la vida terminal (eutanasia y similares). A esa altura, los medios de comunicación social contribuyen a la divulgación al gran público, de las emociones provocadas por las conquistas científicas en los diversos campos.

A continuación, vamos a citar tres movimientos sociales en América Latina, al hablar de bioética y responsabilidad por la vida.

1. Primer movimiento social: Bioética en América Latina

Interpretando a la bioética en un amplio sentido de “ética de la vida”, no hay como escaparse de la reflexión sobre esa confrontación trabada entre la vida y la antvida. Ni tampoco se puede dejar de percibir la tarea de rescate de la esperanza donde el principio está tan cerca del fin.

La vida se sitúa siempre dentro de un contexto que favorece o mata su expresión. La no consideración de este contexto a nivel de América Latina lleva a una bioética ficticia para ella y en consecuencia, ocurre al lado de un análisis que deja claro el drama de la vida y de la antvida. En este sentido, es mucho más fácil e incluso más cómodo trabajar con una reflexión ética importada.

Una situación concreta, por ejemplo. Si nos referimos a la vida, una de las condiciones fundamentales para que se afirme y desarrolle es la alimentación. La antvida sería el hambre. Es curioso constatar que el tema del hambre no aparece en los tratados de bioética. Esto nos remitiría a dos explicaciones: la primera es que se pensaría a la bioética a partir de un mundo en donde no existe el hambre y el problema no se siente, ya que la infraestructura de la vida está generalizada. La segunda sería que el hambre involucra un tema de orden político económico. En el primer caso, tenemos una bioética inadecuada para Latinoamérica, y en el segundo, se cuestiona como sería posible pensar a la bioética sin política y economía. A nivel antropológico, sería negar la dimensión político-económico-social del cuerpo.

En una consideración de bioética, existe una serie de factores económicos, sociales, políticos y psicológicos que interfieren directamente en los problemas éticos de la vida humana. En este rumbo, percibimos ideologías que exploran a la vida y a la propia muerte. La cuestión de la bioética pensada solamente en base a temas médicos, estrictamente vinculados a la ética médica se amplía. En Latinoamérica, tenemos que tomar en cuenta la vida de los marginados por la clase social, por el género, por la raza. El tema de fondo es el lugar social a partir del cual se piensa a la bioética.

Como punto de partida, se debe considerar la realidad de los marginados (pobres, mujeres, negros, indios, ancianos) que son la gran mayoría, así como el contexto a partir del cual se estructura.

No se puede dejar de considerar las necesidades básicas que estructuran a la vida humana, tales como alimentación, salud, vivienda, trabajo, relaciones humanas y reproducción. Los grandes rubros de la bioética y que podrían ser tematizados en una dialéctica de vida y antividia, serían: alimentación-desnutrición, salud-enfermedades, trabajo-desempleo, educación-carencia cultural, convivencia social-discriminación étnica, sexual y otras.

En este camino, la reflexión bioética sufre el desafío de superar la instancia puramente biológica y rescatar la visión biosociológica. Nos damos cuenta, por lo tanto, de que se trata de un acercamiento, en primer lugar, en términos de macroética, antes de hacerse un análisis de temas particulares (microética).

De esta forma, los temas, concretos, que la bioética debería incluir, además de los habituales, serían la infraestructura básica de la vida de tal manera que se tomarán en cuenta las condiciones reales de los marginados (pobres, mujeres, negros indios). Así, podríamos llegar a cuestiones como: alimentación, hambre, salud, empleo, racismo, ecología, derechos reproductivos, entre otros.

Vemos cuanto debe ser considerado el contexto más amplio en que la vida, dialécticamente, se sitúa y las ideologías y mecanismos que manipulan a la vida y estructuran la antividia.

2. Segundo movimiento social: Bioética y procreación humana

Ya que el tema en pauta es la responsabilidad por la vida, no podemos ignorar la problemática de la procreación humana y darnos cuenta que lo mínimo, aún no tiene lugar. De hecho, salud y derechos reproductivos no se ponen en práctica todavía, o lo que es peor, una gran parte de la población los desconocen. Y más aún, ¿cómo hablar de bioética, ética de la vida, si el 70% de la población no vive, sino que sobrevive? Se habla de procreación médicamente asistida (¿a quién?) cuando lo mínimo en relación a los derechos reproductivos no ha sido alcanzado.

La conceptualización de los derechos reproductivos es una reivindicación de los movimientos de mujeres que se está imponiendo, internacionalmente, y que involucra a la ética y a la política de la salud.

La III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994), en el Programa de Acción, capítulo 7, define lo que es salud reproductiva y derechos reproductivos: salud reproductiva “consiste en el estado de bienestar físico, mental y social completo y no moderadamente la ausencia de enfermedades en todos los aspectos relacionados al sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, que tengan capacidad de reproducir y decidir libremente sí y cuándo desean tener hijos y el espacio de tiempo entre ellos. Esta última condición implica que hombres y mujeres estén informados y tengan acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, aceptables y económicamente accesibles, que ellos pueden optar, escoger con libertad, así como otros métodos para la regulación de la fertilidad que no sean contra la ley, como también el derecho de acceso a servicios adecuados de salud que permitan a la mujer un embarazo y un parto seguro y otorgue a las parejas la oportunidad de tener un feto saludable”. Los derechos reproductivos “consisten en el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y reponsablemente acerca del número, espacio de tiempo y el momento de tener hijos, a tener informaciones y acceso a los medios anticonceptivos, y a obtener un mejor patrón de salud sexual y reproductiva.

Esto incluye el derecho que todos tienen a tomar decisiones en relación a la reproducción, libres de discriminación, presión y violencia, términos éstos expresados en documentos internacionales sobre los derechos humanos”.

“Por derechos reproductivos, se entienden los derechos de las mujeres de regular su propia sexualidad y capacidad reproductiva, así como exigir de los hombres que asuman la responsabilidad por las consecuencias del ejercicio de su sexualidad. Generalmente, son las mujeres las exclusivamente responsables por las consecuencias del ejercicio de su sexualidad. Para ellas, es una novedad el reconocer que tienen el derecho de decidir acerca de su reproducción y que pueden exigir que los hombres compartan responsabilidades con ellas, reivindicando que sean incluidos en las discusiones sobre regulación de la fecundidad” (Azevedo, Stolecje, 1991, p. 16).

Así, con el descubrimiento de la ciencia, a partir de la década de los 60, de los métodos anticonceptivos, se puede tener libertad sexual y control reproductivo. Se ha separado un proceso que nunca tuvo lugar antes en la historia: por un lado la sexualidad, por el otro la reproducción. Comienza a ganar terreno la expresión, la ideología de que la reproducción se debe realizar de forma racional. Es dentro de esa realidad que surgen con fuerza términos éticos relacionados con los derechos reproductivos y las implicaciones de la participación de gobiernos en la cuestión de la política poblacional.

Algunos puntos para una reflexión bioética sobre el aborto: el elevado número de abortos provocados anualmente en el mundo, calculado en alrededor de 50 millones, da qué reflexionar. Aunque esa cifra esté superestimada, da la impresión de una reflexión inútil. El aborto es un tema complejo porque involucra no solamente a la mujer sino también al hombre y a la sociedad. El aborto es visto ideológicamente como causa cuando en realidad es el efecto. En los estudios y debates en general, el asunto suele analizarse con posiciones bien definidas: pro y contra. Necesitamos enfocarlo de modo más elaborado, pero discutiendo en función de la calidad de vida de las personas. Es imprescindible, en el plano social, reflexionar y debatir esa realidad del aborto de manera desarmada, intentando entender con amor, sin juzgar.

Y en el fondo, cada uno de nosotros, debería preguntarse: ¿cuál es mi compromiso con la vida humana y principalmente con la vida amenazada en la sociedad en que vivimos? Esta es nuestra responsabilidad delante de la vida.

3. Tercer movimiento social: Biotecnología

Se verifica que el progreso técnico científico tiene un alto costo antes de rendir grandes dividendos. En la mayoría absoluta de los países latinoamericanos, los pobres están viendo el avance tecnológico en conjunto con sus bajos salarios. En Brasil, por ejemplo, tenemos en estos últimos años un salario mínimo mensual que es de los más bajos del mundo: US\$130. No se puede dejar de sospechar que se esté financiando la tecnología biogenética con el salario que no se le paga al trabajador, tanto a nivel de sistema internacional (deuda externa) cuanto a nivel de organización política económica de los propios países del tercer mundo.

El costo de la tecnología, vía expropiación, dicen las voces técnicamente avaladas, es un sacrificio necesario. Pero lo que se ve es que las grandes conquistas de la biotécnica siguen reservadas a los ricos, prestándose a la formación de monopolios y latifundios donde la producción agrícola y animal la controla quien posee tecnología biológica.

La experimentación y manipulación a nivel embriogénico humano también revela inquietudes serias, ya sea con respecto al sostenimiento del costo de las investigaciones, o con respecto al rumbo social de las conquistas. ¿Quién se beneficiaría con todos estos progresos? Es muy común el refrán por la búsqueda de la "calidad de vida" para legitimizar la experimentación en esta área. Si por un lado, teóricamente, la calidad de vida ganaría con los avances, en la práctica lo que observamos es una distancia paradójica entre las conquistas provida y la realidad de la miseria.

Se puede argumentar que los beneficios de las investigaciones tienen aplicación social solamente a largo plazo y que es necesario tener paciencia, pero esto no elimina la sospecha de hipocresía de que sea, realmente, la calidad de vida de todo lo que se está buscando.

Esa sospecha acabaría, si, paralelamente a las conquistas genéticas, hubiera igual disponibilidad en otras áreas en que la vida es puesta en peligro y en la marginalidad.

Es bueno recalcar que no se pone en tela de juicio al progreso técnico, sino la posición que ocupa en la red de nuestras relaciones humanas. Hoy en día, se sacraliza a la ciencia y se degrada a la persona humana.

Algunas consideraciones de estos movimientos

Los conceptos de bioética de frontera y bioética cotidiana del bioético italiano Giovanni Berlinguer (1992) nos remiten a lo concreto de la vida. La bioética de frontera es la que trata las nuevas tecnologías biomédicas aplicadas sobre todo a la fase naciente y a la fase terminal de la vida. La bioética cotidiana, que es nuestro reto en Latinoamérica está volcada a la exigencia de humanizar a la medicina, articulando fenómenos complejos, como la evolución científica de la medicina, la socialización del servicio sanitario, la creciente medicalización de la vida.

“La bioética significa la ética aplicada a la vida y se presenta como la búsqueda de un comportamiento responsable de parte de las personas que deben decidir tipos de tratamiento, investigaciones o posturas en relación a la humanidad. Además de la honestidad, del rigor científico o de la búsqueda de la verdad, requisitos previos de una buena formación científica, la reflexión bioética presupone algunos temas humanos que no se incluyen en los curriculums universitarios. Es, cada vez más difícil mantener el equilibrio entre el proceso biomédico y los derechos humanos, así como el mantenimiento de una ética o moral adulta” (Garrafa, 1995).

“El libre albedrío, la libertad, nunca consistieron en aceptar los casos infelices de nuestro destino biológico. La dignidad de la condición humana exige entre otras cosas, intentar de todo para erradicar las enfermedades, luchar contra las fatalidades naturales, la infelicidad, el sufrimiento, la miseria, las injusticias” (Cohen, 1993).

No es la solución de problemas técnicos lo que determinará nuestro futuro, sino los problemas éticos, ya que nuestra sociedad degrada a la persona humana y sacraliza a las cosas.

B. Bioética: el reto de la salud pública en América Latina

En su inicio la bioética se enfrentó con los dilemas éticos creados por el desarrollo de la medicina. Investigaciones en seres humanos, el uso humano de la tecnología, preguntas acerca de la muerte y el morir son algunas áreas sensibles en los años 90. Los temas originales de la bioética se han expandido a los problemas relacionados con los valores en las diversas profesiones de la salud, tales como la enfermería, salud pública, salud mental, etc. Numerosos temas sociales han sido introducidos en la amplitud temática de la bioética como por ejemplo: salud pública, asignación de recursos en salud, salud de la mujer, problema poblacional y ecología, para recordar algunos de ellos.

Se dice que la tecnología médica impulsa el desarrollo de la bioética clínica. Esto vale tanto en Latinoamérica como en Estados Unidos. Al principio, en Estados Unidos, las preguntas que se formulaban más a menudo giraban alrededor del uso humano de una nueva tecnología: el uso o retirada de aparatos, la aceptación o no del consentimiento informado.

En algunos países de Latinoamérica, la sola existencia de alta tecnología y centros de tratamiento médico avanzados plantea preguntas sobre la discriminación e injusticia de los servicios médicos. Las interrogaciones más difíciles en esta región no se basan en cómo se usa la tecnología médica sino quién es quien tiene acceso a la misma. Un fuerte sabor social califica a la bioética latinoamericana. Conceptos culturalmente fuertes tales como justicia, equidad y solidaridad deberán ocupar en la bioética latinoamericana un lugar similar al principio de la autonomía en los Estados Unidos.

Según James Drane, los latinoamericanos no son tan individualistas y con seguridad están menos inclinados al consumismo en sus relaciones con el personal médico que los norteamericanos. Sería una equivocación, pensar que el consentimiento informado y todo

lo que con esto tiene relación, no es importante para los latinoamericanos. El desafío es aprender de Estados Unidos y de los europeos, sin caer en una imitación ingenua de importar sus programas (Drane, 1996).

1. Ampliar la visión ética de la dimensión “micro” a “macro”

El gran desafío es desarrollar una bioética latinoamericana que corrija las exageraciones de las otras perspectivas y que rescate y valore a la cultura latina con respecto a lo que le es único y singular, una visión verdaderamente alternativa capaz de enriquecer el diálogo multicultural. No podemos olvidarnos que en América Latina la bioética tiene una cita obligatoria con la pobreza y exclusión a nivel social. Elaborar una bioética solamente en el nivel “micro” de estudios de casos de sabor únicamente deontológico, sin tener en cuenta esta realidad, no satisfecería los deseos y necesidades de una vida más digna. No estamos poniendo en tela de juicio al valor inconmensurable de toda y cualquier vida que debe salvarse, cuidarse y protegerse. Lo que tenemos que hacer es no perder la visión global de la realidad excluyente latinoamericana dentro de la cual se inserta la vida (Anjos, 1994).

A medida que la medicina moderna se convierte para las culturas actuales en lo que la religión era en la Edad Media, los temas que la bioética enfrenta se vuelven más centrales y generan un creciente interés público. En el umbral de las controversias bioéticas, significados básicos están cambiando en todos los cuadrantes del planeta: el significado de vida y muerte, familia, enfermedad, quien es padre o madre. Una mayor comunicación y diálogo mutuo entre los pueblos con diferentes perspectivas será inmensamente provechoso para otorgar una comprensión más profunda de cada cultura y soluciones mejores de problemas críticos similares. Las personas de diferentes regiones y culturas pueden trabajar para integrar las diferencias sociológicas, históricas y filosóficas y algún día quién sabe generar un conjunto de patrones bioéticos, respetuosos y coherentes que las personas religiosas y seculares puedan igualmente compartir.

En el pensamiento de Mainetti (1991), América Latina puede ofrecer una perspectiva bioética distinta y diferente de la norteamericana, debido a la tradición médica humanista y a las condiciones

sociales de países periféricos. Para este bioético argentino, la disciplina europea de filosofía general con tres ramas principales (antropología médica, epistemología y axiología), puede ser mejor equipada para transformar a la medicina científica y académica en un nuevo paradigma biomédico humanista. Tal enfoque evitaría acusaciones a menudo dirigidas a la bioética norteamericana y europea, de que el discurso de la bioética solamente surge para humanizar a la medicina mientras se olvida o deja de lado a la verdadera inhumanización del sistema. Por ejemplo, el discurso bioético de la autonomía puede esconder la despersonalización de los servicios médicos y sus riesgos de iatrogenia, la explotación del cuerpo y alienación de la salud. Como respuesta al desarrollo de la biomedicina en una era tecnológica, la bioética debe ser menos complaciente u optimista en relación al progreso y ser capaz de ejercer un rol crítico frente a este contexto.

La realidad latinoamericana de la bioética en épocas de cólera, sida y sarampión, exige una perspectiva de ética social dando prioridad al bien común, justicia y equidad antes que a los derechos individuales y virtudes personales. Se puede proponer una “macroética” de salud pública como una alternativa a la tradición angloamericana de “microética” o ética clínica. La necesidad más importante en estos países pobres es la equidad en la asignación de recursos y distribución de servicios de salud (Garrafa, 1997, Leisinger, 1993).

Leisinger se refiere a la política de la salud como una ramificación de la bioética, y ésta aún es una disciplina que está surgiendo. Al constatar la enorme fosa que separa a la realidad de la salud norteamericana con la de los otros países en desarrollo, vale registrar: “Mientras nosotros empezamos a enfrentar algunos de nuestros problemas complejos de salud con la ingeniería genética, centenas de millones de personas de los países en desarrollo sufren malaria, filariosis, esquistosomosis, enfermedad de Chagas o mal de Hansen. Ninguna de estas enfermedades –que son perfectamente prevenibles y/o curables– está siendo controlada de manera satisfactoria y, para algunas de ellas, la situación está en franco deterioro. “La bioética en la visión de este autor debería considerar la política de desarrollo en los países pobres. Un desarrollo que satisfaga las necesidades humanas más básicas de la población. En consecuencia, se debe asignar prioridad a la provisión de comida, educación básica, agua potable,

educación e instalaciones sanitarias, vivienda y servicios básicos de salud.

Iluminador al reflexionar sobre bioética bajo la perspectiva de América Latina, dice Gracia (1995): *“Los latinos se sienten sumamente incómodos con los derechos y principios. Ellos se han acostumbrado a juzgar a las cosas y actos, como buenos o malos en vez de correctos o equivocados. Prefieren la benevolencia a la justicia, la amistad al respeto mutuo, la excelencia al derecho (...). Los latinos buscan la virtud y la excelencia. No pienso que rechacen o desprecien a los principios (...). Una vez que las culturas latinas tradicionalmente han sido orientadas por la ética de las virtudes, el enfoque principalista puede servir de gran ayuda para evitar algunos defectos tradicionales de nuestra vida moral, tales como el paternalismo, la falta de respeto a la ley y tolerancia. En la búsqueda de la virtud y la excelencia, los países latinoamericanos tradicionalmente han sido intolerantes. La tolerancia no ha sido incluida como una virtud en el antiguo catálogo de las virtudes latinas. La virtud real era la intolerancia, la tolerancia era considerada un vicio (...). La tolerancia como una virtud fue descubierta por los anglosajones en el siglo XVII. Esta tal vez sea la diferencia más importante de las otras culturas. El tema moral más relevante no es el lenguaje que usamos para expresar nuestros sentimientos morales, sino el respeto por la diversidad moral, la opción entre pluralismo o fanatismo. El fanatismo afirma que los valores son completamente absolutos y objetivos y deben imponerse a los otros a la fuerza, mientras que la tolerancia defiende la autonomía moral y la libertad de todos los seres humanos y la búsqueda de un acuerdo moral en base a consenso”.*

El desarrollo de la bioética a nivel mundial últimamente está privilegiando inquietudes éticas típicas de países como los de América Latina y Caribe. Daniel Wikler, en la conferencia de clausura del III Congreso Mundial de Bioética (San Francisco -USA- 1996) titulada *“Bioethics and social responsibility”*, dice que al observar el nacimiento y desarrollo de la bioética, ya tenemos claramente delineadas cuatro fases:

- a) Primera fase: tenemos los códigos de conducta de los profesionales. La bioética es prácticamente entendida como ética médica.

- b) Segunda fase: entra en escena la relación médico paciente. Se cuestiona el paternalismo, se comienza a hablar de los derechos de los pacientes (autonomía, libertad, verdad, etc.).
- c) Tercera fase: cuestionamiento con respecto al sistema de salud, incluso organización y estructura, financiación y gestión. Los bioéticos tienen que estudiar economía y política de salud (Callahan, 1980).
- d) Cuarta fase: estamos entrando en ella en este final de la década del 90.

La bioética prioritariamente liderará con la salud de la población, entrando en escena las ciencias sociales, humanidades, salud pública, derechos humanos, el tema de la equidad y asignación de recursos entre otros temas candentes. Esta pauta programática tiene mucho que ver con el momento ético de América Latina.

2. *El reto del desarrollo de una mística para la bioética*

Nuestra reflexión quedaría incompleta si no señalásemos la necesidad desafiadora de desarrollar una mística para la bioética. Incluso puede ser que parezca raro que un pensamiento marcado por el pragmatismo y por el culto de la eficiencia sugiera que la bioética necesita una mística. La bioética necesita un horizonte de sentido, independiente de cuán angosto o amplio es, para desarrollar sus reflexiones y propuestas. Al mismo tiempo, no podemos practicar bioética sin optar en el mundo de las relaciones humanas. Esto por sí mismo es una indicación de la necesidad de alguna forma de mística o de un conjunto de significados fundamentales que aceptamos y a partir de los que cultivamos nuestros idealismos, hacemos nuestras opciones y organizamos nuestras prácticas.

No es fácil definir en pocas palabras una mística libertadora para la bioética. Necesariamente incluiría la convicción de la trascendencia de la vida que rechaza la noción de enfermedad, sufrimiento y muerte como absolutos intolerables. Incluiría la percepción de los otros como aliados capaces de vivir la vida en solidaridad y comprenderla y aceptarla como un don. Esta mística indudablemente sería testigo, en el sentido de no dejar que los intereses individuales egoístas se sobrepusieran y callaran la voz de los otros (excluidos) y

escondiera sus necesidades. Esta mística proclamaría delante de todas las conquistas de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud que el imperativo técnico científico, pueda hacer, pasa obligatoriamente por el discernimiento de otro imperativo ético, ¿entonces tengo que hacerlo? Aún más, alentaría a las personas, a los grupos de los más diferentes contextos sociopolíticos, económicos, culturales a unirse a la obra de garantizar una vida digna a todos, en la construcción de un paradigma económico y técnico científico que acepta ser guiado por las exigencias de la solidaridad humana (Anjos, 1994).

3. Algunas notas propositivas

1. El modelo de análisis teórico (paradigma) principalista iniciado con el Informe Belmont e implementado por Beauchamp y Childress en un lenguaje entre otros lenguajes éticos. No es el único y exclusivo. La experiencia ética se puede expresar en diferentes lenguajes, paradigmas o modelos teóricos, tales como el de las virtudes y excelencia, el casuístico, el contractual, el liberal autonomista, el del cuidado, el antropológico humanista, el de libertación, para recordar algunos. Obviamente que la convivencia con el ese pluralismo de modelos teóricos exige diálogo respetuoso entre las diferencias en que la tolerancia es un dato imprescindible. Todos estos modelos o lenguajes están intrínsecamente interrelacionados, pero cada uno en sí incompleto y limitado. Un modelo puede lidiar bien con un determinado aspecto de la vida moral, sin embargo al mismo tiempo no con los otros. No podemos considerarlos exclusivos, sino complementarios. Las dimensiones morales de la experiencia humana no se pueden capturar en un único enfoque. Esto no sorprende puesto que la amplitud y la riqueza de la profundidad de la experiencia humana siempre están más allá del alcance de cualquier sistema filosófico o teológico. Es esta humildad de sabiduría que nos dejará libres del virus de los "ismos" que son verdades parciales que toman una particularidad de una realidad como si fuera un todo.
2. Los problemas bioéticos más importantes a nivel de Latinoamérica y el Caribe son los que se relacionan con justicia, equidad y asignación de recursos en el sector de la salud. En amplios

sectores de la población todavía no ha llegado la alta tecnología médica y mucho menos el tan deseado proceso de emancipación de los enfermos. Aún impera el paternalismo a través de la beneficencia. Al principio de la autonomía, tan importante en la perspectiva angloamericana, necesitamos sobreponer el principio de la justicia, equidad y solidaridad (Pessini, 1997, Garrafa, 1995).

La bioética elaborada en el mundo desarrollado (USA y Europa) casi siempre ha ignorado las cuestiones básicas que millones de excluidos enfrentan en este continente y ha enfocado temas que para ellos son marginales o que sencillamente no existen. Por ejemplo, se habla mucho de morir con dignidad en el mundo desarrollado. Aquí estamos obligados a proclamar la dignidad humana que garantiza en primer lugar un vivir con dignidad y no sencillamente una sobrevivencia degradante, antes que un morir digno. Entre nosotros, la muerte es precoz e injusta, aniquila miles de vidas desde la infancia, mientras que en el primer mundo se muere después de haber vivido mucho y disfrutado la vida con elegancia hasta la vejez. ¿Un sobrevivir sufrido garantizaría la dignidad en el adiós a la vida?

3. Es característica típica de toda la región de América Latina y el Caribe la profunda religiosidad cristiana católica, que hoy sufre un impacto profundo con sectas fundamentalistas vía medios electrónicos. El proceso de secularización ha alcanzado a la burguesía culta, sin embargo no a la gran masa del pueblo. La moral de esa sociedad continúa siendo característica de la cultura norteamericana. Indudablemente nace aquí un desafío de diálogo, bioética, teología, entre esta bioética secular, civil, pluralista, autónoma y racional y este universo religioso.
4. Una bioética pensada a nivel "macro" (sociedad) tiene que ser propuesta como alternativa la tradición angloamericana de una bioética elaborada a nivel "micro" (solución de casos clínicos). La bioética resumida en un "bios" de alta tecnología en un "ethos" individualista (privacidad, autonomía, consentimiento informado) debe ser complementada en América Latina con un "bios" humanista y un "ethos" comunitario (solidaridad, equidad,

el otro). Ya se están realizando esfuerzos en ese sentido. Es digno de destacar la actuación del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS). En 1994 esta organización internacional en cooperación con la Organización Mundial de la Salud, Unesco y el Gobierno de México, en su XXVII Asamblea, realizada en Ixtapa (México, 17-20 de abril) abordaron la candente problemática: "Pobreza, vulnerabilidad, valor de la vida humana y emergencia de la bioética". Como resultado de este evento, "la declaración de IXTAPA" al proponer una agenda global para la bioética afirma: "A la luz del hecho de que la bioética se ha desarrollado primordialmente, pero no de forma exclusiva, en la mayoría de los países desarrollados, existe la necesidad apremiante de elucidar y adoptar universalmente los principios básicos de la bioética, de manera que reconozca las diferentes perspectivas a nivel mundial, relacionadas con moral, cultura, prioridades y valores. Un paso significativo rumbo a este objetivo sería el de establecer vínculos bilaterales y multilaterales, tales como cooperación técnica, intercambio e información entre instituciones y sociedades profesionales que trabajan con bioética en los países industrializados y en los países en desarrollo. Esas asociaciones serían mutuamente beneficiosas". (Pobreza, vulnerabilidad y el valor de la vida humana, una agenda global para la bioética, CIOMS, Ginebra, 1994).

5. Es necesario cultivar una sabiduría que desafíe proféticamente al imperialismo ético, de los que usan la fuerza para imponerse a los otros, como única verdad, su verdad moral particular, así como el fundamentalismo ético de los que se niegan a entablar un diálogo abierto con los otros, en un contexto siempre más secular y pluralista. Quien sabe, la intuición pionera de Potter (1971) al cuñar a la bioética como un puente hacia el futuro de la humanidad, deba ser reelaborada en este umbral de un nuevo milenio, también como un puente de diálogo multi y transcultural entre los diferentes pueblos y culturas, en el que podamos recuperar nuestra tradición humanista, el sentido del respeto y por la trascendencia de la vida en su magnitud máxima (cósmico ecológica) y disfrutarla como don y conquista de forma digna y solidaria.

Referencias Bibliográficas

1. ANJOS, M.F. Bioética a partir do terceiro mundo. Temas latino-americanos de ética. Aparecida, Sao Paulo, v. 3, p. 211-232, 1988 (Coleção Teologia Moral da América Latina).
2. ANJOS, M.F. Bioethics in a liberationist key. A Matter of principles: ferment in vs bioethics, Valley Forge, Pennsylvania, p. 130-147, 1994.
3. ANJOS, M.F. Medical ethics in the developing world: a liberation theology perspective. The Journal of Medicine and Philosophy, v. 21, n. 6, p. 629-637, dece. 1996.
4. AZEVEDO, S., Stolcke V. (orgs.) Direitos reprodutivos: Sao Paulo: Fundacao Carlos Chagas, 1991.
5. BERLINGER, G. Bioética cotidiana e bioética de fronteira. In: Saúde Coletiva: Rio de Janeiro: Drumond, 1992, p. 143-156.
6. COHEN, D. Les gènes de l'espoir. París: Robert Laffont, 1993, p. 200.
7. CONSELHO DE ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS DE CIÊNCIAS MÉDICAS (CIOMS). Poverty, vulnerability and the value of human life: a global agenda for Bioethics. Genève: Bankowski and Bryant, 1994.
8. DRANE. J.F. Bioethical perspectives from ibero-america. The Journal of Medicine and Philosophy, v. 21, n. 6, p. 567-569, dece. 1996.
9. GARRAFA, V. Bioética, responsabilidade e solidariedade. O Mundo da Saúde, Sao Paulo, v. 19, n. 5., p. 164-166, jan. 1995.
10. GARRAFA, V., OSELKA, G., DINIZ. D. Saúde Pública, Bioética e equidade. Bioética. v. 5, p. 27-33, 1997.
11. GARRAFA, V. A dimensao da ética em Saúde Pública. Sao Paulo: USP-Faculdade de Saúde Pública/Kellogg Goundation, 1998.

12. GRÁCIA, D. Hard times, hard choices: founding bioethics today. *Bioethics*, v. 9, n. 3-4, p. 192-206, jul. 1995.
13. LEISINGER, K. M. Bioethics in USA and in poor countries. *The International Journal for Healthcare Ethics Committees*, Cambridge, v. 2, n. 1, p. 5-8, 1-993.
14. PESSINI, L., Barchifontaine. C. de P. (orgs) *Fundamentos de Bioética*. Sao Paulo: Loyola, 1996.
15. PESSINI, L. BARCHIFONTAINE, C. de P. *Problemas atuais de bioética*. 4 ed. Sao Paulo: Loyola, 1997.
16. POTTER, V.R. *Bioethics: bridge to the future*. New Jersey: Prentice Hall, 1971.
17. WILKER, D. Bioethics and social responsibility. *Bioethics*, v. 11, n. 3-4, p. 185, 1997.

Sumario:

Con un transfondo histórico sobre la reflexión bioética, el autor nos ofrece un análisis comparativo tendiente a trazar el perfil de una bioética hecha en Estados Unidos o Europa, frente a una bioética hecha en Latinoamérica. Esto con el fin de alertar y alentar sobre la necesidad de una reflexión bioética en el contexto continental, marcado por una gran exclusión social y marginalidad creciente.

**Bioética:
do principialismo` a busca
de uma perspectiva
latino americana**

Léo Pessini

*Editor- chefe da Revista "O Mundo da Saúde" e
Superintendente da União Social Camiliana, Vice-reitor do
Centro Universitário SÃO CAMILO.*

*Endereço: Av. Nazaré, 1501 - Ipiranga
04263 - 200 - São Paulo - SP
Tel: (011) 2726077 - fax: (011) 2152361
E-Mail: pessini@scamilo.br*

Introdução

Tratandose de uma contribuição num contexto multidisciplinar de discussão a respeito de conceitos básicos de bioética, este texto procura avaliar os princípios bioéticos nas suas forças e fraquezas, a partir da evolução histórica da bioética.

Optamos por contextualizar a reflexão a partir da gênese do paradigma principialista (**parte I**), rememorando historicamente as origens dos fatos, acontecimentos e documentos que protagonizaram o surgimento da reflexão bioética principialista: o relatório Belmont da Comissão Nacional para a proteção dos seres humanos da pesquisa biomédica e comportamental (1978); uma descrição rápida do conteúdo dos princípios apontados pela Comissão e a obra clássica, **Principles of biomedical Ethics** de T.L. Beauchamp e J.F. Childress. A seguir nos perguntamos porque a bioética tornou-se principialista (**parte II**), são elencadas algumas razões, bem como são apontados alguns limites.

Nossa reflexão avança ao elaborar uma análise comparativa, tentando traçar o perfil de uma bioética "*made in USA*" e Europa (**parte III**) bem como a fisionomia de uma bioética Latino-americana (**parte IV**). Finalizamos apontando para além da linguagem dos princípios, a existência de outras linguagens alternativas que ajudam a captar a riqueza da experiência ética, inesgotável numa determinada visão reducionista e alertamos para a necessidade de elaboração uma bioética latino-americana aderente à vida destes povos, que ao honrar seus valores históricos, culturais, religiosos e sociais, obrigatoriamente na sua agenda temática a nível contextual terá encontro marcado com a exclusão social e pontualizará para valores tais como comunidade, equidade, justiça e solidariedade.

1. Gênese do paradigma principalista da bioética “made in USA”

Para melhor entendermos e fazermos uma avaliação crítica pertinente do paradigma bioético principalista, precisamos mergulhar nas origens do surgimento da reflexão bioética e destacar dois fatos de fundamental importância, quais sejam, o relatório Belmont e a obra de BEAUCHAMP E CHILDRESS, *Principles of biomedical Ethics*.

a) O relatório Belmont (1)

É importante ressaltar que na origem da reflexão ética principalista norte-americana, está a preocupação pública com o controle social da pesquisa em seres humanos. Em particular, três casos notáveis mobilizariam a opinião pública e que exigiram regulamentação ética. São eles: 1) Em 1963, no Hospital Israelita de doenças crônicas de Nova York, foram injetadas células cancerosas vivas em idosos doentes; 2) Entre 1950 a 1970, no hospital estatal de Willowbrook (NY), injetaram hepatite viral em crianças retardadas mentais e 3) Desde os anos 40, mas descoberto apenas em 1972, no caso de Tuskegee study no estado do Alabama, foram deixados sem tratamento 400 negros sífilíticos para pesquisar a história natural da doença. A pesquisa continuou até 1972 apesar do descobrimento da penicilina em 1945. O governo Norte-americano em 1996 pediu desculpas públicas a esta comunidade negra pelo que foi feito.

Reagindo a estes escândalos o governo norte americano via Congresso constituiu em 1974, a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* (Comissão nacional para a proteção dos seres humanos da pesquisa biomédica e comportamental), com o objetivo de “*levar a cabo uma pesquisa e estudo completo, que identificasse os princípios éticos básicos que deveriam nortear a experimentação em seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina*”. O Congresso solicitou também que a Comissão elaborasse num prazo de quatro meses um relatório de pesquisa envolvendo fetos humanos. Os membros da comissão inicialmente deram atenção total para esta questão considerada mias urgente e deixaram a tarefa de identificar os “*princípios éticos básicos*” para mais tarde. A medida que os trabalhos em questões

específicas avançavam, tais como, pesquisa com crianças, prisioneiros e doentes mentais, filósofos e teólogos foram convidados para prestar ajuda na tarefa e identificar os *"princípios éticos básicos"* na pesquisa com seres humanos.

Esta comissão demorou quatro anos, para a publicação do que ficou sendo conhecido como o Relatório Belmont (Belmont Report), por ter sido realizado no Centro de Convenções Belmont em Elkridge no Estado de Mariland. Neste espaço de tempo, os membros da Comissão acharam oportuno publicar algumas recomendações a respeito de como enfocar e resolver os conflitos éticos levantados pelas ciências biomédicas. Para eles, os códigos, não obstante sua utilidade, não eram operativos, pois *"suas regras são com freqüência inadequadas em casos de situações complexas"*. Além disso, os códigos apontam para utilização de normas que em casos concretos podem conflitar resultando na prática *"difíceis de interpretar e de aplicar"*. É claro que a comissão dispunha de documentos tais como o Código de Nuremberg (1947), Declaração de Helsinque(1964) entre outros, mas considerou o caminho apontado pelos códigos e declarações de difícil operacionalização.

Após quatro anos de trabalhos a Comissão propõe um método complementar, baseado na aceitação de que *"três princípios éticos mais globais deveriam prover as bases sobre as quais formular, criticar e interpretar, algumas regras específicas"*. A comissão reconhecia que outros princípios, poderiam também ser relevantes, porém três foram identificados como fundamentais. Segundo Albert R. Jonsen, um dos 12 membros da comissão, após muita discussão fixaram-se três princípios por estarem *"profundamente enraizados nas tradições morais da civilização ocidental, implicados em muitos códigos e normas a respeito de experimentação humana que tinham sido publicadas anteriormente e além disso refletiam as decisões dos membros da comissão que trabalhavam em questões particulares de pesquisa com fetos, crianças, prisioneiros e assim por diante"*.

O relatório Belmont foi oficialmente promulgado em 1978 e causou um grande impacto. Tornou-se a declaração principialista clássica, não somente para a ética ligada a pesquisa com seres humanos, mas acabou sendo também utilizada para a reflexão bioética

em geral. Pela sua importância vejamos o que a Comissão entendia pelos princípios identificados.

b) Os princípios éticos no entender da comissão governamental

Os três princípios identificados pelo relatório Belmont foram: o respeito pelas pessoas (autonomia), beneficência e justiça. Vejamos rapidamente em que consistia cada um destes princípios na visão da comissão:

O *respeito pelas pessoas* incorpora pelo menos duas convicções éticas: 1) as pessoas deveriam ser tratadas com autonomia; 2) as pessoas cuja autonomia está diminuída, devem ser protegidas. Por pessoa autônoma, o Relatório entendia como sendo o indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir sob a orientação desta deliberação. A autonomia é entendida num sentido muito concreto, como a capacidade de atuar com conhecimento de causa e sem coação externa. O conceito de autonomia da comissão não é o Kantiano, o homem como ser autolegisador, mas outro muito mais empírico, segundo o qual uma ação se torna autônoma quando passou pelo trâmite do consentimento informado. Deste princípio derivam procedimentos práticos: uma é a exigência do consentimento informado e o outro é o de como tomar decisões de substituição, quando uma pessoa é incompetente ou incapaz, isto é, quando não tem autonomia suficiente para realizar a ação de que se trate.

No princípio da *beneficência*, o **Relatório Belmont** rechaça claramente a idéia clássica da beneficência como caridade e diz que a considera de uma forma mais radical como uma obrigação. Neste sentido são formuladas duas regras como expressões complementares dos atos de beneficência: a) não causar dano e b) maximizar os benefícios e minimizar os possíveis riscos. O **Relatório Belmont** não distingue entre beneficência e não-maleficência, o que vai ser feito posteriormente por Beauchamp e Childress.

No terceiro princípio, o da justiça, entendem os membros da comissão por justiça como sendo a *"imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios"*. Outra maneira de entender o princípio de justiça é dizer que *"os iguais devem ser tratados igualmente"*. O

problema está em saber quem são os iguais. Entre os homens existem diferenças de todo tipo e que muitas delas devem ser respeitadas em virtude do princípio de justiça, por exemplo, ideal de vida, sistema de valores, crenças religiosas, etc. Não obstante isso existe um outro nível em que todos devemos ser considerados iguais, de tal modo que as diferenças nesse nível devem ser consideradas injustiças.. Neste particular a Comissão não deixou nada claro.

O Relatório Belmont, um documento brevíssimo por sinal, inaugurou um novo estilo ético de abordagem metodológica dos problemas envolvidos na pesquisa em seres humanos. A partir de então não se analisa mais a partir da letra dos códigos e juramentos, mas a partir destes três princípios com os procedimentos práticos deles conseqüentes. Neste contexto, o trabalho de T.L. Beauchamp e J.F. Childress, considerados os “pais” da reflexão principialista vai ter um grande impacto, importância e sucesso nos anos seguintes.

c) **A obra clássica de T.L. BEAUCHAMP e J.F. CHILDRESS (2)**

É importante notar que o relatório Belmont, referia-se somente às questões éticas levantadas pela pesquisa em seres humanos. Estava fora de seu horizonte de preocupação todo o campo da *prática clínica e assistencial*. Beauchamp e Childress com sua famosa obra **Principles of Biomedical Ethics** (Princípios de ética biomédica), aplicam para a área clínico-assistencial o “sistema de princípios” e procuram assim livrá-la do velho enfoque próprio dos códigos e juramentos. Esta obra transformou-se na principal fundamentação teórica do novo campo da ética biomédica. Foi publicada inicialmente em 1979 (em 1994 saiu a quarta edição revista e ampliada), um ano após o relatório Belmont. Um dos autores, T.L. BEAUCHAMP, era membro da Comissão que redigiu o Relatório Belmont e se beneficiou de todo o processo. Beauchamp juntamente com J.F. CHILDRESS re-trabalharam os três princípios em “*quatro*”, distinguindo beneficência e não maleficência. Estes autores basearam na sua obra da teoria de um grande eticista inglês do início do século, SIR DAVID ROSS que fala dos *deveres atuais e “prima facie”* (prima facie duties e actual duties).

Os autores no prefácio de sua obra dizem que pretendem analisar sistematicamente os princípios morais que devem ser aplicados na

biomedicina. Trata-se pois de uma enfoque claramente princípalista. Eles entendem a ética biomédica como uma “ética aplicada”, no sentido de que o específico dela é aplicar os princípios éticos gerais aos problemas da prática médico-assistencial.

É conveniente assinalar que Beauchamp e Childress são pessoas com convicções filosóficas e éticas bem distintas. Beauchamp é um utilitarista enquanto que Childress é claramente um deontologista. Suas teorias éticas são portanto, distintas e dificilmente conciliáveis na hora de justificar ou fundamentar os citados princípios. Mas ao invés de verem-se frente a um abismo, os autores consideram isso uma vantagem. As discrepâncias teóricas não devem impedir o acordo sobre normas, isto é, sobre princípios e procedimentos. Dizem eles que “o utilitarismo e o deontologismo, chegam a formular normas similares ou idênticas”. Todos, tanto os teleologistas bem como os deontologistas, podem aceitar o sistema de princípios e chegar a decisões idênticas em casos concretos, não obstante suas discrepâncias em relação aos aspectos teóricas da ética.

Na perspectiva de Beauchamp e Childress os princípios e as normas são consideradas obrigatórios *prima facie*, o que significa que quando não entram em conflito entre si devem ser respeitados. Em caso de conflito, um terá prioridade sobre os outros de tal maneira que será preciso abrir uma exceção. Isso quer dizer que tais normas nesse caso são deveres *prima facie*, porém não deveres “reais e efetivos” (atuais). As exceções são sempre de “atos” e não de princípios. Os princípios, enquanto tais, isto é *prima facie*, não tem exceções, porém quando se aplicam a casos concretos, podem ter. As exceções acontecem sempre no nível dos deveres atuais, não dos princípios.

2. O paradigma da bioética princípalista (3)

Os “*princípios éticos básicos*”, quer sejam os três do Relatório Belmont ou os quatro de Beauchamp e Childress, deram para os estudiosos de ética algo que sua própria tradição acadêmico-disciplinar não lhes forneceu: *um esquema claro para uma ética normativa que tinha de ser prática e produtiva.*

Segundo Albert Jonsen, um dos pioneiros da bioética, os princípios deram destaque para as reflexões mais abrangentes, vagas e menos operacionais dos filósofos e teólogos da época. Em sua simplicidade e diretividade, forneceram uma linguagem para falar com um novo público, formado de médicos, enfermeiros e outros profissionais da área da saúde(4).

A bioética tornou-se então principialista por várias razões, entre outras:

- 1) Os primeiros bioeticistas encontraram na ética normativa de seu tempo, no estilo dos princípios, a *via media*, entre a terra árida da meta-ética ou metafísica e as riquezas das visões da ética teológica, mas geralmente inacessíveis.
- 2) O *Relatório Belmont* foi o documento fundamental que respondeu à necessidade dos responsáveis pela elaboração de normas públicas, de uma declaração simples e clara, das bases éticas para regulamentar a pesquisa.
- 3) A nova audiência composta de médicos e estudantes de medicina entre outros profissionais da área da saúde, foram introduzidos nos dilemas éticos da época através da linguagem dos princípios, que mais do que complexificar, na verdade ajudou a entender, clarear e chegar a acordos procedurais em questões extremamente difíceis e polêmicas trazidas pelo tecnociência.
- 4) O sucesso do modelo principialista é devido à adoção pelos clínicos. Os princípios deram a eles um vocabulário, categorias lógicas para percepções e sentimentos morais não verbalizados anteriormente, bem como meios para resolver os dilemas morais num determinado caso, no processo de compreensão das razões e tomada de decisão.

258

A fonte de abusos do principialismo está na necessidade humana de segurança moral e de certezas num mundo de incertezas. O “principialismo” neste sentido foi o porto seguro para os médicos durante o período de profundas mudanças na compreensão ética dos cuidados clínicos assistenciais nos EUA.

Tudo isso levou ao fortalecimento do assim chamado “princípalismo”, que sem dúvida teve grandes méritos e alcançou muito sucesso. Em grande parte o que é a bioética nestes poucos anos de existência (30 anos) é resultado do trabalho principalmente de bioeticistas na perspectiva princípalista. Hoje se fala que o “princípalismo” está doente, alguns críticos vão mais longe e até dizem que é um paciente terminal, mas chega-se ao quase consenso de que não pode ser visto como um procedimento dogmático infalível na resolução de conflitos éticos. Não é uma ortodoxia, mas uma abreviação utilitária da filosofia moral e teologia, que serviu muito bem aos pioneiros da bioética e continua a ser útil hoje em muitas circunstâncias. A bioética não pode ser reduzida a uma ética da eficiência aplicada predominantemente num nível individual. Nasceram várias perspectivas de abordagem bioética para além dos princípios, que somente elencamos para conhecimento. Temos o modelo da **casuística** (Albert Jonsen e Stephen Toulmin), das **virtudes** (Edmund Pellegrino e David Thomasma), do **cuidado** (Carol Gilligan), do **direito natural** (John Finnis), apostando no valor central da autonomia e do indivíduo o modelo **“liberal autonomista”** (Tristram Engelhardt); o modelo **contratualista** (Robert Veatch); o modelo **antropológico personalista** (E. Sgreccia, D. Tettamanzi, S. Spinsanti); o modelo de **libertação** (a partir da América Latina com a contribuição da teologia da libertação) só para mencionar algumas perspectivas mais em evidência.

É bom lembrar que Childress e Beauchamp, princípalistas notórios, tornam-se casuístas quando examinam os casos. Na quarta edição de sua famosa obra, **Principles of biomedical ethics**, após a argumentação e reflexão sobre os princípios ao longo de sete capítulos, o capítulo oitavo (último) é todo dedicado *“as virtudes e ideais na vida profissional”*. Vale a pena registrar o que dizem esses autores na conclusão de sua obra: *“Neste capítulo final fomos além dos princípios, regras, obrigações e direitos. Virtudes, ideais e aspirações por excelência moral, apoiam e enriquecem o esquema moral desenvolvido nos capítulos anteriores. Os ideais transcendem as obrigações e direitos e muitas virtudes levam as pessoas a agir de acordo com princípios e normas bem como seus ideais (...). Quase todas as grandes teorias éticas convergem na conclusão que o mais importante ingrediente na vida moral da pessoa é o desenvolvimento de caráter que cria a motivação íntima e a força para fazer o que é certo e bom”* (5).

Indício claro de que estes autores, notórios “princípioalistas” apresentam um horizonte ético que vai além dos mero princípioalismo absolutista tão duramente criticado hoje pelos bioeticistas. Fica evidente que nesta versão de sua obra Beaucamp e Childress incorporam as inúmeras observações críticas que receberam ao longo dos anos desde o surgimento de sua obra (1979).

O bom senso aconselha de ver os princípios como instrumentos para interpretar determinadas facetas morais de situações e como guias para a ação. Abusos de princípios ocorrem quando modelamos as circunstâncias para aplicar um princípio preferido e acaba-se caindo no “ismo, e não se percebe mais que existem limites no procedimento princípioalista considerado como infalível na resolução dos conflitos éticos.

Ao fazer uma avaliação dos princípios na bioética, que surgiram um pouco como a “tábua de salvação dos dez mandamentos” Hubert Lepargneur aponta entre outras observações a respeito dos limites dos princípios que na implementação sempre está implicado uma casuística (análise de casos clínicos). Além disso no horizonte bioético para além dos princípios surge como tarefa para a bioética colocar no seu devido lugar a prudência (*phronesis*) como sabedoria prática, que vem desde a tradição Aristotélica tomista e que foi esquecida na reflexão bioética hodierna. A sabedoria prática da prudência *phronesis* domina a ética, e portanto, a vivência da moralidade, porque vincula, numa síntese, o agente (com seu condicionamento próprio e intenção), o contexto da ação, a natureza da mesma ação e o seu resultado previsível. A figura de proa da ética é a *phronesis* que forma as regras da ação e sabe implementá-las. (6 e 7).

Vejamos a seguir algumas características de duas tradições de bioética, especificamente a norte-americana e europeia.

3. Bioética “made in USA” e bioética europeia (8)

Pelo exposto até o momento percebemos que a bioética princípioalista é um produto típico da cultura norte-americana. Existe uma profunda influência do pragmatismo filosófico anglo-saxão em três aspectos fundamentais: nos casos, nos procedimentos e no processo

de tomada de decisões. Os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça são utilizados, porém no geral são considerados mais como máximas de atuação prudencial, não como princípios no sentido estrito. Fala-se mais de procedimentos e estabelecimentos de normas de regulação. Por exemplo, não há muita preocupação em definir o conceito de autonomia, mas em estabelecer os procedimentos de análise da capacidade ou competência (consentimento informado) Buscam-se os caminhos da ação mais adequados, isto é, resolver problemas tomando decisões a respeito de procedimentos concretos.

Diego Gracia, bioeticista espanhol, defende a tese de que não é possível resolver os problemas de procedimento sem abordar as questões de fundamentação. Fundamentos e procedimentos são na verdade duas facetas da mesma moeda, inseparáveis. Pobre procedimento que não está bem fundamentado e pobre fundamento que não dá como resultado um procedimento ágil e correto (9).

Nada mais útil do que uma boa fundamentação e nada mais fundamental que um bom procedimento, são convicções de grande parte de bioeticistas europeus. A filosofia na Europa sempre se preocupou muito com os temas de fundamentação, talvez até exageradamente, dizem alguns. Por outro lado, o pragmatismo norte-americano ensinou a cuidar dos procedimentos. Neste sentido pergunta-se se a integração das duas tradições não seria algo a ser perseguido.

Duas tradições distintas - é possível dialogar e integrar?

Numa perspectiva dialogal entre as tradições de bioética norte-americana e a europeia é interessante ouvir o bioeticista James Drane, estudioso de ética clínica e que se tem preocupado com a bioética na dimensão transcultural. Para ele a ética europeia é mais teórica e se preocupa com questões de fundamentação última e de consistência filosófica. Diz: *“ao estar na Europa e ao identificar-me com o horizonte mental e com as preocupações de meus colegas, observo o caráter pragmático e casuístico de nosso estilo de proceder a partir de vossa perspectiva. Certamente, nossa forma de fazer ética não é a correta e as outras são erradas. De fato estou convencido de que todos nós temos de aprender uns dos outros”* (10).

Existe nos EUA uma forte corrente pragmática, ligada à maneira como os norte-americanos lidam com os dilemas éticos. Tal estilo é influenciado por John Dewey (1859-1952), considerado o pai do pragmatismo, que aplicou os métodos da ciência na resolução de problemas éticos. Pragmatismo que se desenvolve como corolário do empirismo de Francis Bacon, do utilitarismo de Jeremy Bentham e John Stuart Mill, Dewey e que mais tarde avançará para o positivismo lógico. Dewey pensava que a ética e as outras disciplinas humanistas progrediam muito pouco porque empregavam metodologias envelhecidas. Criticou a perspectiva clássica grega, segundo a qual os homens são expectadores de um mundo invariável em que a verdade é absoluta e eterna. Dewey elaborou uma ética objetiva, utilizando o método científico na filosofia. Para ele, a determinação do bem ou do mal era uma forma de resolver os problemas práticos empregando os métodos próprios das ciências, para chegar a respostas que sejam funcionais na prática. A tendência é de assumir uma perspectiva consequentialista com critério utilitarista. Não podemos esquecer que como reação a esta orientação dominante, surge John Rawls e sua reflexão sobre a justiça como equidade. Drane critica a perspectiva da bioética *"made in USA"* que não leva em conta o caráter, as virtudes, mas fica pura e simplesmente polarizada numa reflexão racional sobre as ações humanas. Sem dúvida este enfoque é parcial. A ética não trata somente de ações mas também de hábitos (virtudes) e de atitudes (caráter). Neste sentido o enfoque ético europeu fortemente marcado pela idéia de virtude e caráter, pode ser complementar ao norte-americano. A ética médica dos EUA se desenvolveu num contexto relativista e pluralista, porém se inspira na ciência e se apoia no postulado científico que exige submeter toda proposta à sua operacionalidade na vida real.

Segundo Drane, por mais importantes que sejam as questões críticas sobre fundamentação, não seria imprescindível resolvê-las, antes que se possa progredir. De fato, começar a partir da vida real (fatos e casos de uma determinada situação clínica) tem muita vantagem sobre o procedimento no sentido inverso, no caso, o método dedutivo baseado em elegantes teorias. Na visão deste bioeticista norte americano *"um dos aspectos mais inesperados e gratificantes da experiência americana em ética médica é ver os inúmeros acordos conseguidos em problemas médicos de grande complexidade, numa*

cultura pluralista, quando o processo começa com elementos reais e trata de encontrar uma solução prática e provável, mais que uma resposta certa e teoricamente correta” (11).

Outro aspecto importante enfatizado por J. Drane é quando ele afirma que a ética médica salvou a ética, enquanto refletiu seriamente sobre o lícito e o ilícito em contato com os problemas reais. Colocou novamente a ética em contato com a vida. Stephen Toulmin fala do renascimento da filosofia moral em sua obra **“Como a ética médica salvou a vida da filosofia moral”**. A filosofia moral reencontrou o mundo da ação e a teologia moral libertou-se do moralismo.

A contribuição da ética teológica neste contexto foi importante e não deve ser esquecida. Ela nunca se afastou da realidade e foi capaz de tomar a iniciativa quando a atenção voltou-se para os problemas médicos. Pouco a pouco, também os especialistas leigos de ética se incorporaram neste movimento. Muitos dos problemas com os quais a ética-teológica se preocupava, por exemplo, questões relacionadas com o início e fim da vida, procriação e morte, procediam do campo médico. A ética através da medicina foi forçada a entrar em contato com o mundo real.

Anteriormente os tratados de ética não eram documentários sobre temas que eram de interesse as pessoas comuns, mas escritos refinados e ininteligíveis sobre o significado dos conceitos morais. A ética se tornou inacessível, excetuando-se os refinados especialistas em lingüística e praticamente não dizia nada a respeito dos problemas do dia-a-dia do cidadão comum.

A perspectiva anglo-americana é mais individualista do que a européia privilegiando a autonomia da pessoa. Está prioritariamente voltada para microproblemas, buscando solução imediata e decisiva das questões para um indivíduo. A perspectiva européia privilegia a dimensão social do ser humano, com prioridade para o sentido da justiça, equidade preferencialmente aos direitos individuais. A bioética de tradição filosófica anglo-americana desenvolve uma normativa de ação que, enquanto conjunto de regras que conduzem a uma boa ação, caracterizam uma moral. A bioética de tradição européia avança numa busca acerca do fundamento do agir humano. Para além da

normatividade da ação em campo de extrema complexidade a exigência da sua fundamentação metafísica (12).

Após esta exposição, ainda que introdutória, de duas visões fundamentais de bioética, das quais dependemos muito e que sem dúvida são fontes de inspiração para uma perspectiva bioética típica da América Latina, é necessário tecer algumas considerações a respeito de onde nós nos situamos frente a todo este cenário. Considerado como sendo o continente da esperança quando se olha prospectivamente, mas que infelizmente no presente é marcado pela exclusão, morte e marginalização crescente em todos os âmbitos da vida, nos perguntamos se a bioética não teria um papel crítico transformador desta realidade.

4. Bioética latino americana e bioética “made in USA”

A bioética no seu início se defrontou com os dilemas éticos criados pelo desenvolvimento da medicina. Pesquisa em seres humanos, o uso humano da tecnologia, perguntas sobre a morte e o morrer são algumas áreas sensíveis nos anos 90. As questões originais da bioética se expandiram para problemas relacionados com os valores, nas diversas profissões da saúde, tais como enfermagem, saúde pública, saúde mental etc. Um grande número de temas sociais foram introduzidos na abrangência temática da bioética tais como, saúde pública, alocação de recursos em saúde, saúde da mulher, questão populacional e ecologia, para lembrar alguns temas.

Seguimos com J. Drane, bioeticista norte-americano, que tem refletido sobre bioética num contexto norte-americano e Latino americano. É dito que a tecnologia médica impulsiona o desenvolvimento da bioética clínica. Isto vale tanto na América Latina bem como nos EUA. No início, nos EUA, as perguntas que se faziam com maior frequência eram em torno do uso humano de uma nova tecnologia: o uso ou retirada de aparelhos, a aceitação ou não do consentimento informado.

Em alguns países da América Latina, a simples existência de alta tecnologia e centros de cuidado médico avançados levanta questões em torno da discriminação e injustiça na assistência médica. As interrogações mais difíceis nesta região giram em torno não de

como se usa a tecnologia médica, mas quem tem acesso a ela. Um forte saber social qualifica a bioética latino-americana. Conceitos culturalmente fortes tais como justiça, Equidade e solidariedade deverão ocupar na bioética latino-americana, um lugar similar ao princípio da autonomia nos EUA.

Segundo Drane os latino-americanos não são tão individualistas e certamente estão menos inclinados ao consumismo em suas relações com o pessoal médico, que os norte-americanos. Seria um erro, pensar que o consentimento informado e tudo o que com ele se relaciona, não fosse importante para os latino-americanos. O desafio é aprender dos EUA e dos europeus, sem cair no imitacionismo ingênuo de importar seus programas.

a) Ampliar a reflexão ética a nível "micro" para o nível "macro"

O grande desafio é desenvolver uma bioética latino-americana que corrija os exageros das outras perspectivas e que resgate e valorize a cultura latina no que lhe é único e singular, uma visão verdadeiramente alternativa que possa enriquecer o diálogo multicultural. Não podemos esquecer que na América Latina a bioética tem o encontro obrigatório com a pobreza e exclusão nível social. Elaborar uma bioética somente em nível "micro" de estudos de casos de sabor deontológico somente, sem levar em conta esta realidade, não responderia aos anseios e necessidades por mais vida digna. Não estamos questionando o valor incomensurável de toda e qualquer vida que deve ser salva, cuidada e protegida. Temos sim não perder a visão global da realidade excludente latino-americana na qual a vida se insere (13 e 14).

A medida que a medicina moderna torna-se para as culturas de hoje o que a religião era na idade média, as questões com as quais a bioética se defronta tornam-se sempre meias centrais e geram um crescente interesse público. Na limiar das controvérsias bioética significados básicos estão mudando: o significado da vida e morte, família, doença, quem é pai ou mãe, em todos os quadrantes do planeta. Maior comunicação e diálogo mútuo entre os povos com diferentes perspectivas será imensamente proveitoso no sentido de trazer uma compreensão mais profunda de cada cultura e soluções melhores para problemas críticos similares. As pessoas de diferentes regiões e

culturas podem trabalhar para integrar as diferenças sociológicas, históricas e filosóficas e algum dia quem sabe gerar um conjunto de standards bioéticos, respeitoso e coerente em que as pessoas religiosas e seculares podem igualmente partilhar.

No pensamento de J.A. Mainetti, a América Latina pode oferecer uma perspectiva bioética distinta e diferente da Norte-americana, por causa da tradição médica humanista e pelas condições sociais de países periféricos. Para este bioeticista argentino, a disciplina europeia de filosofia geral com três ramos principais (antropologia médica, epistemologia e axiologia), pode ser melhor equipada para transformar a medicina científica e acadêmica num novo paradigma biomédico humanista. Tal abordagem evitaria acusações frequentemente direcionadas à bioética Norte-americana e europeia, de que o discurso da bioética somente surge para humanizar a medicina enquanto esquece ou não aborda a real desumanização do sistema. Por exemplo, o discurso bioética da autonomia pode esconder a despersonalização dos cuidados médicos e seus risco de iatrogenia, a exploração do corpo e alienação da saúde. Como resposta ao desenvolvimento da biomedicina numa era tecnológica, a bioética deve ser menos complacente ou otimista em relação ao progresso e ser capaz de exercer um papel crítico frente a este contexto (15).

A realidade da Latino Americana da bioética em tempo de cólera, Aids e sarampo, exige uma perspectiva de ética social com preocupação com o bem comum, justiça e equidade antes que em direitos individuais e virtudes pessoais. Uma “macroética” de saúde pública pode ser proposta como uma alternativa para a tradição anglo-americana da “microética” ou ética clínica. A maior necessidade nestes países pobres é de equidade na alocação de recursos e distribuição de serviços de saúde (16).

Iluminador ao refletir sobre perspectivas bioética a nível de América Latina, neste diálogo transcultural, o que diz Diego Grácia. *“Os latinos sentem-se profundamente inconfortáveis com direitos e princípios. Eles acostumaram-se a julgar as coisas e atos, como bons ou ruins ao invés de certo ou errado. Eles preferem a benevolência à justiça, a amizade ao respeito mútuo, a excelência ao direito. (...) Os latinos buscam a virtude e a excelência. Não penso que eles rejeitam*

ou desprezam os princípios. Na busca da virtude e excelência os países latinos tradicionalmente tem sido intolerantes. A tolerância não foi incluída como uma virtude no velho catálogo das virtudes latinas. A virtude real era a intolerância, a tolerância era considerada um vício. (...). A tolerância como uma virtude foi descoberta pelos Anglo-saxões no século XVII. Esta é talvez a mais importante diferença com as outras culturas. A questão moral mais importante não é a linguagem que usamos para expressar nossos sentimentos morais, mas o respeito pela diversidade moral, a escolha entre pluralismo ou fanatismo. O fanatismo afirma que os valores são completamente absolutos e objetivos e devem ser impostos aos outros pela força, enquanto que a tolerância defende a autonomia moral e a liberdade de todos os seres humanos e a busca de um acordo moral pelo consenso” (17).

O desenvolvimento da bioética a nível mundial vem ultimamente privilegiando preocupações éticas típicas de países tais como os da América Latina e Caribe. Daniel Wikler, na palestra conclusiva do III Congresso mundial de bioética (São Francisco - EUA - 1996) intitulada “*Bioethics and social responsibility*”, diz que ao olharmos o nascimento e desenvolvimento da bioética temos já claramente delineadas quatro fases: **a) Primeira fase:** temos os códigos de conduta dos profissionais. A bioética é praticamente entendida como sendo ética médica. **b) Segunda fase:** entra em cena o relacionamento médico-paciente. Questiona-se o paternalismo, começa-se a falar dos direitos dos pacientes (autonomia, liberdade, verdade, etc). **c) Terceira fase:** questionamentos a respeito do sistema de saúde, incluindo organização e estrutura, financiamento e gestão. Os bioeticistas tem que estudar economia e política de saúde (Callahan - 1980) e **d) Quarta fase:** estamos entrando nela neste final da década de 90. A bioética prioritariamente vai lidar com a *saúde da população*, entrando em cena ciências sociais, humanidades, saúde pública, direitos humanos, questão da equidade e locação de recursos entre outros temas candentes (18). Esta agenda programática tem tudo a ver com o momento ético da América Latina.

b) O desafio de desenvolver uma mística para a bioética

Estaria incompleta nossa reflexão se não apontássemos a necessidade desafiante de se desenvolver uma *mística para a bioética*.

Pode até parecer estranho para um pensamento marcado pelo pragmatismo e pelo culto da eficiência sugerir que a bioética necessite de uma mística. A bioética necessita de um horizonte de sentido, não importa o quanto estreito ou amplo que seja, para desenvolver suas reflexões e propostas. Ao mesmo tempo, não podemos fazer bioética sem optar no mundo das relações humanas. Isto em si mesmo é um indicação da necessidade de alguma forma de mística, ou de um conjunto de significados fundamentais que aceitamos e a partir dos quais cultivamos nossos idealismos, fazemos nossas opções e organizamos nossas práticas.

Não é fácil definir em poucas palavras uma mística libertadora para a bioética. Ela necessariamente incluiria a convicção da transcendência da vida que rejeita a noção de doença, sofrimento e morte como absolutos intoleráveis. Incluiria a percepção dos outros como parceiros capazes de viver a vida em solidariedade e compreendê-la e aceitá-la como um Dom. Esta mística seria sem dúvida, testemunha no sentido de não deixar os interesses individuais egoístas, se sobreporem e calem a voz dos outros (excluídos) e escondam suas necessidades. Esta mística proclamaria frente a todas as conquistas das ciências da vida e do cuidado da saúde que o imperativo técnico-científico, *posso fazer*, passa obrigatoriamente pelo discernimento de outro imperativo ético, *logo devo fazer?* Ainda mais, encorajaria a todos as pessoas, grupos dos mais diferentes contextos sócio-político-econômico-culturais, a unir-se na empreitada de garantir vida digna para todos, na construção de um paradigma econômico e técnico-científico, que aceita ser guiado pelas exigências da solidariedade humana(19).

5. Algumas notas conclusivas

1. O modelo de análise teórica (paradigma) principalista iniciado com o Relatório Belmont e implementado por Beauchamp e Childress é uma linguagem entre outras linguagens éticas. Não é a única exclusiva. A experiência ética pode ser expressa em diferentes linguagens, paradigmas ou modelos teóricos, tais como o das virtudes e excelência, o casuístico, o contratual; o liberal autonomista, o do cuidado, o antropológico humanista, o de libertação só para lembrar alguns. Obviamente que a convivência com esse pluralismo de modelos teóricos exige diálogo respeitoso pelas

diferenças em que a tolerância é um dado imprescindível. Todos esses modelos ou linguagens estão intrinsecamente interrelacionados, mas cada um em si é incompleto e limitado. Um modelo pode lidar bem com um determinado aspecto da vida moral, mas ao mesmo tempo não com os outros. Não podemos considerá-los como sendo exclusivos, mas complementares. As dimensões morais da experiência humana não podem ser capturadas numa única abordagem. Isto não surpreende pois a amplitude e a riqueza da profundidade da experiência humana sempre estão além do alcance de qualquer sistema filosófico ou teológico. É esta humildade da sabedoria que nos deixará livres do vírus dos “ismos” que são verdades parciais que tomam uma particularidade de uma realidade como sendo o todo.

2. Os problemas bioéticos mais importantes a nível de América Latina e Caribe são aqueles que se relacionam com a justiça, equidade e alocação de recursos na área da saúde. Em amplos setores da população ainda não chegou a alta tecnologia médica e muito menos o tão almejado processo de emancipação dos doentes. Ainda impera via beneficência o paternalismo. A princípio da autonomia tão importante na perspectiva Anglo-americana precisamos contrapor o princípio da justiça, equidade e solidariedade(20 e 21).

A bioética elaborada no mundo desenvolvido (USA e Europa) na maioria das vezes ignorou as questões básicas que milhões de excluídos enfrentam neste continente e enfocou questões que para eles são marginais ou que simplesmente não existem. Por exemplo, fala-se muito de morrer com dignidade no mundo desenvolvido. Aqui somos impedidos a proclamar a dignidade humana que garante primeiramente um viver com dignidade e não simplesmente uma sobrevivência aviltante, antes que um morrer digno. Entre nós, a morte é precoce e injusta, ceifa milhares de vidas desde a infância, enquanto que no primeiro mundo se morre depois de se ter vivido muito e desfrutado a vida com elegância até na velhice. Um sobreviver sofrido garantiria a dignidade no adeus à vida?

3. Característica típica de toda a região da América Latina e Caribe é a profunda religiosidade cristã católica, que hoje sofre um

profundo impacto com seitas fundamentalistas via mídia eletrônica. O processo de secularização atingiu a burguesia culta, porém não a grande massa do povo. A moral dessa sociedade continua a ser fundamentalmente confessional, religiosa. Esta sociedade não conheceu o pluralismo característico da cultura norte-americana. Nasce aqui sem dúvida um desafio de diálogo, bioética-teologia, entre esta bioética secular, civil, pluralista, autônoma e racional com este universo religioso.

4. Uma bioética pensada a nível “macro” (sociedade) precisa ser proposta como alternativa à tradição anglo-americana de uma bioética elaborada a nível “micro” (solução de casos clínicos). A bioética sumarizada num “bios” de alta tecnologia e num “ethos” individualista (privacidade, autonomia, consentimento informado) precisa ser complementada na América Latina por um “bios” humanista e um “ethos” comunitário (solidariedade, equidade, o outro).
5. É preciso cultivar uma sabedoria que desafie profeticamente o **imperialismo ético**, daqueles que usam a força para impor aos outros, como única verdade, sua verdade moral particular, bem como o **fundamentalismo ético** daqueles que recusam entrar num diálogo aberto e sincero com os outros, num contexto sempre mais secular e pluralista. Quem sabe, a intuição pioneira de V.R. Potter (1971) ao cunhar a bioética como sendo uma *ponte para o futuro* da humanidade, necessita ser retrabalhada neste limiar de um novo milênio, também como uma *ponte de diálogo multi e transcultural*, entre os diferentes povos e culturas, em que possamos recuperar nossa tradição humanista, o sentido e respeito pela transcendência da vida na sua magnitude máxima (cósmico ecológica) e desfrutá-la como dom e conquista de forma digna e solidária.

Bibliografía

1. “*The Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*”, National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research - 1979 in: **Encyclopedia of Bioethics**, revised Edition, vol 5, Warren Thomas Reich (Editor in Chief), Georgetown University, Mcmillan, New York, p. 2767-2773.

2. BEAUCHAMP, Tom L. & CHILDRESS, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, Fourth Edition, New York, Oxford University Press, 1994.
3. DUBOSE, E.R. & HAMEL, R.P. & O'CONNELL, L.J. *A matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics*. Trinity Press International, Pennsylvania, 1994. NB: Esta é a melhor obra disponível no momento atual para uma compreensão histórico cultural da gênese dos princípios bioéticos bem como uma profunda análise crítica e proposta de alternativas. É fruto de uma encontro multi-disciplinar (*case conference*) realizado em Chicago (EUA- 1992) sob os auspícios do *Park Ridge Center*, do qual participaram experts em bioética das mais diferentes partes do planeta. Representando a perspectiva Latino americana, Marcio Fabri dos Anjos, teólogo brasileiro, apresentou uma contribuição na perspectiva da teologia da libertação que é publicado nesta obra com o título "*Bioethics in a liberationist Key*" p.130-147.
4. JONSEN, Albert R., "Foreword" in: DUBOSE, E.R. & HAMEL, R.P. & O'Connell, Laurence J., *A matter of Principles. Ferment in U.S. Bioethics*, Trinity Press International, Pennsylvania, 1994, p. IX-XVII.
5. BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, James F., **op.cit.** p. 502.
6. LEPARGNEUR, Hubert, "*Força e fraqueza dos princípios da bioética*" in: **Bioética**, Brasília, vol. 4, n. 2, 1996, p. 131-143.
7. LEPARGNEUR, Hubert, **Bioética, novo conceito: a caminho do consenso**, Edições Loyola/CEDAS-Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, São Paulo, 1996.
8. PESSINI, Léo & BARCHIFONTAINE, Christian de Paul (org.), **Fundamentos da Bioética**, Paulus, São Paulo, 1996.
9. GRÁCIA, Diego, **Procedimientos de decision en ética clínica**, Madrid, Eudema, 1991.
10. DRANE, James, "*Preparacion de un Programa de Bioética: Consideraciones Básicas para el Programa Regional de Bioética de la OPS*", in: **Bioética**, Brasília, vol 3, n. 1, 1995, p. 7-18.

11. DRANE, James F., "*Bioethical Perspectives from Ibero-America*", in: **The Journal of Medicine and Philosophy**, vol. 21, n.6; december 1996, p. 557-569.
12. PATRÃO NEVES, Maria do Céu, "*A fundamentação antropológica da Bioética*" in: **Bioética**, vol. 4, 1996, p. 7-16.
13. ANJOS, Márcio Fabri dos, "*Medical ethics in the developing world: a liberation theology perspective*", in: **The Journal of Medicine and Philosophy**, vol. 21, n. 6, december 1996, p. 629-637.
14. ANJOS, Márcio Fabri dos, "*Bioethics in a liberationist key*", in: **A matter of principles: ferment in US bioethics**, editado por E.R. Dubose, R.P. Hamel, L.J. O'Connell, Trinity Press International, Valley Forge, Pennsylvania, 1994, p. 130-147.
15. MAINETTI, José Alberto, "*History of medical ethics: The Americas - d. Latin America*" in: **Encyclopedia of Bioethics**, revised Edition, vol 5, Warren Thomas Reich (Editor in Chief), Georgetown University, Mcmillan, New York, p. 1639-1644.
16. GARRAFA, Volnei, OSELKA, G., DINIZ, D., "*Saúde Pública, Bioética e equidade*" in: **Bioética**, vol. 5, 1997, p. 27-33.
17. GRÁCIA, Diego, "*Hard Times, hard choices: founding bioethics today*" in: **Bioethics**, vol. 9, n. 3-4, julho 1995, p. 192-206.
18. WIKLER, Daniel, "*Bioethics and social responsibility*" in: **Bioethics**, vol. 11, n. 3/4, 1997, p. 185-186.
19. ANJOS, Márcio Fabri dos, "*Bioethics in a liberationist key*", **op.cit.** p. 145.
20. PESSINI, Léo & BARCHIFONTAINE, Christian de Paul, **Problemas atuais de bioética**, 4ª edição revista e ampliada, 1997. (Cf. Especialmente o capítulo "*Bioética na América Latina e Caribe*", p. 59-72).
21. GARRAFA, Volnei, **A dimensão da ética em saúde Pública**. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública - USP/Kellogg Foundation, 1995.

**Guía
de Pastoral de la Salud
para América Latina
y El Caribe**

Presentación

La revelación del Evangelio de la vida se nos da como un bien que hay que comunicar a todos: para que todos los hombres estén en comunión con nosotros y con la Trinidad (cf. Jn 1,3). No podremos tener alegría plena si no comunicamos este Evangelio a los demás... (E.V. 101).

Estas palabras de Juan Pablo II en la Carta Encíclica *Evangelium Vitae* nos presentan en forma muy positiva y sugerente la misión fundamental de la Pastoral de la Salud. En efecto, a todos los cristianos nos compete promover, cuidar, defender y celebrar la vida, haciendo presente en la historia el don liberador y salvífico de Jesús, quien ha venido a traernos vida y vida en abundancia (Cfr. Jn 10,10).

Dentro de este espíritu ofrecemos a las Conferencias Episcopales de América Latina y el Caribe unas orientaciones generales para inculcar la Buena Nueva en el mundo de la salud.

Esta guía es fruto del trabajo llevado a cabo en los encuentros regionales y latinoamericanos de Pastoral de la Salud que, a partir de 1989, ha convocado el Departamento de Pastoral Social-DEPAS-CELAM. En el II Encuentro Latinoamericano y del Caribe, celebrado en Quito-Ecuador en 1994, se logró la elaboración de un primer documento de trabajo, que se ha enriquecido con el aporte de las Comisiones Episcopales y de los grupos de agentes de Pastoral de la Salud que a lo largo y ancho del continente están comprometidos en la evangelización del mundo de la salud. Esta primera fase del proceso culminó en el III Encuentro Latinoamericano y del Caribe realizado en Santo Domingo en 1998, donde también se incursionó en la temática de la formación de los agentes de pastoral de la salud.

Junto con esta guía orientadora, el CELAM ofrece el Manual de Teología y Pastoral de la Salud y otros materiales de formación que, sin duda alguna, serán un buen apoyo para la preparación de los profesionales y de los agentes de pastoral que sirven en el campo de la salud en América Latina y el Caribe.

Agradecemos el permanente y generoso esfuerzo del Padre Adriano Tarrarán y de los demás miembros del Equipo Asesor de Pastoral de la Salud del CELAM, lo mismo que la colaboración de todas las personas que han permitido que esta guía sea una realidad. Sirvan estas orientaciones para impulsar y fortalecer la Pastoral de la Salud en el continente. Que toda la comunidad cristiana, con renovado espíritu misionero, se sienta llamada a anunciar, celebrar y servir al Evangelio de la vida y de la esperanza (cfr. E.V., ns. 80 a 91).

+ Mons. Carlos Aguiar Retes.
Obispo de Texcoco-México
Secretario General del CELAM

Introducción

1. El presente documento quiere ofrecer a toda la comunidad cristiana unas orientaciones y pautas acerca de la Pastoral de la Salud en Latinoamérica y el Caribe.
2. La sociedad actual, y en especial el mundo de la salud, ha experimentado numerosos y profundos cambios que no podemos ignorar y nos llaman a estar en actitud de escucha y de búsqueda para asumirlos y actuar pastoralmente con eficacia y realismo.
3. El hombre sufriente tiene que ser motivo de preocupación y solicitud en la acción misionera de la Iglesia. El sufrimiento y el dolor afectan a la persona no sólo en su aspecto físico, sino que repercuten en su integridad. El sufrimiento es un problema humano.
4. "Es necesario, por lo tanto, delinear un proyecto unitario de Pastoral de Salud con la colaboración de toda la comunidad

cristiana”, en actitud de apertura y valoración de los aportes provenientes de las ciencias psicoso-ciales y de las investigaciones médicas, con una fundamentación teológico-bíblica seria y una estructura y organización propia a nivel latinoamericano, nacional, diocesano y parroquial.

5. En este sentido vemos importante unificar criterios, directrices y lenguaje. Por lo tanto ya no hablamos de pastoral de enfermos sino de pastoral de la salud, porque la acción de la Iglesia debe llegar a la realidad total del hombre, donde éste vive y actúa, y no únicamente a la situación de enfermedad; es una pastoral humanizadora y evangelizadora que hace presentes los gestos y palabras de Jesús misericordioso e infunde consuelo y esperanza a los que sufren; una pastoral que anuncia al Dios de la vida, que promueve la justicia y la defensa de los derechos de los más débiles, de los enfermos; que compromete a toda la comunidad cristiana en un trabajo organizado y estructurado dentro de la pastoral de conjunto.

1. ¿Qué es salud?

6. La salud es afirmación de la vida y como tal tiene que ver con la subjetividad, la espiritualidad, la convivencia democrática, la cultura del reconocimiento de lo diferente, de la alegría y de la fiesta. La convivencia con la naturaleza, la vivencia de la relación con la tierra como madre de la vida y como casa y medio ambiente de todos los seres.
7. La salud es un derecho fundamental al cual toda persona debe tener acceso sin privilegios ni exclusiones.
8. ¿Qué entendemos por salud? Es un proceso armónico de bienestar (“bien-ser”) físico, psíquico, social y espiritual y no sólo la ausencia de enfermedades, que capacita al hombre a cumplir la misión para la que Dios lo ha destinado, de acuerdo a la etapa de la vida en que se encuentre.

9. La salud es entonces, una experiencia humana, mejor “biográfica”. Y está en estrecha relación con la vivencia que la persona tiene de su propia corporeidad, de su lugar en el mundo y los valores sobre los cuales construye su existencia. En síntesis, podríamos decir que salud es “armonía entre cuerpo y espíritu, armonía entre persona y ambiente, armonía entre personalidad y responsabilidad”.

La salud es una condición esencial para el desarrollo personal y colectivo. Esto plantea varias exigencias, entre ellas señalamos:

- Articular la salud con la alimentación, la educación, el trabajo, la remuneración, la promoción de la mujer, del niño, etc.
- Encarar las acciones de defensa de la vida y de la salud, no sólo en función de las necesidades inmediatas de las personas, de las colectividades y de las relaciones interpersonales, sino también en función de la construcción de proyectos de desarrollo nacional, local y parroquial, en un marco de equidad, solidaridad, justicia, democracia, calidad de vida y participación ciudadana.

10. Esta concepción dinámica y socioeco-lógica de la salud permite entender no sólo las causas físicas de la enfermedad sino también las causas sociales y, desde esta perspectiva, aportar elementos para un diálogo y una concertación entre la sociedad y la Iglesia para mejorar la situación de salud de los países latinoamericanos.

Permite también a la pastoral de la salud tener un marco referencial para el desarrollo de sus acciones y planes de trabajo.

2. La salud en América Latina y el Caribe

11. La Iglesia en Santo Domingo expresó su preocupación y angustia frente al “creciente empobrecimiento en el que están sumidos millones de hermanos nuestros, hasta llegar a intolerables extremos de miseria; considerado el más devastador y humillante flagelo que vive América Latina y El Caribe”.

Aspecto económico

12. El número de pobres sobrepasa los 200 millones; la desigualdad y distancia entre pobres y ricos se hace cada vez mayor. Esta situación tiene causas estructurales pero se ha visto incrementada por efecto de las políticas de ajuste neoliberal, aplicadas en casi todos nuestros países, a fin de propiciar una inserción internacional de Latinoamérica en un mundo cada vez más globalizado e interdependiente, donde las grandes potencias deciden los destinos del planeta.

13. Dichas políticas de ajuste estructural tuvieron su principal justificación en los desequilibrios macroeconómicos de orden fiscal y externo en la década de los ochenta.

Los años ochenta se han caracterizado por el flagelo de la inflación aumentado por el déficit fiscal, el peso de la deuda externa, el desarrollo monetario y la destrucción de las economías estatales; por la pérdida de recursos fiscales, la corrupción, la caída de las inversiones tanto nacionales como extranjeras, generando niveles de pobreza que aún persisten y se agravan de acuerdo con la situación de cada país.

14. El estancamiento económico que se produjo en la década de los ochenta significó, para América Latina y el Caribe, una reducción severa en la inversión pública y privada, generando grandes deficiencias en términos de abastecimiento de agua potable, saneamiento básico y la modernización, mantenimiento y conservación de equipos y planta física de los servicios de salud.

Como consecuencia, 160 millones de personas no tienen acceso permanente a servicios de salud, 130 millones no tienen acceso a agua potable segura; 145 millones carecen de sistemas sanitarios; 100 millones no acceden a sistemas de recolección de basura.

Millones de personas que sufren los estragos de esta crisis y de los ajustes económicos se hallan desamparadas de la atención del Estado; de otra parte, la solidaridad de la sociedad es aún insuficiente para hacer frente a la magnitud de estos problemas socio-económicos.

15. En estos años de ajuste del modelo neoliberal se ha descuidado enormemente el gasto social, especialmente en el área de la salud, dando mayor atención al pago de la deuda externa; llevando a una situación de mayor pobreza y desaliento a las poblaciones latinoamericanas, con una repercusión en el desarrollo de las comunidades.
16. Un desafío que se nos abre en el momento presente es el de orientar el desarrollo económico en una perspectiva que incorpore la preocupación por la persona humana y el medio ambiente, y la profundización de la democracia no sólo como método de gobierno sino también como forma sustancial de vida.
17. Se está dando una inversión de la pirámide demográfica, como consecuencia de la reducción de la tasa de fertilidad y aumento de la expectativa de vida, y además, por los movimientos migracionales dados entre los países y los desplazamientos forzados de la población como consecuencia de la violencia y de la búsqueda de mejores condiciones de vida.

Aspecto demográfico

18. Es necesario reflexionar y denunciar el concepto de explosión demográfica planteado por el primer mundo, como causa única de la pobreza, no considerando a ésta como un fruto de la injusticia, de la corrupción y de la mala distribución de recursos. Por ejemplo, los indicadores de fertilidad y natalidad han bajado en América Latina pero no han mejorado los indicadores de calidad de vida; al contrario, se nota un aumento de la pobreza, generadora cada vez más de enfermedades y muerte.

Aspecto social

19. La Iglesia menciona en Puebla y Santo Domingo los rostros sufrientes de Cristo en Latinoamérica.

“Rostros desfigurados por el hambre, consecuencia de la inflación, de la deuda externa e injusticias sociales; rostros desilusionados por los políticos que prometen y no cumplen; rostros

humillados a causa de su propia cultura que no es respetada y que es incluso despreciada; rostros aterrorizados por la violencia diaria e indiscriminada; rostros angustiados de los menores abandonados que caminan por nuestras calles y duermen bajo nuestros puentes; rostros sufridos de las mujeres humilladas y postergadas; rostros cansados de los migrantes que no encuentran digna acogida; rostros envejecidos por el tiempo y el trabajo que no tienen lo mínimo para sobrevivir dignamente”.

20. Es también motivo de preocupación la falta de una atención integral y la situación de abandono en la que viven los ancianos, los enfermos mentales, los incurables, los limitados físicos en largos procesos de rehabilitación; la falta de control en el costo y calidad de los medicamentos; el tráfico de órganos, la esterilización de las fuentes de la vida, el elevadísimo número de abortos y el tráfico de niños.
21. Así mismo nos preocupan los avances de la tecnología médico-científica de los cuales se beneficia solamente un sector privilegiado de la población y en muchas ocasiones interfieren en la vida humana sin ningún valor ético.
22. Por otro lado, los países de América Latina y el Caribe han tenido que atender en forma simultánea los problemas de salud que tienen su origen en la pobreza y el subdesarrollo y las enfermedades características de los países desarrollados, como las enfermedades crónicas y degenerativas (cardiovasculares, diabetes, hipertensión, tabaquismo, cáncer, etc.).
23. A esto se suman los problemas de salud mental que son favorecidos por el deterioro del medio ambiente y de las condiciones de vida, por el incremento de la violencia y por el urbanismo traumático.
24. Es importante señalar nuevos enfoques en los factores que mantienen la salud y que causan enfermedad y muerte.

Sabemos que los hábitos de vida y reproducción fueron responsables del 50% de años de vida perdidos; el medio ambiente y

su influencia sobre las personas, del 20%; la genética, del 20%; y el sistema de salud, que ha sido la principal preocupación, apenas del 10%.

Según los datos de la Organización Panamericana de la Salud - OPS, ocurren en la Región de las Américas aproximadamente 700,000 muertes por año producidas por causas evitables con los conocimientos y recursos existentes. Entre éstas las infecciones diarreicas son responsables de una alta proporción de muertes evitables en los niños en las Américas.

25. La descomposición social, la situación de violencia e inseguridad han incrementado en forma alarmante los homicidios y muertes violentas especialmente en algunos países.
26. La tasa de morbilidad por enfermedades infecciosas aumentó durante los últimos años de manera significativa, especialmente entre los grupos que viven bajo condiciones de extrema pobreza.

El cólera se diseminó en estos últimos decenios poniendo en evidencia el atraso e inadecuación de la infraestructura de salud y de los servicios de agua potable y de saneamiento básico que sufre la población, sobre todo la más pobre. Los casos de malaria sobrepasan el millón por año, la tuberculosis pulmonar, la leishmaniasis, así como el dengue y enfermedades de transmisión sexual siguen cobrando víctimas. Cerca de una quinta parte de la población de la región tiene riesgo de ser infectada por el virus del Sida.

Se han realizado con éxito campañas para erradicar la poliomielitis, el tétano, la difteria y la tos ferina en los menores de cinco años; sin embargo, aún persisten brotes de epidemias de sarampión y tétano neonatal.

27. La desnutrición es un problema de salud que afecta por lo menos al 12% de la población de la región y a cerca de 7 millones de menores de cinco años. En algunos países la situación es aún más delicada teniendo en cuenta que las tasas de desnutrición representan hasta el 28%.

Ha disminuido la mortalidad infantil global no así la tasa de morbimortalidad perinatal, lo cual constituye un motivo de preocupación.

Aspecto ecológico

28. El compromiso del creyente con el medio ambiente nace directamente de su fe en Dios creador. La tierra no es una reserva a la que hay que explotar de manera ilimitada, el hombre puede servirse de ella, pero le debe respeto y admiración, ya que es colaborador y artífice pero no dueño absoluto de si mismo ni de las cosas.
29. Las amenazas al medio ambiente son hoy numerosas: la deforestación, la contaminación del agua y del aire, la erosión del suelo, la desertización, las lluvias ácidas...; es por ello, nos advierte el Papa, que la paz mundial está amenazada no sólo por la carrera armamentista, por los conflictos regionales y las injusticias existentes en pueblos y naciones, sino también por la falta de respeto con la naturaleza, por la explotación desordenada de sus recursos y el progresivo deterioro de la calidad de vida.
30. Los desastres naturales siguen afectando a varios países de América Latina siendo denominador común la ausencia de una cultura de la prevención y de la acción sistematizada para la atención de las poblaciones afectadas.
31. La humanidad se está dando cuenta de que ya no puede seguir abusando de los bienes de la tierra como en el pasado, es necesario crear un sistema de gestión de los recursos mejor coordinado a escala internacional adoptando iniciativas eficaces a corto y largo plazo.

*"Del hombre que espera, ama, se angustia, sufre y sangra: sed su sostén, defended su mundo, la hermosa y tan amenazada Tierra"*¹.

¹ Cincuenta palabras para el próximo milenio. Mondadori, Madrid 1998; p. 117-121.

Los servicios de salud

Observamos el deterioro y la ineficiencia en la prestación de servicios de atención primaria en salud como consecuencia de limitaciones en la asignación de recursos financieros, humanos y materiales y también por la falta de continuidad en la implementación de estrategias que requieren de un mediano plazo para conseguir resultados.

32. Se constata también un deterioro en la mística, vocación y ética de los trabajadores de la salud ocasionada por la deficiencia en la formación integral del personal.

A estos problemas se suman unas políticas de la salud como empresa rentable, instrumento de lucro, tanto en los servicios asistenciales como en la producción de equipos, y la tendencia del Estado a privatizar los servicios, desentendiéndose aún más de los más pobres.

33. En estos últimos años la Organización Panamericana de la Salud ha reconocido la importancia de reflexionar y trabajar el concepto sobre la promoción de la salud.

Entendemos por promoción de la salud el proceso por el cual se facilita a las personas y a los pueblos los medios para que puedan prevenir las enfermedades y velar por su propia salud.

34. Existe una tendencia a reducir los problemas de salud más complicados al comportamiento personal, especialmente en lo que se refiere a los hábitos que implican riesgos como beber, fumar y alimentarse mal.

De ahí que se hayan implementado tantos programas y estrategias orientadas a promocionar estilos de vida saludables, formas de vida sanas:

- Señalamos, la importancia de una educación básica en lo que se refiere a los hábitos de higiene, saneamiento ambiental, nutrición adecuada y un empleo correcto del tiempo libre, deporte.

- Dotar a las poblaciones urbana y rural de los servicios básicos de salud como son agua potable, de calidad adecuada y en cantidad suficiente, acompañada de los servicios sanitarios: letrinas, recolección de basuras, alcantarillado, etc.
- Ofrecer a los grupos más pobres toda la información sobre la salud y la educación para que se beneficien de los conocimientos básicos.

Esto junto con otras modalidades de apoyo económico a nivel comunitario permitirán un desarrollo más humano, más justo y equitativo.

Signos de esperanza:

35. La reflexión y el enfoque integral que se le viene dando a la salud como calidad de vida, bienestar integral, derecho fundamental de toda persona y condición esencial para el desarrollo personal y colectivo.
36. El surgimiento de numerosas organizaciones populares que trabajan en el cuidado, defensa y promoción de la vida en áreas rurales y urbanas, con programas de educación y capacitación nutricional y alimenticia; la organización de centros de salud, botiquines populares y farmacias.
37. La presencia cada vez más significativa de mujeres que asumen compromisos en favor de las comunidades: comités de salud, promotoras de salud, acompañamiento a los enfermos y ancianos, y en la creación o refuerzo de redes de solidaridad.
38. La medicina popular y tradicional practicada por las culturas ancestrales que se va desarrollando con todo su valor tiene en cuenta el contexto global de la salud y de la enfermedad. Los conocimientos y el uso de la sabiduría popular permiten fortalecer la identidad cultural del pueblo.
39. A nivel de la Iglesia hay un despertar de iniciativas y trabajos organizados para promover la humanización de las estructuras

- y de las instituciones, fomentando la formación, capacitación y actualización de los profesionales de salud a nivel humano y ético.
40. También nos llena de esperanza el surgimiento de grupos de pastoral de salud, asociaciones de enfermos, organizaciones populares de salud comunitaria, los cuales formulan propuestas en una línea de afirmación de la salud como condición indispensable para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.
 41. La presencia evangelizadora de la Iglesia a través de numerosos laicos comprometidos, profesionales de salud, sacerdotes, religiosos/as, que promueven, animan y apoyan estas iniciativas.
 42. Numerosas Conferencias Episcopales valoran la Pastoral de la Salud y están comprometidas en organizarla y estructurarla dentro de la pastoral de conjunto.

3. Fundamentación Bíblico-Teológica

43. Mirar la realidad a la luz del Evangelio nos hace descubrir los signos de vida y de muerte que se revelan en nuestra práctica cotidiana y nos interpelan para definirnos como generadores de vida o de muerte.
44. La Palabra del Señor se hace escuchar desde los rostros sufrientes de los hombres y mujeres de este pueblo latinoamericano y nos dice que tiene hambre y sed, que está enfermo y nos llama a comprometernos en el cuidado de la vida y de la salud ante las múltiples amenazas que las acechan en nuestra realidad.

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

"He venido para que tengan vida y la tengan en abundancia"
(Jn 10,10).

45. El Dios de la Biblia es un Dios de amor y nos hace partícipes de ese amor a través de la creación. Todas las cosas han sido creadas para el bien y para la felicidad de los hombres.

46. Dios quiere al hombre señor de la creación y lo invita a administrarla, preservar los recursos naturales, cuidar el medio ambiente, convivir en armonía con la naturaleza, prevenir efectos nocivos, admirar y recrearse con el paisaje; disfrutar y transformar la naturaleza en conformidad con el plan divino.

Creado a imagen y semejanza de Dios, el hombre recibe de El la vida y el llamado a comunicarla, a cuidarla, a defenderla, a protegerla, a promoverla desde su concepción hasta su fin natural.

Estamos llamados a vivir esta responsabilidad en libertad: "Pongo delante de ti vida o muerte, bendición o maldición. Escoge la vida para que vivas, tú y tu descendencia".

La persona humana logra su plena realización cuando vive esa amistad y señorío.

Por lo tanto ser generadores de hambre, dolor, sufrimiento, enfermedad, en una palabra, muerte, es rechazar el amor de Dios, negarse a recibir el don de la vida, signo de su presencia en nuestra historia.

Preferencia de Jesús por los pobres y los enfermos

47. En el Misterio de la Encarnación, expresión visible del amor del Padre, el Hijo de Dios asume nuestra condición y se solidariza con toda situación humana. Jesús no sólo es sensible a todo dolor humano sino que se identifica con el que tiene hambre, frío, está enfermo... y hace del compromiso con el necesitado criterio de salvación o condenación: "Venid, benditos de mi Padre... Apartaos de mí, malditos..." (Mt 25, 3-4). Jesús sufrió pasión y muerte de cruz para liberarnos del pecado y de la muerte; por eso brilla como Palabra de Vida.

48. Al contemplar la vida y la misión de Jesús, descubrimos que anuncia el Reino de Dios con gestos y palabras: *“Recorría Jesús toda Galilea, enseñando en las sinagogas, proclamando la Buena Nueva del Reino y curando toda enfermedad y toda dolencia en el pueblo”* (Mt 4, 23).

La salud que llega a los enfermos en los gestos y palabras de Jesús es signo visible del amor de Dios y de su poder para perdonar los pecados.

Cuando Juan el Bautista envía mensajeros para preguntar a Jesús por su identidad, Jesús les responde: *“Id y contad a Juan lo que habéis visto y oído: los ciegos ven, los cojos andan, los leprosos quedan limpios, los sordos oyen y se anuncia a los pobres la Buena Noticia”* (Lc 4,16-21).

Jesús es el Ungido por el Espíritu y realiza el proyecto de Dios (Is 61,1-2).

49. Jesús se acercó a los enfermos, a los pobres, a las mujeres y a todos los excluidos, a los marginados de las instituciones religiosas y políticas de su época, no para reforzar su situación de exclusión, de marginación, de dolor, sino para hacerlos sentir dignos, valorarlos, acompañarlos, para invitarlos a levantarse de su postración, para sacarlos de su condición de pecado.

Por eso los pobres, los necesitados, todos los que tienen su vida en peligro lo buscan porque El tiene palabras de salud, de vida eterna.

50. La pasión y muerte de Jesús son consecuencia del conflicto entre el anuncio del reino y los poderes de muerte que se oponen. Con su pasión y muerte Jesús asume la identidad del Siervo de Yaveh: En medio de la enfermedad, del dolor, del sufrimiento Jesús anuncia la esperanza y es fuente de vida. Para Jesús los pobres, los olvidados, los enfermos, no son solamente objeto de compasión o de curación, sino protagonistas del Reino, anunciadores del Evangelio. Es en esta perspectiva en que aparece el Jesús de la Cruz como clave de lectura pascual y

generadora de esperanza, que nos ayuda a descubrir el sentido del dolor y del sufrimiento.

La Iglesia continúa la misión de Jesús

51. Como Jesús, la Iglesia apostólica continúa el anuncio de la Buena Nueva liberadora del Evangelio y ese anuncio la compromete radical e integralmente.

52. El mandato de Jesús a sus seguidores y a la Iglesia incluye una atención preferencial a los enfermos y afligidos. En el envío misionero y apostólico a los discípulos, les dice expresamente: "Id proclamando que el Reino de los Cielos está cerca. Curad enfermos..." (Mt 10, 5-8).

Los apóstoles y la primera comunidad cristiana son fieles a la misión de Jesús en el servicio y el anuncio del Reino: "No tengo plata ni oro..., en nombre de Jesucristo, el Nazareno, ponte a andar" (Hch 3, 6-7).

El poder de curar, de restablecer la salud es un carisma y un ministerio dentro de la comunidad y es un signo de la proclamación de la Buena Nueva de vida y salvación en Cristo.

53. El espíritu del samaritano debe impulsar el quehacer de la Iglesia; como madre amorosa debe acercarse a los enfermos, a los débiles, a los heridos, a todos los que se encuentran tirados en el camino para acogerlos, cuidarlos, curarlos, infundirles fortaleza y esperanza.

En el restablecimiento de la salud física está en juego algo más que la victoria inmediata sobre la enfermedad. Cuando nos acercamos a los enfermos nos acercamos a todo el ser humano y al universo de sus relaciones, porque la enfermedad lo afecta integralmente.

54. Cuando Jesús se encuentra con los enfermos para curarlos, para restablecer su salud, para hacerlos sentir personas y reincorporarlos a la sociedad, proclama el milagro de la vida; en ellos se

manifiesta la victoria de Cristo sobre el pecado y la muerte y se convierten en portadores de la Buena Nueva del Reino.

55. La Iglesia en su misión profética está llamada a anunciar el Reino a los enfermos y a todos los que sufren, velando para que sus derechos sean reconocidos y respetados, así como también a denunciar el pecado y sus raíces históricas, sociales, políticas y económicas que producen males como la enfermedad y la muerte.

La comunidad cristiana anuncia la Buena Nueva de la salvación cuando opta por la vida y alimenta la esperanza de la construcción de un mundo más humano, de “cielos nuevos y tierra nueva” (Apoc 21, 1).

56. Sin esta preocupación especial por los pobres y marginados, la Iglesia pierde su identidad; sin un acercamiento bondadoso, servicial y liberador a los enfermos y a todos los que sufren, pierde su razón de ser.

“Se puede decir que el hombre de modo especial se hace camino de la Iglesia cuando en su vida entra el sufrimiento... y es éste uno de los caminos más importantes”.

De esto es consciente la Iglesia en la mirada que a sí misma se hizo en el Concilio Vaticano II como también en las Conferencias de Medellín, Puebla y Santo Domingo en relación con la realidad latinoamericana y la Nueva Evangelización.

57. El mundo de la salud, en sus múltiples expresiones, ha ocupado siempre un lugar privilegiado en la acción caritativa de la Iglesia. A través de los siglos no sólo ha favorecido entre los cristianos el nacimiento de diversas obras de misericordia, sino que ha hecho surgir de su seno muchas instituciones religiosas con la finalidad específica de promover, organizar, perfeccionar y extender la asistencia a los enfermos, a los débiles y a los pobres.

Son muchos los religiosos y las religiosas que viven su consagración a Dios y que participan en la misión de la Iglesia a través del servicio a los enfermos y a los que sufren. Es un verdadero

ejército de servidores de la vida que trabajan en situaciones difíciles y precarias, que ayudan a hermanos afectados por la enfermedad, el dolor y la muerte, a buscar y encontrar el sentido humano y cristiano de esta realidad, que inspira energías de humanización en lugares y ambientes que corren el riesgo de transformarse en lugares de abandono y de desesperación.

“Los gozos y las esperanzas, las tristezas y las angustias de los hombres de nuestro tiempo, sobre todo de los pobres y de toda clase de afligidos, son también gozos y esperanzas, tristezas y angustias de los discípulos de Cristo, y nada hay verdaderamente humano que no tenga resonancia en su corazón. La comunidad que ellos forman está compuesta de hombres que, reunidos en Cristo y guiados por el Espíritu Santo... la hace sentir y ser en realidad íntimamente solidaria con la humanidad y con su historia” (Gaudium et Spes).

58. Para los cristianos, la solidaridad con los débiles es un lugar teológico; desde ellos el Señor nos llama para hacer realidad histórica su promesa de consuelo a los enfermos y de protección a los desamparados, como primicia de una vida más plena.

Evangelizamos y nos dejamos evangelizar cuando creamos espacios de afirmación de la vida, cuando establecemos un encuentro de persona a persona con los que sufren, cuando en el día a día de cada agente de pastoral de salud alimentamos una mística tanto en la promoción de la salud, como en la acción solidaria con los enfermos; cuando con nuestro testimonio de vida hacemos de la comunidad cristiana un signo visible del Reino.

Acción sanante de la Iglesia

59. La Iglesia tiene como finalidad llevar a los hombres la salvación dada por el Padre por medio de Cristo en el Espíritu, una salvación integral que salva la persona humana en todas sus dimensiones.

En la celebración de los sacramentos y en el anuncio de la Palabra, la Iglesia continúa la obra salvífica de Cristo que puede experimentarse ya desde ahora como fuerza sanante en medio del sufrimiento y la debilidad de la condición humana, primicia y esperanza de vida eterna.

60. Cristo vino al mundo para que los hombres “tengan vida y la tengan en abundancia” (Jn 10, 20). Todo anuncio del Evangelio de la salvación, como la acción sanante de Jesús, encuentra en el amor hacia quien sufre su forma privilegiada de manifestación y realización.

Jesús no separa nunca su actividad terapéutica de la proclamación del Reino. Las curaciones que realiza son el signo más evidente de la salvación que ofrece. Esto quiere decir que la evangelización del mundo de la salud por parte de la comunidad eclesial debe integrarse en los gestos de atención y curación, hasta el punto de que estos mismo gestos deben ser evangelio, anuncio gozoso de que Dios es un Dios presente, que ama, que cura y que consuela.

61. El “sanar” que a veces puede expresarse con gestos de curación extraordinarios es parte integrante de la misión misma de la Iglesia, de su acción pastoral y evangelizadora, momento de su ministerialidad.

Los agentes de pastoral de la salud están llamados a ser la imagen viva de Cristo y de su Iglesia con su amor a los enfermos y a los que sufren. Ellos son los que, de modo diverso, actualizan, revelan y comunican al enfermo no sólo “el amor de curación y de consuelo de Jesucristo”, sino que expresan, de forma continuada y con frecuencia silenciosa, los milagros de curación que la Iglesia ha recibido de Cristo y que tiene el poder de realizar.

En sus gestos terapéuticos y en su compromiso la Iglesia se juega en el campo de la salud su propia credibilidad. Trabajando en comunión los agentes de pastoral expresan la totalidad del acercamiento terapéutico del buen samaritano, que cuando cura anuncia la preciosa noticia del Padre.

62. El modelo de servicio, de diaconía, que la Iglesia está llamada a expresar hoy en el mundo de la salud, como signo del Reino, es la comunión eclesial, que tiende a la plena inserción del enfermo en la comunidad, así como la del anciano, del disminuido, del débil y vulnerable, que son acogidos no por lo que tienen sino por lo que son, sin barreras ni prejuicios, valorando el aporte original que pueden dar. La dimensión comunitaria constituye una dimensión muy importante de la misión sanante de la Iglesia.

63. En la comunión con Cristo muerto y resucitado, la Iglesia se convierte en lugar de acogida, donde la vida es respetada, defendida, amada y servida; lugar de esperanza, donde todo peregrino cansado o enfermo, que busca sentido a lo que está viviendo, puede vivir de manera saludable y salvífica su sufrimiento y su muerte.

64. María, Madre de la Iglesia, nos enseña a estar al lado de quien sufre con la solicitud, la delicadeza y la generosidad que son peculiares de una madre.

Su silenciosa proximidad al lado de Jesús que muere, nos sugiere quizás la única presencia pastoral posible frente a la muerte.

La piedad popular y la experiencia cotidiana ponen de manifiesto la espontaneidad y la fe con la que los enfermos se dirigen a María, confiando en su intercesión.

65. Fijarnos en María puede ser iluminador: su modo de actuar vigilante y solícito en las bodas de Caná, y haber mediado con paciencia para que Jesús hiciese el primer signo importante del Reino, es otro ejemplo para los comprometidos en el mundo de la salud y nos abre espacios significativos de presencia sanante.

66. Son muchas las peticiones de salud y las necesidades que piden una atención y una respuesta. Son muchos los enfermos y los que sufren en los centros hospitalarios, en nuestras familias, en nuestras comunidades. Nos resulta imposible inclinarnos a lavar "personalmente" tantos pies y curar tantas heridas.

La Iglesia es una comunidad con diversos carismas y ministerios y lo es también junto al enfermo, tanto en la parroquia como en el hospital. Es la capacidad de actuar todos juntos, en comunión, la que puede transformarla en comunidad sanante.

Lo que falta no son personas, ni la buena voluntad o la capacidad profesional para responder a las diversas necesidades; lo que frecuentemente suele faltar es una presencia que sepa ver, que interceda y sepa tejer con paciencia relaciones que lleven a cada uno a dar su respuesta sanante.

4. El Magisterio de la Iglesia en el mundo de la Salud

Oportunas y significativas han sido las intervenciones de la Iglesia en el mundo de la salud.

Es alentador el Magisterio de Juan Pablo II, su sensibilidad y preocupación por los enfermos. Citaremos algunos de los documentos más recientes.

67. La Carta Apostólica *Salvifici doloris* - El sentido cristiano del sufrimiento humano (1984), es el primer documento de la Iglesia sobre el sufrimiento humano tratado de manera sistemática.

Con la *Salvifici doloris* Juan Pablo II nos invita a fijarnos en el Crucificado y acoger el “Evangelio del Sufrimiento” con amor y confianza. Lo que por la razón resulta incomprensible, por la fe, a la luz de la muerte y resurrección de Jesús, se transforma en mensaje de esperanza.

68. Exhortación apostólica *Christifideles Laici - Vocación y misión de los laicos en la Iglesia y en el mundo*. Los numerales 53 y 54 están dedicados a los enfermos y a los que sufren; se enfatiza cómo los enfermos están llamados a participar en el crecimiento del Reino de Dios e invita a una acción decidida para y con los enfermos, agentes y sujetos de la Pastoral de la Salud: “*también los enfermos son enviados (por el Señor) como obreros a su viña*”.

69. El motu proprio *Dolentium hominum* (1985), mediante el cual Juan Pablo II instituye la “Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios”, actualmente *Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud*, cuya finalidad es coordinar, animar y promover iniciativas a nivel nacional e internacional en favor del mundo de la salud.

El Pontificio Consejo publica la Revista trimestral que lleva el mismo título del Documento que lo instituyó: “*Dolentium Hominum*”.

70. En 1992 el Papa Juan Pablo II instituye la *Jornada Mundial del Enfermo*; su día oficial es el 11 de febrero, festividad de Nuestra Señora de Lourdes. Tiene como finalidad: *sensibilizar* al pueblo de Dios, a las instituciones de salud y a la sociedad en general. La jornada se viene celebrando desde 1993 y con tal motivo el Santo Padre envía *Mensajes* con un contenido humano y pastoral muy valioso.
71. Con la Encíclica *Evangelium Vitae* (1995), el Papa denuncia la cultura de muerte imperante en la sociedad de hoy y estimula a los fieles a ser testigos del Evangelio de la Vida con una acuciante llamada a respetar, defender y servir a la vida.
72. Entre los documentos del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud merece una mención especial la *Carta de los Agentes de Salud* (1995), “Custodios y servidores de la vida humana”. Estructurada en sus tres partes: Engendrar - Vivir - Morir, es una síntesis orgánica y exhaustiva de la posición de la Iglesia sobre el valor primario y absoluto de toda vida humana.

En América Latina

73. **Medellín** - *La Iglesia en la actual transformación de América Latina, a la luz del Concilio Vaticano II* (1968). Aporta líneas claves para la pastoral:

- Contribución del Evangelio a la transformación del mundo.
- La Iglesia promotora de la justicia social.
- El pecado social causa de pobreza, injusticia y sufrimiento.

74. **Puebla** - *La evangelización, en el presente y el futuro de América Latina* (1979). América Latina vive sus sufrimientos entre la angustia y la esperanza. Puebla plantea una opción preferencial por los pobres y por los que sufren y exige a la Iglesia Latinoamericana coherencia, creatividad, audacia y entrega total.
75. **Santo Domingo** - *Nueva evangelización, promoción humana y cultura cristiana* (1992). La Nueva evangelización se propone como estrategia evangelizadora:
- “*nueva en el ardor*”: “Actuando en unión cada vez más profunda con Cristo, primer evangelizador, conducirá a la conversión del corazón y a tomar conciencia de que la vocación cristiana es una vocación a la santidad”;
 - “*nueva en los métodos*”: “Donde cada miembro de la Iglesia se siente protagonista y responsable de difundir el mensaje de Cristo. La evangelización es tarea de todos”.
 - “*nueva en sus expresiones*”: “Anunciando la Buena Nueva con un lenguaje actualizado, adecuado y que todos puedan entender”.
76. **Encuentros Iglesia y Salud, organizados por el CELAM - DEPAS**
- *I Encuentro Latinoamericano y del Caribe de Pastoral de la Salud*: “Problemas éticos y de humanización en salud” (Bogotá 1989)².
 - *II Encuentro Latinoamericano y del Caribe de Pastoral de la Salud*: “Formular líneas comunes que orienten la Pastoral de Salud en el Continente” (Quito 1994)³.
 - *III Encuentro Latinoamericano de Pastoral de la Salud*: “La Formación de los Agentes de Pastoral de la Salud” (Santo Domingo, 1998)⁴.

² Colección Documento CELAM - 125, Evangelización de la Salud - Bogotá 1993.

³ Boletín CELAM. Separata No. 264 - Bogotá 1994.

⁴ CELAM - DEPAS, Boletín 30, 1998.

5. Pastoral de la Salud y sus dimensiones

77. Por Pastoral de la Salud entendemos la acción evangelizadora de todo el Pueblo de Dios, comprometido en promover, cuidar, defender y celebrar la vida, haciendo presente la misión liberadora y salvífica de Jesús.

La Iglesia realiza esta misión en las tres dimensiones: solidaria, comunitaria y político-institucional.

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

Dimensión solidaria:

79. Tiene como objetivo: Ser presencia de Jesús, Buen Samaritano, junto a los enfermos y a los que sufren en las comunidades, en las familias y en las instituciones de salud.

80. Sus objetivos específicos son:

- Ayudar a los enfermos, familiares y a todos los que los asisten a descubrir el verdadero sentido de la dimensión celebrativa y sacramental de la fe, especialmente con los sacramentos de la Penitencia, la Eucaristía y la Unción de Enfermos.
- Sensibilizar a la sociedad y a la Iglesia sobre la realidad del sufrimiento, denunciando la marginación de los enfermos, discapacitados y ancianos, de manera especial frente a las nuevas enfermedades sociales: Sida, drogadicción, alcoholismo, tabaquismo y salud mental.
- Proporcionar atención pastoral a los enfermos en las instituciones y a domicilio, respetando la libertad de conciencia y las diferentes creencias religiosas.
- Promover la humanización de la asistencia al enfermo en las instituciones de salud.
- Formar agentes de pastoral de la salud para anunciar la Buena Nueva de la salvación desde las realidades de la salud y de la enfermedad, de la vida y de la muerte.

- Celebrar con especial esmero las fechas significativas relacionadas con el mundo de la salud: Navidad, Pascua, la festividad de los santos de la caridad: San Camilo, San Juan de Dios, San Vicente de Paúl. etc., el día mundial de la salud, del enfermo, del médico, de la enfermera, etc..
- Incentivar la creación de grupos y/o asociaciones de apoyo a enfermos crónicos y a sus familiares.
- Promover y desarrollar la formación y capacitación permanente de los agentes de pastoral de la salud en los aspectos humano, ético y cristiano.
- Iluminar, a través de la fe cristiana y de la persona de Jesús, la realidad del dolor, del sufrimiento, de la enfermedad, la pérdida y la muerte.

Dimensión comunitaria

81. Tiene como objetivo: Favorecer la promoción y la educación en salud con énfasis en la salud pública y el saneamiento básico, actuando de manera preferencial en el campo de la prevención de las enfermedades.
82. Sus objetivos específicos son:
 - Concientizar a las comunidades sobre el derecho a la salud y el deber de luchar por condiciones de vida más humanas: derecho a la tierra, al trabajo, al salario justo, a la vivienda, a la alimentación, a la educación, a la recreación, a los servicios públicos básicos, a la conservación de la naturaleza...
 - Priorizar acciones educativas, implementando una verdadera cultura de la salud con énfasis en acciones de prevención impregnadas por los valores de la justicia, equidad y solidaridad.
 - Rescatar y valorar la sabiduría y la religiosidad popular relacionadas con la utilización de los dones de la madre naturaleza y la conservación del medio ambiente.
 - Estar atentos con relación al uso de diferentes prácticas alternativas de salud para que no se utilicen sin los fundamentos necesarios y sin comprobación científica.
 - Cuidar la formación y capacitación permanente de los agentes de pastoral en los aspectos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

- Educar sobre el nuevo concepto de salud como calidad de vida y estilos de vida saludables, en una perspectiva holística, considerando a la persona en sus dimensiones biofísica, psíquica, social y espiritual.

Dimensión político-institucional

83. Tiene como objetivo: Velar para que los organismos e instituciones públicas y privadas que prestan servicios y forman profesionales de la salud tengan presente su misión social, política, ética, bioética y comunitaria.

84. Sus objetivos específicos son:

- Reflexionar a la luz de la fe cristiana y de la persona de Jesús la realidad de la salud y de la enfermedad, así como las implicaciones de la ciencia, la tecnología y la bioética.
- Contribuir a la humanización y evangelización de los trabajadores de la salud y de las instituciones.
- Considerar la salud como un derecho fundamental del ser humano, estrechamente vinculado a la solidaridad y a la equidad.
- Participar activa y críticamente en las instancias oficiales que deciden las políticas de salud de la nación, estado, región y municipio.
- Recuperar el compromiso constitucional de la seguridad social, destinado a garantizar el derecho a la salud, a la jubilación y asistencia social.
- Establecer canales de comunicación y colaboración con y entre las instituciones públicas y privadas que actúan en el sector de la salud y de la educación.
- Articularse con otras pastorales, movimientos, organismos e instituciones a fin de compartir recursos materiales, financieros, humanos, así como acciones y proyectos comunes.
- Promover en las universidades e instituciones de enseñanza católica así como en los seminarios cursos de pastoral de la salud, de ética y de bioética.
- Favorecer la creación de asociaciones católicas de profesionales de la salud.

- Motivar a los profesionales de la salud para que presten servicios de educación, prevención y asistencia en salud a las comunidades más pobres, barrios marginados y zonas rurales.

6. Pastoral de la Salud y Pastoral Orgánica

Introducción

85. La Pastoral Orgánica tiende a dar a las diversas actividades pastorales la unidad requerida por la Iglesia, a fin de cumplir su finalidad de evangelizar, de llevar la Buena Nueva a los hombres y mujeres de nuestro tiempo, los cuales están llamados a “tener vida y vida en abundancia” (Jn 10, 10).

Pablo VI nos hizo un llamado a evangelizar y a trabajar por la unidad desde la diversidad: *“Toda la Iglesia está, pues, llamada a evangelizar y, sin embargo, en su seno tenemos que realizar diferentes tareas evangelizadoras. Esta diversidad de servicios en la unidad de la misma misión constituye la riqueza y la belleza de la evangelización”* (E.N. 66).

86. De otra parte, en las Conclusiones de Santo Domingo los Obispos se comprometieron a *“impulsar procesos globales, orgánicos y planificados que faciliten y procuren la integración de todos los miembros del pueblo de Dios, de las comunidades y de los diversos carismas, y los oriente a la Nueva Evangelización...”*.

Cada Jurisdicción Eclesiástica, como porción del Pueblo de Dios, ha recibido en la persona de su Obispo, de los sacerdotes, de los religiosos y religiosas y de todos y cada uno de los bautizados, el encargo de cumplir esta tarea evangelizadora en una sociedad contemporánea cada vez más compleja y diversa, adaptándose a las nuevas situaciones.

Los diversos frentes de pastoral, entre los cuales se encuentra la Pastoral de la Salud, pretenden llevar el Evangelio a los diferentes ambientes, respondiendo a las nuevas exigencias del mundo actual.

Pastoral de la Salud y Pastoral Orgánica

87. La Pastoral de la Salud, en una Iglesia Pueblo de Dios, "comunidad de comunidades", animada por los dinamismos de la comunión y la participación, ha de insertarse en la Pastoral Orgánica, a fin de enriquecerse con el aporte de las diversas áreas pastorales y ofrecer, desde su especificidad, los elementos que benefician a la comunidad en general o a sectores específicos de la sociedad.

Como ejemplo, vamos a destacar algunas formas de relación de la Pastoral de la Salud con otros frentes de pastoral:

88. La Iglesia, convocada por la Palabra, tiene como uno de sus oficios principales predicar el Evangelio de la vida, de la salud integral, de la solidaridad con los pobres y con los enfermos. La catequesis, la preparación presacramental, la homilía, la enseñanza religiosa escolar, entre otros, son espacios propicios para evangelizar sobre el valor de la vida humana y la exigencia ética de promoverla, cuidarla y defenderla.
89. Por medio de la liturgia los cristianos celebramos el misterio salvífico a través de la oración, la alabanza y la acción de gracias. La liturgia es la celebración de la abundante vida que nos regala Dios. La liturgia, nos dice Santo Domingo, "sostiene el compromiso con la promoción humana en cuanto orienta a los creyentes a tomar su responsabilidad en la construcción del Reino, 'para que se ponga de manifiesto que los fieles cristianos, sin ser de este mundo, son la luz del mundo'" (S.D. 35).

En esta forma, la liturgia nos estimula a celebrar la acción sanante de nuestro Padre Dios, nos invita a disfrutar plenamente la vida y nos sostiene en los momentos de enfermedad o de duelo. De otra parte, alimenta la vida espiritual de los profesionales, animadores y agentes de pastoral que, con dedicación y empeño, atienden y sirven en el mundo de la salud.

90. La dimensión social de nuestra fe nos lleva a obrar con el mismo amor misericordioso de nuestro Padre Dios, actuando en los frentes del anuncio, de la denuncia y del testimonio.

En Santo Domingo los Obispos reafirmaron la decisión de *«privilegiar el servicio fraterno a los más pobres entre los pobres y ayudar a las instituciones que cuidan de ellos: los minusválidos, enfermos, ancianos solos, niños abandonados, encarcelados, enfermos de sida y todos aquellos que exigen la cercanía misericordiosa del buen samaritano»* (S.D. 180).

En la Pastoral Social convergen diversos frentes de la acción pastoral: Pastoral Social de la Infancia, Pastoral de Adultos Mayores, Pastoral con enfermos de VIH/SIDA, Pastoral del Mundo del Trabajo, Pastoral Penitenciaria, Pastoral con los migrantes y desplazados, Pastoral en sectores indígenas, campesinos, urbano-marginales...

91. La Pastoral de la Salud tiene en la familia a la primera y principal comunidad que cuida de la salud de sus miembros y potencia el esfuerzo por una salud preventiva integral. El tema de la salud permite congregarse familias, prestar asesoría y apoyo a los padres, organizar centros de atención para madres solteras, mujeres abandonadas, niños, niñas, adolescentes y jóvenes en situación de alto riesgo.
92. Por medio de la Pastoral Educativa se puede llegar a los espacios de la educación formal, no formal e informal, a fin de que, hombres y mujeres, desde temprana edad, puedan sentar las bases de pensamiento, actitud y acción, para llevar una vida saludable.
93. El cuidado de la creación es también un espacio privilegiado para la promoción de la salud integral. Los actuales modelos de desarrollo han provocado verdaderos desastres ambientales que tienen incidencia en la salud de las personas y de las comunidades. Es necesario *«emprender una tarea de reeducación de todos ante el valor de la vida y la interdependencia de los diversos ecosistemas»*.
94. La Pastoral de la Salud tiene mucho que aportar a los diversos campos de la pastoral y, a la vez, recibe con verdadero gozo la riqueza que éstos le aportan desde su propia especificidad. La

Nueva Evangelización requiere la participación de todos los bautizados, desde los diferentes campos de la pastoral, incluyendo una relación fraterna con otras Iglesias y con organismos y movimientos que trabajan en el mundo de la salud, a fin de hacer realidad el mensaje de Jesús: "He venido para que tengan vida y vida en abundancia" (Jn 10, 10).

7. Los Agentes de Pastoral de la Salud

95. *La Comunidad Cristiana sujeto de la Pastoral de la Salud*

Hablar de los agentes de pastoral de la salud es hablar de Jesucristo y de su Iglesia, de su misión de curación y de salvación. En la Iglesia, comunidad sanante, todos son agentes de pastoral.

Compartiendo la pluralidad de los dones y de los ministerios, ella puede expresar -aunque no completamente- el ministerio de comunión del que es signo y responder a las profundas expectativas de la salud y a la multiforme esperanza de curación. Y esto no sólo es más eclesial, sino también más pastoralmente eficaz.

Sacerdocio ministerial y sacerdocio común están coordinados entre sí, pues los dos se derivan, de forma diversa, del único sacerdocio de Cristo. Hay entre ellos una unidad eficaz porque el Espíritu unifica a la Iglesia "en la comunión y en el ministerio, la instruye y la dirige con diversos dones jerárquicos y carismáticos" (L.G. 4), "distribuyendo sus variados dones para el bien de la Iglesia según su riqueza y la diversidad de ministerios" (L.G. 7).

Es característica del sacerdocio ministerial trabajar "en nombre y en la persona de Cristo cabeza y pastor" (P.D.V. 15). Es en este sentido que el Obispo y los que lo representan (párroco, capellán, ...) tienen una misión particular.

Los Obispos "rodeen a los enfermos con una caridad paternal".

Los Presbíteros "atiendan con toda solicitud a los enfermos y agonizantes, visitándolos y confortándolos en el Señor" (P.O. 6).

Al Capellán de las instituciones de salud: “se le confía de manera estable el cuidado pastoral de un grupo particular de fieles: enfermos, familiares, trabajadores y profesionales de la salud. Su tarea principal es la de anunciar la Buena Noticia y la de comunicar el amor redentor de Cristo a cuantos sufren en el cuerpo y en el espíritu, acompañándolos con amor solidario”.

Los Diáconos sean “el corazón y el alma de su Obispo para con los que sufren”.

Los Religiosos y Religiosas “sean fieles al carisma de la caridad misericordiosa para con los enfermos”. “Estad cerca de los últimos y de los abandonados, practicad la acogida, promoved y sostened todas las iniciativas en el servicio a los que sufren... sed testigos del amor de la Iglesia a los que padecen y de su predilección por los más probados por el mal”.

Los Laicos “practiquen la caridad para con los pobres y los enfermos... donde hay afligidos por calamidades o por falta de salud, allí debe buscarlos y encontrarlos la caridad cristiana, consolarlos con cuidado diligente y ayudarlos con la prestación de servicios”.

Los Enfermos “son sujetos activos y responsables de la obra de evangelización y de salvación”.

Por lo tanto, si la misión de ser guía pastoral de los fieles corresponde a los que reciben el sacerdocio ministerial, la misión de ser testigos del amor de Dios a través de la cercanía, del diálogo, la oración, el acompañamiento y el ejercicio de la caridad es de todos los cristianos y de manera peculiar de los que tienen un carisma especial y reciben un mandato de la Iglesia y una formación específica.

96. ***Perfil del agente de pastoral de la salud***

- Es un vocacionado, un llamado por Dios a trabajar en favor de la vida y de la salud; presencia amorosa y liberadora de Jesús que levanta y sana.

- Persona rica en humanidad, que comunica cercanía, acogida y cariño; capaz de escuchar y de acoger al otro con su historia personal, su individualidad y ofrecerle hospitalidad en su corazón.
- Tener una personalidad equilibrada y poseer una cierta madurez humana y psicológica que le permita iluminar y orientar en situaciones conflictivas y de crisis.
- Dinamiza procesos de transformación: de realidades de sufrimiento, dolor y muerte, en realidades de vida y esperanza.
- Es una persona abierta a la formación y capacitación permanente, se preocupa por actualizarse y ofrecer un servicio adecuado a los que sufren.
- Es una persona de silencio, contemplativa; cultiva la dimensión espiritual y la relación con el Señor a través de la oración y la Palabra de Dios. Sabe acercarse con delicadeza y respeto al misterio del sufrimiento, no para explicarlo ni defender a Dios sino para testimoniar la presencia del Señor que ama, solidariza, acompaña. Encarna los valores evangélicos de la compasión, la misericordia, el amor, la entrega.
- Posee una capacidad de liderazgo que le permite animar, coordinar, dinamizar y estimular las fuerzas vivas de la comunidad y el trabajo de los grupos pastorales.
- Es un educador natural, capaz de acompañar en los procesos de cambio, descubrir talentos, favorecer la creatividad, despertar y canalizar expectativas.
- Es una persona respetuosa de la libertad religiosa y de las creencias de los enfermos, de los familiares y trabajadores de la salud. Reconoce y acepta las diferencias en un mundo pluralista y es abierta al diálogo.
- Cree y favorece el trabajo en equipo y la colaboración interdisciplinaria; está abierto al aporte que otras ciencias puedan dar a su trabajo.
- Tiene una conciencia eclesial de comunión y participación, sabe trabajar en una pastoral de conjunto, facilitando la integración con las otras áreas específicas.
- Cultiva la paciencia, la perseverancia, la constancia y sabe llevar a buen término los planes y proyectos propuestos y es fiel a su compromiso.
- Es una persona discreta, no impone su presencia, atenta para captar lo que el otro quiere y necesita; respeta sus silencios y confi-

- denncias. Reconoce su pobreza, sus límites y es consciente de no poder resolver tantos problemas pero tiene un corazón capaz de hospedar todo sufrimiento y comunicar consuelo, serenidad, paz.
- Posee un buen conocimiento de la realidad y está capacitado para la promoción de la salud y la educación y prevención de las enfermedades, así como de las ciencias sociales, etc..

97. Estos rasgos los podríamos resumir así:

- Una inteligencia animada por el corazón. No se ayuda realmente al que sufre si no se le ama. La vocación debe ahondar sus raíces en el corazón.
- Una entrega total. No se es Buen Samaritano solo algunas horas, ni se puede considerar la pastoral de la salud como algo obvio y limitarse a ejercerla con criterios generales.
- Un gran sentido sobrenatural. El servicio espiritual no precede ni sigue a la asistencia corporal, sino que la acompaña. El sentido del sufrimiento sólo se descubre en una dimensión sobrenatural.
- Una sincera piedad mariana. La Virgen María, la dócil sierva del Señor, es el mejor punto de referencia para mirar a Cristo en nuestro trabajo con todos los que sufren.

8. Espiritualidad del Agente de Pastoral de la Salud

98. La espiritualidad es un estilo de vida o modo de vivir la vida cristiana. Hablar de espiritualidad no es hablar de una parte de la vida, sino de toda la vida. Vivir nuestra relación con Dios en el servicio es la expresión de una particular manera de vivir la vida en el Espíritu.

Los modelos bíblicos del Buen Pastor y del Buen Samaritano nos ayudan a profundizar en la espiritualidad del agente de pastoral de la salud.

99. ***El Buen Pastor. "Yo soy el Buen Pastor" (Jn 10, 1-16)***

La bondad es el ingrediente esencial de quien quiere cuidar un rebaño y contrasta con la actitud del mercenario, el cual, como

no ama a las ovejas, las abandona apenas sobreviene el peligro. La bondad brota del corazón, es comunicar la ternura de Dios con actitudes y palabras a quien se encuentra en la aflicción.

“El Buen Pastor da su vida por las ovejas”

Este ofrecimiento nos habla del amor incondicional de Dios por nosotros. Ofrecer la vida implica regalar tiempo, energías, amor, escucha al que se encuentra solo, abandonado y triste.

“Conozco a mis ovejas... y ellas me conocen a mí”

Pastor bueno es aquel que toma la iniciativa de hacerse cercano a los otros, que establece un contacto personal con cada una de las personas con quien se encuentra; es aquel que guía y conforta, el que busca a quien se ha perdido y cura sus heridas.

“Y habrá un solo rebaño y un solo pastor”

El proyecto de salvación de Jesús debe llegar a todos los hombres. La pastoral de la salud abre sus brazos para acoger a todos, independientemente de su raza, de su pertenencia religiosa o política; de su estrato socioeconómico. Nadie debe ser abandonado o excluido de nuestra acción pastoral.

100. ***El Buen Samaritano (Lc 10, 29-37)***

El modelo del Buen Samaritano ha iluminado siempre el quehacer pastoral en el mundo de la salud y de la enfermedad. En el hombre herido y abandonado en el camino, podemos ver la realidad de marginación, exclusión y violencia que viven nuestros pueblos de América Latina y el Caribe.

Recorramos el itinerario trazado por él, poniendo de relieve unos gestos que conservan toda su fuerza sanadora.

“Un samaritano al verlo...”

El samaritano ve al desdichado en profundidad, no se deja condicionar por esquemas culturales o por barreras sociales, sino que interrumpe su viaje, altera sus prioridades y se deja guiar por el corazón. El agente de pastoral sabrá discernir quién necesita una sonrisa acogedora y quién un apretón de manos o

una oración; quién una larga conversación, y quién se le deje en paz.

“...se compadeció de él”

La humildad del samaritano se transforma en solidaridad; primero como gesto de genuina atención al herido y luego como implicación directa en la curación de sus heridas. Un requisito esencial para desempeñar con amor el servicio es la capacidad de sentir compasión, “sufrir con”, que no es ni piedad ni superioridad, sino dejarse afectar por el dolor del otro.

“se acercó”

No basta con estremecerse. Muchos ven y sienten compasión, pero siguen adelante, pasan de largo... Es preciso detenerse, acercarse, darse...

El agente de pastoral ofrece su presencia, su servicio, su solidaridad, su entrega.

“le vendó las heridas, echándole en ellas aceite y vino”

El samaritano no llegó al lugar del delito con las manos vacías, sino llevando consigo los recursos sugeridos por la prudencia. El que ama sabe que siempre puede y debe ofrecer algo. El agente de pastoral ofrece al necesitado lo que es y lo que tiene; el aceite y el vino simbolizan todo un conjunto de recursos, como son: el sacramento de la presencia, la escucha, la catequesis, la Palabra de Dios, los sacramentos, la oración, las medicinas, el alimento, las curaciones, etc.

“lo montó en su cabalgadura, lo llevó a una posada y cuidó de él”

El samaritano tras interrumpir su viaje para socorrer al desdichado, se hace promotor de otro viaje de esperanza, representado por la posada. Tres verbos describen su acción de acompañamiento: lo montó, lo llevó, cuidó de él.

En primer lugar se hace cargo de una situación de emergencia; luego se hace compañero de camino y, finalmente, ante la condición de precariedad del desdichado, decide quedarse y velar junto a él.

“Al día siguiente sacó unos dineros y se los dio al posadero diciendo: ‘Cuida de él, y lo que gastes de más yo te lo pagaré a mi vuelta’”.

El samaritano no dejó al herido en la posada para marcharse enseguida y seguir su viaje, su vida habitual. Decidió pasar la noche con él. Pero no pretendió hacerlo todo él solo: encontró un lugar donde hospedarlo y, luego, un colaborador dispuesto a ayudarlo. Se hizo solidario y motivó la solidaridad de otros.

101.

- El agente de pastoral es consciente de que no podrá resolver todos los problemas, pero siempre tiene algo que ofrecer y, sobre todo, la certeza de anunciar la victoria de Cristo sobre la muerte: “en toda lágrima enjugada está el anuncio de una plenitud final”.
- A la escucha de la Palabra del Señor, el agente aprende a leer, desde la fe, la experiencia del sufrimiento y del dolor, a descubrir la acción de Dios y a vivirlos con esperanza. La esperanza cristiana es una fuerza dinámica, no es un vano optimismo, sino que nos empuja a trabajar y luchar aquí y ahora contra todo lo que impide la realización del hombre.
- El agente de pastoral está llamado a aceptar e integrar sus propias heridas, los aspectos negativos de la vida y transformarlos en fuente de salud. Eso le ayudará a acercarse a los enfermos con un corazón acogedor, lleno de comprensión, respeto y amor.
- El servicio al enfermo, como un auténtico encuentro del amor misericordioso, no se puede realizar sin el sacrificio y la renuncia. De aquí nace la fuerza de abandonarse en el Señor, la capacidad de dar sin esperar recompensa, la superación de la repugnancia, el saber comprender todas las situaciones, la apertura y disponibilidad hacia todos, la sensibilidad, el don de la gratuidad.
- La espiritualidad se expresa también en la celebración de la vida, valorada como don y como compromiso, superando el fatalismo y la desesperación.
- En la evaluación del trabajo, el agente de pastoral no se dejará guiar únicamente por criterios de eficacia y de éxito. Purificará constantemente sus motivaciones y en los momentos difíciles, en los que se siente desanimado e impotente, reforzará su confianza en el Señor, el único que puede salvar.

- Jesús, Buen Pastor y Buen Samaritano, será el modelo permanente al cual todo agente buscará imitar en su vida y en su acción pastoral. Los santos de la caridad nos llevarán a hacer de nuestro servicio un culto agradable a Dios, la liturgia de la caridad: Ser Jesús para el enfermo y ver a Cristo en cada enfermo.

9. La formación de los Agentes de Pastoral de la Salud

Principios orientadores

En la formación de los agentes de pastoral de la salud, asumida desde el Evangelio y el Magisterio de la Iglesia, se deben tener en cuenta, entre otros, los siguientes principios iluminadores:

102. Partir de la realidad concreta en que se desenvuelve el trabajo del profesional de la salud y de los agentes de pastoral. Las situaciones históricas y las aspiraciones auténticamente humanas forman parte indispensable del mismo contenido de la formación de los agentes de pastoral.
103. Tener como centro la dignidad de la persona humana, lo cual exige respeto, defensa y promoción de sus derechos fundamentales, comenzando por el derecho a una vida plena.
104. Tener en cuenta que la comunidad es la principal gestora y promotora de la salud de sus miembros. La salud es una responsabilidad de todos; por este motivo, la comunidad debe tener fácil acceso a los conocimientos y a las prácticas médicas que promuevan una eficaz protección de la salud.
105. Asumir la salud como parte del desarrollo integral de la persona y de la comunidad.
106. Fundamentarse en la Sagrada Escritura, y más específicamente en el Evangelio y en la persona de Jesús, ya que "la defensa de los derechos del hombre por parte de la Iglesia es una exigencia de su misión de justicia y de amor en el espíritu del mensaje evangélico".

107. Optar preferencialmente por los más pobres, enfermos y abandonados; ...“este amor preferencial, con las decisiones que nos inspira, no puede dejar de abarcar a las inmensas muchedumbres de hambrientos, mendigos, sin techo, sin cuidados médicos y, sobre todo, sin esperanza de un futuro mejor”.

108. Promover de manera eficaz una verdadera colaboración ecuménica en el campo de la pastoral de la salud, como signo de fraternidad y de tolerancia, y como fundamento de un desarrollo integral y de una paz estable.

Ejes temáticos

Proponemos algunos ejes temáticos que pueden facilitar el diseño de programas de formación de agentes de pastoral de la salud:

109.

- La sacralidad de la vida y la dignidad de la persona humana.
- Relación sana consigo mismo, con los otros, con la naturaleza y con Dios.
- Finitud, vulnerabilidad y muerte humana.
- Ecología (medio ambiente y salud).
- Cultura e inculturación.
- Salud como tarea personal y responsabilidad social y colectiva.

110. Protección y defensa de la vida como valor supremo de la dignidad de la persona, desde la concepción hasta la muerte natural.

- Humanización de la salud y de la medicina.
- Desafíos éticos relacionados con el desarrollo extraordinario de la tecnociencia, de las ciencias de la vida y de la salud.
- Desafíos de la bioética relacionados con el inicio, desarrollo y final de la vida humana.
- Códigos de ética de las diversas profesiones de salud.
- Salud como derecho fundamental de la persona humana.

112.

- Psicología de la salud y de la enfermedad.

- Salud mental y nuevas patologías sociales (drogadicción, alcoholismo, tabaquismo, etc.).
- Psicología de las relaciones y de la comunicación humana.
- Relación pastoral de ayuda.
- Psicología y pastoral en situaciones críticas, tales como muerte, duelo, etc.

113.

- La Trinidad como comunidad de salud.
- El Dios que da vida en abundancia.
- La persona de Jesús: sus gestos, actitudes, y palabras.
- María, salud de los enfermos.
- La vida, la salud, la enfermedad, el sufrimiento, el dolor y la muerte a la luz de la encarnación, la misión, la pasión, la muerte y la resurrección de Jesús.
- Teología de la corporeidad humana.

114.

- Historia de la Iglesia en el mundo de la salud, especialmente de América Latina y el Caribe.
- Iglesia sacramento de salud - salvación y comunidad sanante.
- La evangelización y humanización del mundo de la salud.
- Cultura de la vida y de la salud.
- Diálogo ecuménico interreligioso.
- Planes pastorales de las Conferencias Episcopales y Diocesanas.
- Documentos de la Iglesia relacionados con la realidad de la salud: Salvifici Doloris, Evangelium Vitae, Dolentium hominum, Carta de los agentes de la salud, etc.

115.

- Conceptos de promoción de salud, prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción social.
- Realidad de la salud en el país, políticas de salud.
- Legislación y normas sobre prestación de servicios de salud, etc.
- Procesos sociales, económicos y políticos que tienen impacto en el mundo de la salud (medio ambiente, derecho internacional humanitario y desarrollo social).

10. Espacios de acción y promoción de la Pastoral de la Salud

116. La comunidad cristiana no es sino prolongación histórica de Cristo. El enfermo debe encontrar en ella el lugar privilegiado que encontraba en Jesús: su misma preferencia, cercanía y acogida, el mismo trato curador, su fuerza sanante.
117. El hombre sufriente es sujeto responsable y activo de la obra de la evangelización y salvación y esto compromete a la comunidad cristiana en una pastoral de salud que se construye en torno al enfermo como protagonista y evangelizador.
118. La familia ocupa el lugar primario en la humanización de la persona y de la sociedad. Está llamada a ser una comunidad de salud, a educar para vivir en salud, a promover la salud de sus miembros y de su entorno. Es importante recuperar a la familia como parte esencial en el cuidado de sus miembros enfermos.
119. La comunidad parroquial asume la promoción humana, el cuidado y preservación de la salud, el acompañamiento pastoral a enfermos y ancianos en fidelidad a su misión de construir el Reino de Dios. Una pastoral orgánica y de conjunto tendrá en cuenta los planes de pastoral de la salud.
120. A ejemplo de las primeras comunidades cristianas, las Comunidades Eclesiales de Base, tendrán particular solicitud para con los más débiles y necesitados, cumpliendo con la misión evangelizadora y profética de anuncio de una vida más justa, solidaria y fraterna y denuncia de las injusticias y situaciones de pecado social.
121. Todos los religiosos/as, pero de manera especial los que tienen el carisma del cuidado de la salud, están llamados a ser testimonio de fe y esperanza en un mundo cada vez más deshumanizado, tecnocrático, tecnicista y materialista y a enriquecer con su presencia toda la comunidad eclesial en espíritu de apertura y colaboración a las actividades parroquiales, así como animar y acompañar a los grupos de pastoral de la salud.

122. Los grupos de pastoral de la salud expresan la vitalidad y el espíritu evangélico del Pueblo de Dios, hacen presente el amor y solidaridad de Jesús a la comunidad cristiana.

123. Instituciones de salud

- a. Organismos internacionales, estatales y locales: participan activa y críticamente en las instancias que deciden las políticas de salud, para iluminar su quehacer a la luz del Evangelio y a favor de los más pobres y necesitados.
- b. Instituciones de salud: hospitales, clínicas, dispensarios, etc., están llamados a educar y a promover la salud, a cuidar y defender la vida, a brindar una asistencia integral más humana al hombre enfermo y su familia, reconociendo y respetando sus derechos.
- c. Trabajadores de Salud: son los agentes naturales de la pastoral de la salud; es importante actuar junto a ellos acompañándolos en un proceso de formación y cultivo de los valores humanos, éticos y cristianos.
- d. Servicio Religioso: estará conformado por un equipo de personas asesorado por un sacerdote o religioso/a capacitados en esta área específica. Buscará ser presencia significativa que aglutina todas las fuerzas cristianas presentes en la institución y hará posible la acción misionera y sanante de la comunidad cristiana a favor de los enfermos, familiares y quienes los asisten.

Este equipo estará en relación con los demás grupos existentes en la institución y con los agentes parroquiales de pastoral de la salud.

124. Las instituciones educativas participan activamente en el crecimiento y formación integral de la persona; de ahí la importancia que en sus planes y programas incluyan lo relacionado con la promoción, prevención y educación para la salud.

125. El voluntariado es una expresión concreta del amor de Dios; es el quehacer de toda persona y en especial del cristiano. Con su actitud de amor, servicio gratuito e incondicional, promueve la cultura de la vida, basada en los valores de la solidaridad y la fraternidad.

126. Muchos son los grupos y asociaciones de enfermos que se organizan para apoyarse y colaborar mutuamente. Es importante valorar, reconocer y acompañar sus esfuerzos; ellos comunican y transmiten grandes valores humanos y cristianos a la comunidad.
127. En los planes de formación de los futuros pastores, se tendrá presente la formación y capacitación en la pastoral de la salud.
128. Los medios de comunicación cumplen un papel importante como órganos de información y difusión a la comunidad; por lo tanto es conveniente aprovecharlos para realizar programas y campañas de educación en la defensa de la vida y en la promoción de la salud.
129. Las organizaciones populares son instancias de resistencia del pueblo pobre y doliente que se organiza para sobrevivir frente al empobrecimiento creciente. Es necesario reconocer y apoyar el esfuerzo que estas realizan en el servicio a la comunidad, capacitándolas en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

11. Estructura de la Pastoral de la Salud

130. Conformar el grupo de pastoral de la salud integrado por agentes parroquiales debidamente capacitados. Estará asesorado por el párroco, trabajará en coordinación con los demás grupos existentes en la parroquia y tendrá un delegado en el consejo pastoral parroquial. Realizará su trabajo en coordinación con el Comité Diocesano de pastoral de la salud.
131. Conformar el Comité Diocesano de Pastoral de la Salud. Será presidido por un delegado del Obispo y estará integrado por representantes de las Vicarías, Zonas o Decanatos en que está organizada la diócesis; religiosos/as de salud, capellanes de salud, agentes de pastoral de la salud y movimientos que operan en esta área. Trabajarán en coordinación con la Comisión Nacional de pastoral de la salud.

132. Conformar la Comisión Nacional de pastoral de la salud. Estará presidida por el Obispo designado por la Conferencia Episcopal y contará con un equipo constituido por los delegados regionales o diocesanos de pastoral de la salud, religiosos/as de salud, capellanes, laicos, profesionales y expertos en esta área.

133. Crear una Comisión de pastoral de la salud a nivel latinoamericano con identidad, autonomía y recursos propios; con objetivos y líneas de trabajo específicos. Tendrá un coordinador continental y contará con un equipo conformado por los coordinadores de las regionales: Cono Sur y Brasil, Países Bolivarianos, Centroamérica, México y El Caribe.

Sus funciones serán:

- Animar y coordinar la pastoral de la salud a nivel continental
- Favorecer el intercambio de experiencias, materiales de trabajo, recursos humanos, etc.
- Apoyar y organizar el encuentro anual de las regionales y del equipo latinoamericano.
- Estimular el estudio y profundización de la situación de la Pastoral de la Salud en el continente.
- Promover cursos de formación y capacitación a nivel continental.

134. Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud.

Sus objetivos son:

- Favorecer y difundir una mejor formación ético-religiosa de los trabajadores y profesionales de la salud.
- Profundizar en los problemas específicos del mundo de la salud.
- Estimular y promover las actividades teórico-prácticas de las distintas organizaciones internacionales católicas, grupos, asociaciones, organismos, etc.
- Coordinar las actividades desarrolladas por los Dicasterios de la Curia Romana en relación con el mundo de la salud y sus problemas.
- Difundir las enseñanzas de la Iglesia y favorecer su penetración en el mundo de la salud. Dar a conocer la doctrina de la Iglesia

en sus aspectos morales, espirituales, éticos, el significado del dolor humano, etc.

- Realizar y mantener los contactos con las Iglesias locales y en particular con las Comisiones Episcopales en lo referente a la pastoral de la salud.
- Iluminar y estudiar las orientaciones programáticas y las políticas de salud a nivel internacional y nacional y sus implicaciones con la pastoral de la salud.

Conclusión

Con gran alegría asumimos la preocupación que nuestra Iglesia, experta en humanidad, manifiesta por el mundo de la salud, en medio de la amenaza permanente de una "cultura de muerte".

Deseamos fervientemente que, a nivel de todas las Conferencias Episcopales, se promueva e implemente una pastoral de la salud eficaz y en favor de una salud integral, al servicio de los que más sufren.

Queremos expresar nuestro reconocimiento y estímulo, así como nuestro compromiso solidario, a todos los agentes de la pastoral de la salud que, especialmente con su testimonio, anuncian, en el nombre de Jesús, el Evangelio de la esperanza y de la vida.

A nuestros hermanos que viven una situación de dolor y de sufrimiento recordamos que la Iglesia, siempre estará atenta a su clamor, al de todos y cada uno, será presencia cercana y esperanzadora del Cristo resucitado que vino para que tengamos vida y vida en abundancia.

Nuestro pensamiento también se dirige a los responsables de las políticas de salud de nuestros pueblos, para que se trabaje por lograr un sistema equitativo y solidario que garantice el ejercicio del derecho a la salud de todos los ciudadanos.

María, Salud de los Enfermos, nos ayude a testimoniar al mundo la ternura de Dios y a proclamar con valentía el Evangelio de la vida.

Bibliografía

1. AA.VV., Humanización en salud. Centro Camiliano y Selare: Bogotá, 1988.
2. ALVAREZ, F. El evangelio de la salud. San Pablo: Madrid, 1999.
3. ALVAREZ, J. "...Y Él los curó" (Mt 15,30). DEBARIM: Madrid, 1996.
4. BACKX, A. Dios está siempre a tu lado. Selare: Bogotá, 1999.
5. BERMEJO, J. Comprender y ayudar al enfermo de Sida. Caritas: Chile, 1995.
6. BERMEJO, J. El cristiano y la enfermedad. Centro de Pastoral Litúrgica: Barcelona, 1994.
7. BERMEJO, J. Humanizar la salud. San Pablo: Madrid, 1997.
8. BERMEJO, J. Relación pastoral de ayuda al enfermo. San Pablo: Madrid, 1993.
9. BRUSCO, A. y PINTOR S. Manual de Teología-Pastoral de la Salud. CELAM y Centro Camiliano: Bogotá, (en impresión).
10. BUCKMAN, R. ¿Qué decir? ¿Cómo decirlo? Centro Camiliano y Selare: Bogotá, 1995.
11. Colección Documentos. Evangelización de la salud. CELAM: Bogotá, 1993.
12. CELAM. Boletín Separata Pastoral de la salud. No. 264. Bogotá, 1994.
13. Colección Documentos. Pastoral de la salud. CELAM: Bogotá, 1999.
14. CELAM - DEPAS. Pastoral de la salud. Boletín 30, 1998.

-
15. COLOMBERO, G. La enfermedad, tiempo para la valentía. San Pablo: Bogotá, 1993.
 16. Comisión Episcopal de Pastoral de Salud Española. La asistencia religiosa en el hospital. Selare: Bogotá, 1994.
 17. Conferencia Episcopal Española. Orar en la enfermedad. Añastro: Madrid, 1997.
 18. DARDANELLO, L. Sufrir ¿por qué? Centro Camiliano: Bogotá, 1998.
 19. DELISLE, I. Vivir el morir. Paulinas: Madrid, 1986.
 20. GAFO, J. La eutanasia. Temas de hoy: Madrid, 1989.
 21. HARING, B. Ética de la manipulación. Herder: Barcelona, 1985.
 22. MONGE, M. y LEON J. El sentido del sufrimiento. Libros MC: Madrid, 1998.
 23. PANGRAZZI, A. Experiencias de crecimiento - El Duelo. Centro Camiliano y Selare: Bogotá, 1993.
 24. PANGRAZZI, A. Girasoles junto a sauces. Sal Terrae: España, 2000.
 25. PANGRAZZI, A. ¿Por qué a mi? San Pablo: Madrid, 1995.
 26. PELLEGRINO, E. y THOMASMA, D. La medicina por vocación. Ediciones Camilianas: Quito, 1995.
 27. Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud. Carta de los agentes de la salud. Selare: Bogotá, 1995.
 28. Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud. Los laicos en el mundo del sufrimiento y de la salud. Selare: Bogotá, 1988.
 29. ROCCHETTA, C. Hacia una teología de la corporeidad. Paulinas: Madrid, 1993.

30. SANDRIN, L. La Iglesia, comunidad sanante. San Pablo: Madrid, 2000.
31. SANDRIN, L. Cómo afrontar el dolor. San Pablo: Madrid, 1996.
32. SANDRIN, L.; BRUSCO, A.; POLICANTE, G. Comprender y ayudar al enfermo. Centro Camiliano y Selare: Bogotá, 1993.
33. TARRARAN, A. y CALDERON, I. Acompañando a los que sufren. Nivel 1 y 2: Cursos básicos para agentes parroquiales de pastoral de la salud. CEC, SNPS y Centro Camiliano: Bogotá, 1998.

Revistas

1. Dolentium Hominum. Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud. Publicación cuatrimestral: Ciudad del Vaticano
2. Labor Hospitalaria. Hnos. de San Juan de Dios. Publicación trimestral: Barcelona-España.
3. Humanizar. Religiosos Camilos. Publicación bimestral: Madrid.
4. Selare. Hnos. de San Juan de Dios. Publicación trimestral: Bogotá.

Bibliografía en portugués

1. CAMILLIANUM. Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde (CINÀ, G.; LOCCI, E.; ROCCHETA, C.; SANDRIN, L.). Coordenadores da edição Portuguesa: VENDRAME, C.; PESSINI, I. São Paulo, Editora do Centro Universitário São Camilo & Editora Paulus, 2000.
2. BOLETIM ICAPS. Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde. Boletín de acompañamiento y asesoría para a los agentes de pastoral da saúde.

3. PESSINI, L. Ministério da vida. Orientações para agentes de pastoral da saúde e ministros da Eucaristia. 20ª edição, Editora Santuário, Aparecida, 2000.
4. PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE. Problemas Atuais de Bioética. 5ª edição. Editora do Centro Universitário São Camilo & Edições Loyola, São Paulo, 2000.
5. Revista O MUNDO DA SAÚDE. Centro Universitário São Camilo. Revista de caráter científico, dirigida para os profissionais da saúde.

Correos de
Colombia



Adpostal

Estos son nuestros servicios utilícelos!

- SERVICIO DE CORREO ORDINARIO
- CERTIFICADO DE CORREO CERTIFICADO
- SERVICIO DE CERTIFICADO ESPECIAL
- SERVICIO DE ENCOMIENDAS ASEGURADAS
- ENCOMIENDAS CONTRA REEMBOLSO
- SERVICIO CARTAS ASEGURADAS
- SERVICIO DE FILATELIA
- SERVICIO DE GIROS
- SERVICIO ELECTRÓNICO BUROFAX
- SERVICIO INTERNACIONAL APR/SAL
- SERVICIO "CORRA"
- SERVICIO RESPUESTA COMERCIAL
- SERVICIO TARIFA POSTAL REDUCIDA
- SERVICIO ESPECIALES

Teléfonos para quejas y reclamos: 334 03 04 - 341 55 36 • Bogotá

Cuente con nosotros

Hay que creer en los Correos de Colombia