



DOLENTIUM HOMINUM

N. 44 – año XV – N. 2, 2000

REVISTA DEL PONTIFICIO CONSEJO
PARA LA PASTORAL DE LA SALUD

DIRECCION

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

COMITE DE REDACCION

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

CORRESPONSALES

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

TRADUCTORES

CHALON DRA. COLETTE
FARINA SRA. ANTONELLA
FFORDE PROF. MATTHEW
GRASSER P. BERNARD, M.I.
QWISTGAARD SR. GUILLERMO

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

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

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

En la cubierta: vidriera del P. Costantino Ruggeri

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

Sumario

2

4 **Telegrama del Santo Padre**

LA IGLESIA CATÓLICA Y EL DESAFÍO
DEL VIH-SIDA, 9-11 DICIEMBRE 1999

6 **Saludo e introducción**

S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

8 **SIDA en el mundo, hoy.**

Situación actual y retos para el futuro
Dr. Peter Piot

12 **Presentación del trabajo
del grupo de investigación**

S.E. Mons. José L. Redrado

13 **Informe sobre los resultados de la investigación:**

**“Realidad, problemas y propuestas
de las iglesias locales sobre los servicios
socio-sanitarios y la acción pastoral en favor
de las personas con VIH-SIDA en el mundo**
Dra. Fiorenza Deriu Bagnato

PRIMERA SECCIÓN
LA PREVENCIÓN

25 **La vida como valor fundamental**

Hon. Carlo Casini

29 **¿La educación encaminada a los valores?**

Prof. Stanislaw Grygiel

MESA REDONDA
LOS LUGARES DE LA EDUCACIÓN EN LOS VALORES

37 **I: La familia**

S.E. Mons. Francisco Gil Hellin

41 **II: Escuela**

S.Em. Card. Pio Laghi

44 **III: Los medios de comunicación**

S.E. Mons. John P. Foley

MESA REDONDA
EXPERIENCIAS Y PERSPECTIVAS FUTURAS
DE INTERVENCIONES Y PROGRAMAS DE CARÁCTER
PREVENTIVO, FUNDADAS EN LA EDUCACIÓN
EN LOS VALORES

46 **I: Italia, el CUAMM**

Dr. Giovanni Putoto

50 **II: India**

Dr. Gracious Thomas

58 **III: España, la Fundación Dimensió SIDA**

Dr. Antoni Mirabet

63 **IV: SIDA y Caritas Internationalis**

Mons. Fouad T. El-Hage

73 **V: África**

Dr. J. Agness-Soumahoro

SEGUNDA SECCIÓN
EL ACOMPAÑAMIENTO
INTERVENCIONES SOBRE:
“LA ASISTENCIA DE LA PERSONA CON VIH-SIDA

75 **I: Aspectos médico-sanitarios**

Dr. Massimo Fantoni

77 **II: Transmisión materno-fetal del SIDA.
Nuevas posibilidades de prevención**

Dr. Massimo Fantoni
Dr. Guido Castelli Gattinara

78 **III: Aspectos psicológicos**

Dra. Rosa Merola

83 **IV: Aspectos ético-morales**

Dr. Antonio G. Spagnolo

87 **V: Aspectos espirituales**

P. Arnaldo Pangrazzi

INTERVENCIONES SOBRE:
“EL ACCESO A LOS CUIDADOS,
LA ASISTENCIA EN EL CAMPO,
LAS EXPERIENCIAS PASTORALES
DE ALGUNAS IGLESIAS LOCALES”

89 **I: Asia - Tailandia**

Kumnuan Ungchusak

90 **II: África - Congo**

Dr. Kapepela Kakicha Marie

92 **III: América del Sur - Brasil**

Maria Inez Linhares de Carvalho

94 **IV: Centroamérica - Haití**

Dott. Jean-Marie Caidor

95 **V: América del Norte**

Estados Unidos de América
P. Robert Vitillo

98 **VI: Europa - Polonia**

P. Arkadiusz Nowak

100 **Conclusiones**

SEMINARIO DE ESTUDIO SOBRE EL TEMA
“LA IDENTIDAD DEL CAPELLÁN CATÓLICO
EN LA PASTORAL DE LA SALUD Y SANIDAD
EN LOS UMBRALES DEL 3º MILENIO”
22-23 NOVIEMBRE 1999

103 **El sacerdote ministerial ordenado,
Obispo y Presbítero,
en la Pastoral de la Salud,
a la luz de “Pastores Dabo Vobis”**
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

108 **Reflexión teológica**

P. Juvenal Llunga Muya

117 **El Capellán católico
de la Pastoral de la Salud
en el Derecho Canónico**
Mons. Martin Viviers

127 **Problemas emergentes**

P. Renato Di Menna

136 **Conclusión**

P. Felice Ruffini

*Las ilustraciones de este número proceden del volumen
L'antica spezieria della Santa Casa di Loreto
Colapinto, Grimaldi, Bettini
Editore Croce Azzurra, Bologna*



***“Venid también vosotros aparte,
a un lugar solitario, para descansar un poco”***

(Mc 6, 31)

Telegrama del Santo Padre

Su Santidad Juan Pablo II saluda cordialmente a los participantes de varios países, convocados por el Pontificio Consejo para Pastoral de la Salud, para estudiar temas relativos al fragelo del HIV-SIDA.

En esta circunstancia el Santo Padre alienta a todos a trabajar conjuntamente para atender, desde los propios campos de competencia, a quienes padecen esta enfermedad utilizando los recursos de la ciencia para aliviar su sufrimiento. A estas personas las acompaña también la solidaridad de la Iglesia, la generosidad fraterna de tantos hombres y mujeres de buena voluntad, movidos por el ejemplo del buen Samaritano a socorrer, con los medios adecuados, a estos enfermos haciéndose cargo de ellos hasta su completo restablecimiento o sereno final. Con estos vivos sentimientos pide al Todopoderoso, por la maternal intercesión de Señora de los dolores y de la esperanza, que ilumine y conceda copiosos frutos a quienes trabajan en este campo específico del dolor humano, a la vez que imparte con afecto a los presentes la implorada bendición apostólica.

Cardenal Angelo Sodano, Secretario de Estado de Su Santidad

*La Iglesia Católica
y el desafío
del VIH-SIDA*



*9-10-11 Diciembre 1999
Nova Domus
Sanctae Marthae
Ciudad del Vaticano*

Saludo con todo afecto a los participantes al convenio sobre el SIDA que organiza nuestro Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud. Saludo y agradezco su participación a todos los ponentes; realmente hacen una gran contribución a la causa de la salud en el mundo y al incremento de la pastoral de la salud.

Tenemos tres objetivos para alcanzarse en este Convenio, a saber: 1. Promover la ayuda a los enfermos de HIV-SIDA; 2. Orientar de acuerdo con el Magisterio pontificio la problemática del HIV-SIDA; y 3. Coordinar los movimientos y los grupos de la Iglesia católica que trabajan en el campo del HIV-SIDA.

Partiremos de la situación actual en el mundo del HIV-SIDA y de sus perspectivas, lo que estará a cargo de la Organización para el HIV-SIDA de Naciones Unidas, Onusida.

A continuación presentaremos la investigación que dentro del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud hemos realizado respecto a la realidad, problemas y propuestas de las Iglesias locales sobre el HIV-SIDA en el mundo para después centrar nuestro estudio en tres grandes líneas: Prevención, acom-

pañamiento e iluminación.

Al hablar de la prevención presentaremos la vida como valor fundante, la educación a los valores, los lugares de la educación a los valores, Familia, Escuela, Medios de Comunicación, y las experiencias y perspectivas futuras de intervenciones y programas de carácter preventivo fundadas en la educación en los valores; estas experiencias las presentará Italia, India, España, Caritas internacional, y Senegal.

En cuanto al acompañamiento, estudiaremos la asistencia a las personas con HIV-SIDA, atendiendo a sus aspectos médico-sanitarios, psicológicos, ético-morales y espirituales; y presentaremos además el acceso a los programas de curación y asistencia en el campo mismo; exponemos además, las experiencias pastorales de algunas Iglesias locales de los cinco Continentes: por Asia, tomaremos las experiencias de Tailandia; por Africa, las de la República Democrática del Congo; por América, las experiencias del Brasil, de Haití y de los Estados Unidos; por Europa, las experiencias de Polonia; y por Oceanía, las de Australia.

En cuanto a la iluminación de estas realidades por la Pa-

labra de Dios, reflexionaremos sobre la Teología pastoral y el HIV-SIDA, para concluir con las líneas que nos guíen en el futuro hacia una acción pastoral mejor.

Deseamos motivar en nuestro Convenio a que las Iglesias particulares influyan más sobre las políticas sanitarias nacionales respecto al HIV-SIDA, y así esperaríamos una presencia más significativa de agentes pastorales de la salud al interno de las estructuras socio-sanitarias públicas y privadas, con una orientación clara en materia de pastoral sanitaria acerca del HIV-SIDA; deseamos que el Convenio ayude en especial a promover políticas de protección de la vida, desafiando las políticas preventivas corrientes fundadas, con frecuencia exclusivamente, en la difusión del condón.

Desearíamos promover la creación de una red creíble de conjuntos desinteresados de organismos y asociaciones no gubernamentales empeñadas en la lucha contra el HIV-SIDA; queremos sostener las acciones de los Gobiernos nacionales al particular; apoyar las iniciativas al respecto de las ONGs, católicas o no; quisiéramos también favorecer la adquisición de fondos y recursos financieros para la realización de proyectos que prevean la facilidad del acceso a los fármacos antiretrovirales y para las infecciones circunstanciales; auspiciaremos iniciativas dirigidas a la promoción del desarrollo socio-económico de los países más afectados por el HIV-SIDA; y por fin, desearíamos aprender a usar de modo más maduro y apropiado los medios de comunicación social, especialmente la prensa, la TV e internet.

Se ha dicho por algunos que la Iglesia se ha callado



con relación al problema del SIDA y que su silencio es una prueba de su impotencia en el campo concreto de una realidad de las más lacerantes del momento. Nada más falso: del total de quienes se ocupan de los enfermos de HIV-SIDA en el mundo, como consta por las investigaciones que presentaremos en este Convenio, el 9.4% son Organismos eclesiales y el 15.1% Organizaciones no gubernamentales católicas. Esto es, el 24.5% se encuentra en manos de católicos. Sus recursos, comparándolos con el conjunto de recursos que se emplean, suman solamente el 20.6%, y en su gran parte no son recursos públicos sino privados. A todos estos datos es obvio que se añaden las posiciones tan claramente dicentes del Papa, a las que nos referimos a continuación y la de innumerables declaraciones, pastorales y comunicaciones del Episcopado de todo el mundo que han sido recogidas en publicaciones recientes.

Auguramos a este Convenio la claridad en las metas y por tanto la claridad en la orientación en el trabajo pastoral, todo eso lo podemos encontrar en la doctrina que el Santo Padre nos expone respecto al problema del HIV-SIDA, y que ha sido ya expuesta en el Convenio precedente que este Dicasterio ha tenido sobre el tema que tratamos. Señalamos en especial la acción de prevención, y en ella, algo específicamente cristiano que el Papa señala claramente: hay que destacar la fuerza que debe tener en nuestros días la virtud de la castidad.

No cabe duda que en la dimensión secularista de nuestro mundo esta solución aparece como una ilusión y en algunos casos, como algo mojado, meros prejuicios, con relación a lo terrible de una realidad que parece desbordar los dominios de la moralidad; sin embargo, no cabe la menor duda que para la Pastoral de la Iglesia católica, la virtud de la castidad se coloca ahora como el reclamo más urgente en el ramo y que debe incrementarse tanto en su presen-



tación oportuna y clara, como en su realización práctica.

La virtud de la castidad semeja, es verdad, un nadar contra la corriente en una sociedad pansexualista como la de hoy; pero es la solución verdadera al problema del contagio sexual. Lleva consigo toda una visión antropológica del amor y del sexo, y debe comprenderse en toda su extensión social, familiar, individual y personal. Se comprende de una manera en la exigencia de la castidad matrimonial y se vive de otra forma en la existencia célibe. Sin esta visión aceptada por la fe, se entiende cómo para muchos sólo quede como algo práctico el ramo de los preservativos. Sin la fe, se entiende también como para muchos sea un absurdo el que la Iglesia católica no acepte en su práctica de prevención dichos preservativos.

Respecto al trato a los seropositivos destacarán en nuestro Convenio las acciones de los Gobiernos de los diferentes países que hay que reconocer y animar. Hay que intensificar la acción de todo aquel que se está preocupando de estos enfermos; en todos hay que aumentar solidariamente la conciencia del buen Samaritano, que en estos hermanos nuestros ve a los más pobres y desprotegidos que han caído en las garras de este terrible mal y hacia los cuales se exige la acción preferencial de todos especialmente de los profesionales de la salud.

Frente al drama espantoso que viven en especial los dos millones de niños huérfanos

en el Africa subsahariana, de padres muertos por la infección del HIV-SIDA, y la mayor parte de ellos también contagiados por dicha enfermedad, urge sensibilizar a todo el mundo para ir apresuradamente en su ayuda. Ultimamente ha habido una iniciativa que parece oportuno secundar: que se oficialice en todo el mundo el día de los niños contagiados de HIV-SIDA y que este día sea el 28 de diciembre, día en que la Iglesia católica celebra el día de los Santos Inocentes.

Hemos hecho propia esta iniciativa y hemos enviado desde el Dicasterio una petición a este respecto a los Obispos presidentes de las Conferencias episcopales del mundo. En ella les decimos que si así lo desean, expongan esta iniciativa al pueblo de Dios que peregrina en sus Iglesias particulares y como un regalo de Navidad envíen a 6 países del Africa subsahariana, los más golpeados por la infección del HIV-SIDA, sus oraciones y sus ofrendas económicas para alimentación y medicina de estos niños. Las ayudas pueden ser de todo tipo, una que muchas veces se olvida, y es evidente que se olvide en un mundo secularizado, es la oración, insistimos en ella. Es un medio especialísimo que tenemos para combatir esta plaga que nos ha inundado en el fin del segundo Milenio y comienzo del tercero. La documentación pertinente la encontrarán en el material que les hemos entregado y esperamos que ustedes sean portadores de esta iniciativa en sus Iglesias locales.

Quiera la Virgen Santísima, salud de los enfermos, ir en ayuda muy particular de tantos niños desamparados que mueren continuamente a causa de este terrible mal y tener maternalmente en su corazón a todos los aquejados por el HIV-SIDA.

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

SIDA en el mundo, hoy

Situación actual y retos para el futuro

En nombre del *Joint United Nations Programme on HIV-AIDS* (UNAIDS), deseo agradecerles por haberme dado la oportunidad para intervenir en este importante Congreso sobre el SIDA que espero contribuirá a lograr una estrecha colaboración entre UNAIDS y la Iglesia católica en diferentes niveles.

Quisiera iniciar subrayando el alcance de la epidemia VIH-SIDA en el mundo actual y luego examinar las perspectivas para el próximo futuro.

Situación global del SIDA

La difusión del VIH-SIDA ha superado abundantemente nuestros temores más pesimistas. Más de 33 millones de hombres, mujeres y niños viven actualmente con el VIH-SIDA, un número equivalente a toda la población de Polonia. La mitad son jóvenes con menos de 25 años. Más de un millón de niños son seropositivos, en su mayoría a nivel perinatal y viven sobre todo en África.

Ante todo deseo afirmar que no estamos sin esperanza frente a esta epidemia. Quisiera citar países y comunidades en toda región del mundo en las que los porcentuales de infección se han estabilizado o incluso han disminuido.

Sin embargo, globalmente la epidemia continúa creciendo de manera inflexible. Cada día quedan infectadas cerca de 16,000 personas. La mayoría de las nuevas infecciones tiene lugar en una edad comprendida entre 15 y 24 años y la epidemia está afectando a un número cada vez mayor de mujeres. La mayoría (cerca del 95%) de los hombres, de las mujeres y de niños seropositivos viven en países en vías de desarrollo. Nueve de cada 10 personas en todo el mundo no saben que están infectadas.

Más de 16 millones de adul-

tos y de niños ya han perdido la vida por esta enfermedad devastadora y el número de muertos sigue aumentando. Este año ha visto el más elevado número de muertos por VIH-SIDA desde que comenzó la epidemia: 2,6 millones. Actualmente, el SIDA causa más muertes en el mundo que cualquier otra enfermedad infectiva.

Asia, la parte del planeta con mayor densidad de población, se ha convertido en una seria preocupación. Por ejemplo, ha habido una rápida progresión del virus en algunos países como Myanmar y Camboya, donde la epidemia está difundida en la población general con al menos el 4,5% de donadores de sangre masculinos infectados. Quizás la preocupación mayor concierne la futura evolución de la epidemia en los dos grandes países más grandes de la región y del mundo: China e India. Se calcula que sólo en India hay más de 4 millones de personas seropositivas, no sólo en los centros urbanos sino también muchos en las zonas rurales. Se considera que en China hay casi medio millón de personas seropositivas, en particular entre los drogadictos, y es amplia la fuerza de difusión del virus incluso entre las demás poblaciones vulnerables. Por otro lado, Tailandia ha mostrado una importante disminución del número de nuevas infecciones, debido sobre todo a grandes esfuerzos de prevención contra los factores que afectan ya sea el riesgo de VIH como la vulnerabilidad.

La zona del Caribe se encuentra en el segundo puesto de las regiones del mundo más afectadas, con países como Haití que alcanzan niveles de infección paralelos a los de los países de África sub-sahariana, y porcentuales de infección que aumentan en la República Dominicana, en Guyana y en

Barbados. En Brasil y en México, el SIDA se encuentra en el segundo lugar entre las causas de muerte después de la violencia entre los hombres con más de 45 años y antes de los accidentes de carretera. Niveles cada vez más altos de infección se han verificado en zonas monitoreadas de América Central entre las mujeres embarazadas, los homosexuales y las poblaciones de emigrantes. En el Cono Sur, las porcentuales de infección están aumentando entre las personas más vulnerables, en particular entre los drogodependientes y sus partners.

La punta más elevada del VIH en el mundo se ha registrado en 1999 en los estados independientes de la ex Unión Soviética, donde la proporción de la población que vive con el VIH se ha duplicado entre 1997 y 1999. En la región que comprende estas naciones y el resto de Europa Central y Oriental, el número de seropositivos ha aumentado de más de un tercio sólo en 1999, alcanzando a 360,000 personas, aproximadamente.

En los países industrializados, se ha realizado un gran progreso en los primeros años de la epidemia. Sin embargo, la prevención estuvo detenida por un decenio. Este año, así como en los primeros años, 75,000 nuevas personas han sido infectadas y existe una evidente preocupación de que sigan aumentando los comportamientos no saludables. Pero en ningún otro lugar el impacto del VIH-SIDA ha sido tan devastador como en el África subsahariana, hasta el punto que en la actualidad constituye la amenaza más grande para el desarrollo.

A nivel regional, ya han muerto 14 millones de africanos, más de 2 millones solamente en este año. Casi 4 millones de africanos han quedado infectados por el virus en

1999, lo que lleva a un total de más de 23 millones de infecciones en África. En no menos de 13 países africanos, más de un décimo de toda la población adulta vive actualmente con el VIH-SIDA. En algunos países, como Botswana, Namibia, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe un adulto de cada cinco está infectado. Se prevé que en países como Botswana la expectativa de vida descenderá por debajo de los niveles registrados en los años 60 (de 61 años al final de los años 80 a los 47 años de hoy, y se cree que descenderá de manera drástica a 38 años del 2005 al 2010). Algunas luces de esperanza se notan en Uganda y en Senegal. Ambos países han demostrado que esfuerzos inmediatos y generales de prevención que proporcionan servicios esenciales, han mantenido bajos los niveles de infección por HIV. Este éxito ha sido dirigido por una activa leadership política que, desde el comienzo, ha involucrado a grupos civiles de la sociedad en iniciativas para frenar la difusión de la epidemia.

Pero millones de personas que viven con el VIH-SIDA y los que mueren por la enfermedad, son sólo la punta del iceberg: un número mucho más elevado de personas son afectadas por la epidemia y cada día deben enfrentarse a las consecuencias que ella provoca. Uno de los grupos más difíciles son los huérfanos. Dado que los adultos se enferman y mueren, el número de los huérfanos ha aumentado enormemente. Para fines del 2000, más de 13 millones de niños serán huérfanos por SIDA, la mayoría de ellos en África y

más de 10 millones serán menores de 15 años. En el pasado, la familia tradicional y las estructuras comunitarias se ocupaban de los huérfanos, pero esto sucedía antes del SIDA. Sus abuelos a menudo son ancianos y pobres y no pueden ocuparse de ellos. Forman parte de un nuevo y creciente fenómeno: las familias cuyo jefe es un niño. Son niños que han visto morir a sus padres, son niños sin esperanza, no tienen a nadie que les enseñe a proveer por sí mismos, a ser adultos responsables y, a su vez, padres.

El SIDA representa una de las mayores crisis para el desarrollo de nuestro tiempo. Es más que una epidemia, es una catástrofe de masa del desarrollo que afecta a muchos países. Mientras la mayoría de las enfermedades infectivas causan la muerte de las personas débiles – a los que son muy jóvenes y a los ancianos – el VIH afecta a personas en el florecer de su vida de trabajo y de padres. El factor edad corroe profundamente los cimientos económicos y sociales de las familias.

El SIDA, además, amenaza a enteras comunidades y a enteras economías. En 1997, durante el Forum Económico de Davos, el Presidente Mandela advirtió que el “SIDA mata a aquellos en quienes la sociedad confía para hacer crecer las siembras, a los que trabajan en las minas y en las granjas, a los que dirigen y gobiernan las naciones y los países”. En muchos países africanos el SIDA ha destruido hoy los mayores progresos en el desarrollo que se realizaron en los decenios anteriores. Los economistas del

Banco Mundial consideran prudentemente que los países con niveles elevados de SIDA perderán año tras año el uno por ciento del PIB en su crecimiento.

El SIDA afecta casi todos los aspectos de la vida social y económica.

– Los sistemas de cuidados sanitarios son limitados porque tratan un número cada vez mayor de enfermos de SIDA y deben enfrentarse a la pérdida de personal sanitario por muerte o enfermedad. También deben enfrentar crecientes casos de tuberculosis, la infección más común asociada al SIDA. En Costa de Marfil, Zambia y Zimbabwe, los pacientes seropositivos ocupan del 50 al 80% de las camas en los hospitales urbanos. El promedio de costo de un paciente de SIDA durante un año cuesta como educar a 10 estudiantes de escuela primaria durante el mismo período.

– También el sector educativo está afectado en la actualidad. De un estudio del Banco Mundial en Tanzania resulta que el SIDA matará a cerca de 15,000 estudiantes dentro del 2010 y a 27,000 dentro del 2020. El costo para formar a los maestros que los sustituirán será de cerca de 40 millones de dólares. En Costa de Marfil, cada día muere de SIDA un maestro de escuela. De esto resiente también la calidad de la educación proporcionada porque, para sustituir a los que se enferman y mueren, se emplea personal sin experiencia.

– La epidemia del VIH-SIDA está llevando al límite la capacidad de las redes de seguridad social. El impacto en las familias se verifica apenas un familiar comienza a sufrir de una enfermedad vinculada con el VIH. Esto determina una pérdida de ganancias de parte del paciente, un aumento sustancial de los gastos para medicinas, mientras otros miembros de la familia, generalmente hijas y mujeres, pierden la escuela o el trabajo para ocuparse del familiar enfermo. La muerte provoca no sólo gastos ulteriores para el sepelio, sino también la pérdida permanente de ganancias por la reducción del trabajo en la granja o por los



salarios más bajos. En Costa de Marfil, en las familias urbanas cuyos miembros están afectados de SIDA, la renta promedio descende del 50-60 por ciento, los gastos para la educación son demediados, y el consumo del alimento descende al 41 por ciento, mientras los gastos para la atención del individuo se han cuadruplicado. Otras consecuencias incluyen la disolución completa, o parcial, de las familias: los hijos son enviados para que vivan con los parientes; uno de los cónyuges o un hijo emigran para buscar trabajo; a veces, a la muerte del esposo, la viuda o los hijos están obligados a vivir en la casa de un hermano renunciando a todo derecho de propiedad o herencia.

– La productividad económica disminuye drásticamente. El SIDA afecta sobre todo a los que se encuentran en el estado más productivo de su vida, a menudo a los que pertenecen a categorías socio-económicas elevadas y que por muchos años han beneficiado de la inversión en su formación. Cuando trabajadores y managers expertos del sector como la minería, el petróleo y la agricultura, se enferman y mueren, los efectos disgregadores que acarrearán a la producción incluso pueden superar los costos que se pueden fácilmente medir de los beneficios médicos, de los días de enfermedad y de la formación de los sustitutos. En algunos países, en el sector privado los costos referentes al SIDA están corroyendo el equivalente de un quinto de todos los productos.

¿Qué debemos hacer para responder a los retos futuros?

Se está haciendo mucho en el mundo para responder a los desafíos planteados por esta devastadora epidemia. La Iglesia católica es un partner esencial en los esfuerzos que se hacen para detener la avanzada. Pero todos debemos hacer mucho más. No sólo estamos unidos por el deseo común de hacer más, sino también por los penosos dilemas que esta enfermedad trae consigo. Proba-

mos angustia y dolor cuando perdemos a miembros de nuestra comunidad o cuando no somos capaces de responder a las necesidades de quienes están infectados y se enferman de SIDA.

Una de las áreas de importancia fundamental en la que Iglesia hace la diferencia es el cuidado de quienes viven con el VIH-SIDA. La Iglesia católica ha desarrollado un papel ejemplar para sostener a estas personas y a sus familias. Una fuerza particular es proporcio-



nada mediante el apoyo espiritual y emotivo que ofrece a los que deben afrontar los inmensos sufrimientos acarreados por esta enfermedad, en especial a los que han sido rechazados por su familia y por su comunidad a raíz de su seropositividad. En el futuro, al aumentar el número de las personas infectadas y afectadas por la epidemia, los servicios proporcionados a través de la Iglesia, que ya constituyen cerca del 25% de los cuidados prestados a los pacientes de SIDA en la mayoría de los países, deben afrontar nuevos retos para sostener el aumento de la demanda.

La reducción de la transmisión del virus de madre a hijo es un resultado importante en la epidemia. Recientes investigaciones han mostrado que una intervención antiretroviral efectiva y afrontable puede reducir de la mitad la transmisión de la infección de madre a hijo cuando se une a la decisión de no amamantar. Muchos gobiernos están considerando la posibilidad de proporcionar esta intervención a las

mujeres encintas seropositivas. Aunque todavía no se trata de una solución perfecta, trabajar en la prevención de la transmisión de madre a hijo contribuirá también para crear una infraestructura para el cuidado y el tratamiento, así como un mejor acceso y calidad de la asesoría voluntaria y de los servicios de test requeridos para que la intervención sea eficaz.

La discriminación y la marca asociadas al VIH-SIDA siguen siendo el mayor obstácu-

lo, que aumenta la vulnerabilidad a la difusión del virus. En un ambiente en que están presentes discriminación y prejuicio, las personas son menos favorables para aceptar la presencia de seropositivos en su comunidad y a estar abiertos a iniciativas de prevención. El credo de la Iglesia católica en la dignidad de cada persona y la promoción de una sociedad justa son muy importantes para reducir la vergüenza y la alienación que prueban los que viven con el VIH-SIDA, sus familias y los que son considerados un riesgo de infección, como las prostitutas y los drogadictos.

En muchos países, la Iglesia ha sido la primera que ha abierto los brazos a los seropositivos y a los enfermos de SIDA rechazados por su comunidad, sin tener en cuenta de su historia pasada, su orientación sexual y el modo con el que han contraído la infección. Su Santidad Juan Pablo II ha afirmado: "Dios os ama a todos sin distinción, sin límites... El ama a los que están enfermos de SIDA. El ama a los parientes y a

los amigos de los enfermos y a las personas que los atienden”.

Creando un ambiente sano para el diálogo – sin juicios ni perjuicios – la comunidad eclesial hace que la enfermedad sea más llevadera para todos. Hablando de VIH de manera más abierta y en términos de mayor aceptación, la Iglesia puede reducir la terrible necesidad de esconder al enfermo así como la marca y la ofensa del rechazo. Al respecto, podemos trabajar junto con otros partners para influir en las políticas nacionales sobre los derechos humanos y sobre las cuestiones de sexo, cultura, ética y ley.

Un partner esencial para enfrentar este desafío se obtiene a través de una mayor implicación de los que viven con el VIH-SIDA en todos los aspectos de la prevención, del cuidado y de la vida comunitaria. Estas personas o los que están directamente afectados por la enfermedad llevan una experiencia personal para programar y poner en acto una respuesta a la epidemia. Los que están abiertos a su estado de seropositividad pueden ayudar a los demás a apreciar la necesidad de solidaridad entre los seropositivos y los afortunados que hasta ahora han escapado a la infección.

¿De qué modo UNAIDS y la Iglesia pueden trabajar juntos?

La colaboración con la Iglesia católica y sus organizaciones tiene lugar a nivel global, regional y nacional. En 1988 se creó una partnership formal entre el secretariado de UNAIDS y Caritas Internationalis para colaborar en los siguientes campos:

- promover la toma de conciencia sobre el VIH-SIDA, un comportamiento responsable, la cura y la dignidad de los que son afectados por la epidemia;
- responder a la cuestión del desarrollo puesta a relucir por la epidemia, manteniendo al mismo tiempo al ser humano como centro del desarrollo;
- promover un trabajo de defensa en materia de VIH-SIDA.

Cada organización trabajará teniendo en cuenta su propia

perspectiva. Caritas Internationalis partirá de la enseñanza espiritual, moral y social de la Iglesia católica y UNAIDS desde el punto de vista pluralista ya que es un organismo de Naciones Unidas.

En América Latina, en marzo de 1998, la Conferencia Episcopal de Argentina realizó un Simposio regional sobre la prevención del VIH-SIDA en el que participaron representantes de la Iglesia católica de diferentes países latinoamericanos, un representante del Vaticano, del Secretariado de UNAIDS y del Banco Mundial. En marzo de 1999, siguiendo las líneas del Simposio, se celebró una segunda conferencia que contribuyó aún más a un diálogo más abierto y continuo sobre las cuestiones referentes al SIDA en la región. En Argentina, esta colaboración dio como resultado un apoyo de parte de UNAIDS para que los mensajes de toma de conciencia sobre el VIH-SIDA se difundieran mediante las publicaciones eclesiales que semanalmente llegan a 150,000 parroquianos, así como a través de 35 estaciones radio de la Iglesia.

UNAIDS colabora también de manera activa con otras denominaciones religiosas con el fin de sostener sus esfuerzos para aumentar la toma de conciencia sobre el VIH-SIDA y para difundir la prevención, el cuidado y los servicios de sostén en sus comunidades. Entre los ejemplos de esta colaboración, la asistencia al Consejo Mundial de las Iglesias para ayudar a sus iglesias miembros a llevar adelante un programa de prevención, cuidado y apoyo basados en los valores; actualmente se lleva a cabo en Zambia y en Zimbabwe un programa para crear un grupo de formadores sobre VIH-SIDA a nivel nacional y comunitario en el ámbito de la membership del Consejo Mundial de las Iglesias en este campo.

En Africa se ha instituido también una alianza pluriconfesional para el intercambio de informaciones, la compartición de recursos y la formación. Se han efectuado estudios acerca de actividades específicas en materia de VIH-SIDA efectuadas por las comunida-

des religiosas de ese continente, y una encuesta y un análisis del compromiso de las comunidades religiosas budistas, cristianas e hinduistas en Asia. UNAIDS, además, sostuvo el Primer Simposio Internacional sobre SIDA y la Religión que se desarrolló en Dakar, Senegal. En esta Conferencia, los participantes provenientes de diferentes backgrounds religiosos, entre los cuales el Islam, el Cristianismo y el Budismo, intercambiaron experiencias prácticas en materia de cuidado y sostén y discutieron de la prevención mediante la abstinencia, la fidelidad recíproca en el matrimonio y el uso responsable de los profilácticos.

Para concluir, quisiera decir que estamos muy unidos en esta tarea. Todas las tradiciones de la fe están combatiendo para afrontar la cuestión SIDA y en particular sobre el modo de llegar a los jóvenes con el mensaje del cual he hablado antes. A veces nuestros acercamientos son idénticos, a veces complementarios. Debemos continuar a buscar la comprensión recíproca y reforzar el diálogo entre las autoridades eclesiales y seculares, sin obstaculizar los esfuerzos individuales. Nuestra capacidad de identificar los caminos para trabajar juntos puede ser nuestra esperanza más verdadera para reducir las consecuencias trágicas de la epidemia del SIDA. La próxima generación de jóvenes y la próxima generación de nuestros leaders depende de nosotros. No debemos fallar.

Dr. PETER PIOT
Director Ejecutivo UNAIDS
Suiza



Presentación del trabajo del grupo de investigación

12

1. La aparición del Sida suscitó en la sociedad una fuerte reacción de agresión, pánico, miedo.

2. Inmediatamente vino – después de esa reacción – una explosión de servicios y atenciones, tanto de los profesionales como de las Instituciones, un despertar de testimonios, solidaridad, profesionalidad. Se diría que el Sida se convirtió en una enfermedad de moda. Seguramente, hemos comenzado a valorar más la vida, ya que la vemos tan frágil, tan mortal, así nos la presenta el Sida.

3. Un dato que quiero subrayar es el de la sensibilidad de la Iglesia que, como siempre, en esta circunstancia se hace pionera tanto con su *palabra* como con la *cantidad* de *Instituciones y personas* dedicadas al servicio de todos los afectados por el Sida.

4. En la reunión celebrada en Ginebra – mayo 1998 – sobre el tema del Sida, se acentuó la importancia de la Iglesia en relación a definir su punto de vista sobre los problemas éticos conexos con el Sida.

Se decía que podría ser útil la elaboración y difusión de documentos que clarifiquen a un público heterogéneo – por confesión y cultura – cuál es la posición de la Iglesia y su respuesta en los diversos ámbitos – social, sanitario y espiritual.

Podemos decir que son muchas las veces que el Papa ha iluminado con su Magisterio hablando del tema.

Son muchos los documentos que las Conferencias Episcopales y muchos Obispos particulares han escrito a los fieles a hacerse presentes – como Cristo lo hizo – entre los débiles, enfermos, y necesitados, y ser “protagonistas” con

un estilo de presencia acogedora, sanadora, salvífica.

La Iglesia llama a “evangelizar la enfermedad”, a integrarla, dándole sentido, a “celebrar los sacramentos, fuente de gracia y testimoniar el servicio (Diaconía) y la comunión (Koinonía) la fuerza terapéutica de la caridad.

5. Nuestro Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud – brazo derecho del Papa en el tema de la Pastoral de la Salud – no podía quedar al margen de toda esta problemática.

Quiero recordar en esta Asamblea dos etapas importantes del trabajo de nuestro Pontificio Consejo sobre el tema Sida.

Primera etapa

– La Conferencia Internacional de noviembre de 1989 se dedicó a este tema, con el título: *Vivir, ¿por qué? Sida*.

Quienes sigan de cerca nuestra Revista “*Dolentium Hominum*” encontrarán en el n° 13 – hoy agotado – las Actas de este importante Congreso.

– En esta primera etapa fueron muchas las Instituciones que visitamos en Estados Unidos, India, Italia..., tanto hospitales como Casas de acogida para estos enfermos.

– Igualmente la participación en otros encuentros sobre el tema.

Segunda etapa

Inicia con la programación del trabajo en el Pontificio Consejo, los programas están señalados en el libro “*Piano di lavoro*”. En el tema “enfermedades emergentes” está indicado el Sida.

Queriendo poner en marcha una reflexión sobre el tema, constituimos dentro del P.C. un grupo de trabajo que ha ido caminando hasta el momento presente con este Simposio.

El *iter* – los pasos dados por el grupo inician con la reunión del 25-VI-1997 y seguidamente otras más:

– 14.VII.'97

– 2.III.'98

– 24.III.'98

– 21.IV.'98

– 14.V.'98

– 20.V.'98

– 29.V.'98

– 16.VI.'98

– Julio 98. Se envía cuestionario a todas las Conferencias Episcopales y se pide a 9 de ellas un representante para formar parte de un grupo de estudio más extenso.

– 18-19 dic. '98. Se hace una reunión con todo el grupo de estudio más los nuevos miembros nombrados.

Durante el año 1999 se realizan varias reuniones:

– 23.IV.'99

– 13.VII.'99

– 26.X.'99

que tienen como finalidad preparar este Simposio que estamos ahora celebrando y seguir de cerca – estudiar y evaluar – las respuestas que nos iban llegando sobre el Cuestionario.

El resultado de todo este *iter* es el Simposio que ahora estamos celebrando. En nombre del P.C. doy las gracias a todo el grupo de trabajo, y a la Secretaría; todos a su nivel han hecho realidad este encuentro que esperamos sea un trampolín para seguir trabajando a este tema.

S. E. Mons. JOSÉ L.

REDRADO, O.H.

Secretario del Pontificio Consejo
para la Pastoral de la Salud
Santa Sede

Informe sobre los resultados de la investigación: “Realidad, problemas y propuestas de las iglesias locales sobre los servicios socio-sanitarios y la acción pastoral en favor de las personas con VIH-SIDA en el mundo”

Cuadro lógico del proceso

El VIH-SIDA es hoy una epidemia global, conexas ya no con el estereotipo de los comportamientos homosexuales (como por largo tiempo se ha creído desde sus inicios en 1981); en efecto, su difusión es ante todo heterosexual. Numerosos institutos internacionales de investigación, organizaciones internacionales, de acuerdo con los ministerios de salud de muchos países están trabajando en la ardua tentativa de monitoreo del fenómeno, ya sea con el fin de calcularlo con mayor exactitud y detener su difusión, así como para estudiar oportunas estrategias de intervención con fines de prevención y asistenciales.

En este contexto, la Iglesia se ha interrogado: - sobre el alcance de su acción bajo el aspecto netamente asistencial y de prevención, educacional y de seguimiento pastoral; - sobre el conocimiento de las apremiantes dificultades que afligen a las iglesias locales en este delicadísimo ámbito de la pastoral en favor de los enfermos y - acerca de las perspectivas futuras de acción e intervención.

Definición de los objetivos indagatorios

La investigación de carácter explorativo-descriptivo, se proponía:

a) conocer el estado actual:
- de los programas para la asistencia socio-sanitaria de las personas seropositivas y de los enfermos de SIDA;
- de la acción pastoral;
con particular referencia a la acción de prevención, educación, información de la población (especialmente de los jóvenes) y la formación de los agentes del sector;

b) Identificar las problemáticas que surgen cuando se ponen en marcha estas intervenciones;

c) Registrar las propuestas y las sugerencias de las iglesias locales entrevistadas, para aplicar nuevas estrategias en el acercamiento a dicha problemática.

La búsqueda se ha efectuado con 112 conferencias episcopales de igual número de países, contactados a través de las nunciaturas apostólicas, con el objetivo de llegar a los obispos responsables de la pastoral de salud. Se trata de personas que tienen un conocimiento profundo y, al mismo tiempo, de gran envergadura del fenómeno VIH-SIDA.

Con el fin de asegurar un nivel cualitativamente elevado de afidabilidad de las respuestas al cuestionario, se ha sugerido servirse de pequeños grupos de expertos, insertados en las diferentes áreas de la encuesta, en las que estaba articulado el instrumento de investigación. El aporte de nuestros entrevistados debe ser tenido en debida consideración, ya que los “sujetos” entrevistados son legitimados por su cargo y representatividad dentro de las iglesias locales o de las entidades internacionales, capaces de contar con conocimientos de informaciones atendibles, calificadas y calificantes para los fines de la investigación.

Con este objetivo se había predispuesto un cuestionario semiestructurado con ítems de respuesta cerrada estandarizada o respuesta múltiple e ítems de respuesta abierta; a partir de julio 1999 y a través de las nunciaturas apostólicas, se envió a 112 conferencias episcopales, para que lo hicieran llegar a los obispos responsables de la pastoral sanitaria para su debida compilación.

El cuestionario se articuló en siete áreas temáticas: tejido social, perspectiva ético-moral, acción pastoral, servicios socio-sanitarios, proyectos y ex-

perimentaciones, problemáticas emergentes y, en fin, propuestas y sugerencias. Término último fijado para la restitución de cuestionarios fue el 31 agosto 1999.

Al 31 de agosto habían llegado a este Dicasterio, debidamente absueltos, 56 cuestionarios de conferencias episcopales de países pertenecientes a las cinco áreas continentales; de 13 conferencias episcopales, en cambio, llegaron informes sintéticos referentes a los temas del cuestionario pero sobre todo con informaciones referentes a la especificidad de las situaciones políticas y socio-culturales de los mismos. Seis conferencias episcopales han declarado que no podían responder porque el problema era marginal en su realidad social. De parte de 37 conferencias episcopales no ha llegado ninguna respuesta. Observando la distribución por grandes áreas geográficas de los países que han llenado el cuestionario, con excepción de Medio Oriente y Africa del Norte, se constata la presencia de un número de países suficientemente representativos de las áreas identificadas.

Es importante subrayar que los resultados de esta investigación, son resultados que no se pueden extender a todos los países, ya que no se ha tratado de una investigación con una muestra probable, sino con una muestra razonada, pero son válidos y útiles para las iglesias implicadas y para relanzar una acción futura y la predisposición de líneas -guía más generales.

El tejido social

En esta primera sección del cuestionario se ha tratado de poner en evidencia:

- los problemas sociales más

urgentes percibidos por las iglesias locales (analfabetismo, pobreza, desocupación, inmigración, relajamiento de los vínculos familiares, etc.);

– carencias más evidentes (en ámbito político, económico, cultural, etc.);

– los tipos de problemas más difundidos entre la población asociados a comportamientos denominados de riesgo de infección del virus VIH-SIDA (prostitución, drogadicción, alcoholismo, delincuencia de menores, etc.);

– las instituciones o los organismos que se ocupan sobre todo de problemas sociales o médico-sanitarios del país (público, privado, organismos eclesiales, ONGs católicas u otras);

– en fin, la dirección en la que se está derrollando la situación social y médico-sanitaria (mejora, empeoramiento o estancamiento).

Algunas estadísticas descriptivas

A los entrevistados se les ha pedido que indiquen las problemáticas del contexto social percibidas como más urgentes y prevalecientes en el país de pertenencia. Entre las categorías indicadas, la pobreza junto con las políticas sociales no adecuadas, representan los porcentuales mayores con respecto a las demás problemáticas, habiéndose indicado cada una en el 82,1% de los casos. Esta asociación de pobreza y de inadecuación de las políticas sociales hace reflexionar sobre la situación existente en todos esos países, aún en vías de desarrollo, en los cuales la pobreza es un fenómeno que aún no ha sido afrontado como problema de toda la sociedad.

Siguen la desocupación con el 80,4% de las opciones, el relajamiento de los vínculos familiares con el 76,8%, el proceso de urbanización con el 64,3% seguido por un progresivo despoblamiento de las áreas rurales, especialmente en los países del Africa subsahariana. Hay que notar que el analfabetismo, indicado en el 53,6% de los casos, no es advertido como prioritario en vista de la tendencia general de buscar un aumento de la población escolarizada.

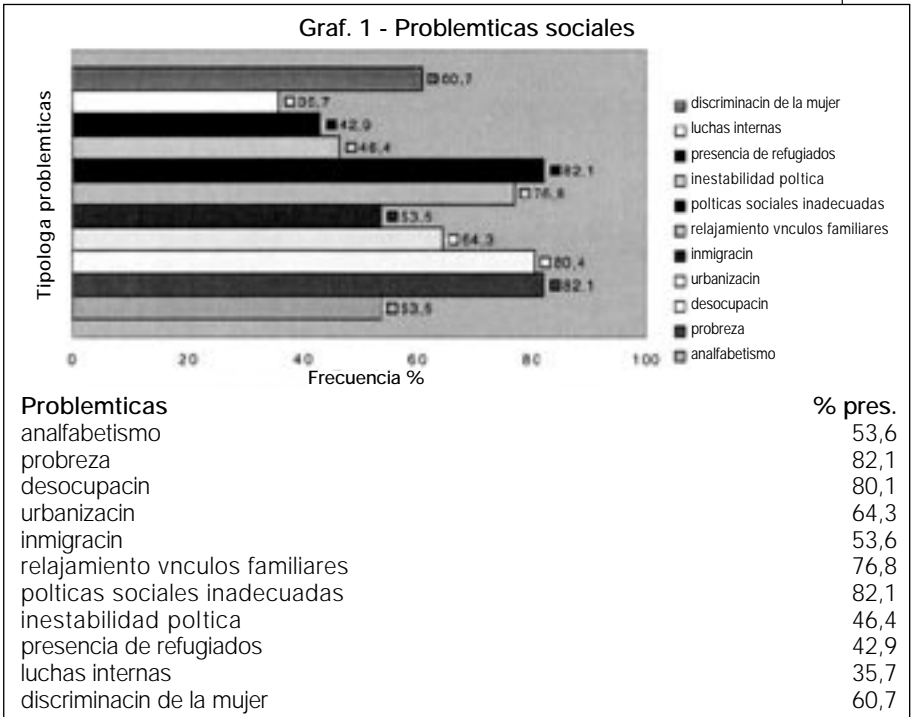
También se había pedido a los entrevistados que colocaran dichas problemáticas en orden decreciente según su importancia: el resultado ha dado el orden siguiente: la pobreza constituye la categoría principal de la 1ª y de la 2ª posición, en efecto, presenta la máxima frecuencia en correspondencia con estas dos posiciones: es colocada en el 1º y 2º lugar respectivamente, con frecuencias del 33,9% y del 28,6% por un total del 62,5%. La percepción de la pobreza como problema prevaleciente, resulta difundida también en la mayoría de las iglesias entrevistadas y atraviesa transversalmente países que pertenecen a áreas geográficas y de desarrollo muy diferentes entre sí.

La desocupación y el relajamiento de los vínculos familiares, han sido colocados respectivamente en el 3º puesto con una porcentual del 26,8% y en el 4º con una porcentual del 16,1%. Evidentemente, la percepción de ambas problemáticas es muy fuerte, pero se concentra ante todo en la desocupación ya que está asociada a problemas más concretos, conexos con el vivir cotidiano y, por lo mismo, más visibles. Sin embargo, el relajamiento de los vínculos familiares constituye una seria campanilla de alarma por las recaídas que pueden verificarse en el contexto social (Gráfico 1).

Estos datos son confirmados en buena parte en las respuestas a la segunda pregunta planteada que trataba de identificar los ámbitos en los que se manifestan las mayores carencias. El gráfico muestra que las mayores carencias se refieren a las intervenciones sociales en el 85,7% de los casos y a la economía en el 74,9% seguidos por carencias en las intervenciones educativo-culturales 73,2%.

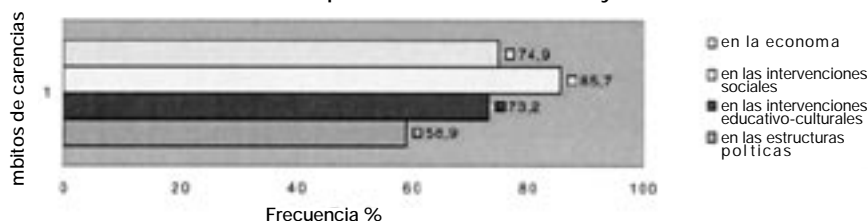
También en este caso se había solicitado a los entrevistados que establecieran un orden decreciente de importancia entre estos ámbitos de carencias. La máxima frecuencia porcentual verificada en la posición del orden se refiere justamente a las carencias en las intervenciones sociales (32,1%) dado que va a reforzar lo verificado en la pregunta anterior en la que se veía una grave distracción en lo que concierne a las políticas sociales.

En cambio, en lo que se refiere a la segunda posición, la máxima frecuencia porcentual verificable, 21,4%, se refiere a las carencias económicas que, si es verdad que en este gráfico encontramos que están indicadas con una menor porcentual, sin embargo en términos de problematicidad son percibidas como mucho más graves. También este dato refuerza lo dicho anteriormente con respecto a los problemas de la pobreza y de la desocupación (Gráfico 2).



Ambitos en los que se manifiestan las mayores carencias	%
en las estructuras políticas	58,9
en las intervenciones educativo-culturales	73,2
en las intervenciones sociales	85,7
en la economía	74,9

Gráfico 2 - Ambitos en los que se manifiestan las mayores carencias



En la sucesiva pregunta se había pedido que se indicasen las tipologías del problema asociadas a comportamientos de riesgo para contraer el virus del VIH-SIDA. Como se podía esperar, la drogadicción y la prostitución han registrado las porcentuales más elevadas, del 89,3% y del 85,7% respectivamente, seguidas a poca distancia por la delincuencia de menores con el 83,9% y el alcoholismo con el 82,1%. Aunque no registren valores muy elevados, sin embargo la marginación y la explotación de menores constituyen problemáticas profundamente radicadas en muchos países.

Como en las preguntas anteriores, cuando se ha pedido colocar dichas problemáticas en orden decreciente según su importancia, ha surgido un dato muy interesante, en el que se han concentrado las indicaciones de las iglesias entrevistadas. En efecto, la máxima frecuencia porcentual verificada en la posición se refiere al alcoholismo con un 23,2% de preferencia, lo cual indica que este factor influye en el comportamiento sexual, sobre todo de los jóvenes y los expone más fácilmente al riesgo de contraer el virus (Gráfico 3).

La drogadicción constituye la categoría modal con respecto a la 2ª posición con un valor porcentual del 28,6% y la prostitución lo es con respecto a la 3ª posición con un valor porcentual del 21,4%, respetando el orden de las preferencias generales que observamos en el gráfico.

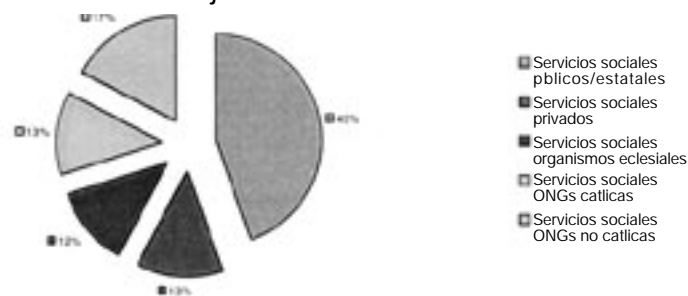
Estos datos son confirmados por la pregunta siguiente en la que se preguntaba en qué grupos se registra el mayor número de personas con VIH-SIDA; de hecho, los valores modales correspondientes a la 1ª y a la 2ª posición corresponden a las categorías de la drogadicción y de

la prostitución, con las porcentuales del 26,8% y del 19,6%. No es menor la importancia, en 3ª posición, de la delincuencia juvenil y la explotación de los menores, que influyen mucho en los modelos de comportamiento de los más jóvenes.

Teniendo en consideración las intervenciones de carácter social, puestas en marcha para hacer frente al problema social del que adolecen las personas que viven con VIH-SIDA, se ha solicitado a los entrevistados indicar el aporte porcentual de algunas realidades públicas/estatales, privadas, de la Iglesia o bien de organismos de carácter internacional. Como se observa en el gráfico, el 45% de aportes promedio porcentuales para intervenciones sociales es sostenido por el público/estatal, seguido por las ONGs no católicas con el 17%. Sin embargo, si se consideran globalmente los aportes promedio ofrecidos por el apoyo de organismos eclesiales, 12%, y por las ONGs católicas, 13%, se alcanza un total del 25% que hace que la Iglesia sea el primer partner del Estado en ámbito social (Gráfico 4).

	%
Servicio social pblico/estatal	44,5
Servicios sociales privados	13,2
Servicios sociales org. eclesiales	12,3
Servicios sociales ONGs catlicas	12,7
Servicios sociales ONGs no catlicas	17,3

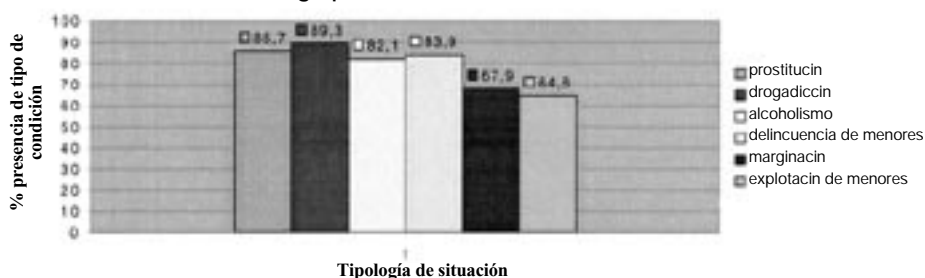
Gráfico 4 - Aportes promedio porcentuales con respecto al conjunto de intervenciones sociales



Tipologías de condiciones que exponen a comportamientos de riesgo de infección VIH-SIDA

	%
prostitución	85,7
drogadicción	89,3
alcoholismo	82,1
delincuencia menores	83,9
marginación	67,9
explotación de menores	64,6

Gráfico 3 Tipologías de condiciones asociadas a comportamientos de riesgo para contraer el virus del VIH-SIDA



Si empleando el mismo criterio se consideran las intervenciones sanitarias, se observa que en este ámbito particular, el compromiso del Estado se vuelve más intenso alcanzando el 60% de los aportes médicos y una vez más encontramos a la Iglesia como primer actor, con un 19% que representa un tercio de los aportes estatales y el doble de las intervenciones de las ONGs no católicas (10%) y de los privados (11%) (Gráfico 5).

el África del Norte, y una sensible mejora se registra también en el África subsahariana.

El cuadro es muy diferente en el ámbito de la situación médico-sanitaria cuya distribución está muy concentrada sobre el modo como expresa la percepción de una mejora (66,1%), que a su vez aparece muy sensible en los países de Europa oriental y occidental, en los países de Asia oriental y del Pacífico, mientras está empeorando en los países del África subsa-

nocido por todos, ofrecen la confirmación empírica para afirmar que las iglesias locales tienen una percepción de las problemáticas y de las dificultades difundidas en el contexto social muy cercana al dato real; significa que la Iglesia está dentro del tejido conectivo de la sociedad no obstante y contra todas las dificultades objetivas que encuentra en algunos casos (como denuncian la iglesia de Lesotho o de Cuba, por ejemplo). La obra de la Iglesia, por consiguiente, no se funda en temas teóricos sino descende en el tejido vivo de la sociedad y, percibiendo las dificultades, actúa como mejor conviene.

La perspectiva ético-moral

Algunas estadísticas descriptivas

En esta parte del cuestionario se observa que el fenómeno de la discriminación social, de la que a menudo las personas que viven con el VIH-SIDA son objeto, en particular en el ambiente familiar, escolar y sanitario.

El gráfico pone en evidencia que los ámbitos en los que sobre todo dichas formas de discriminación acontecen con la *familia y el ámbito del trabajo*, ambos con el 91,1%. Sigue el *ambiente escolar*, con una porcentual del 71,4%, lo que manifiesta la problematización. Cuando a las iglesias se les ha pedido establecer un orden decreciente de importancia entre estos ámbitos en los que existen formas de discriminación hacia las personas con VIH-SIDA, se ha puesto de relieve que la categoría modal que se refiere la 1ª posición corresponde al ambiente de trabajo (41,1%), mientras la 2ª posición corresponde a aquel escolar (25,0%) y la 3ª posición a aquel familiar (32,1%). Es importante subrayar que se trata justamente de los contextos sociales dentro de los cuales tienen lugar los procesos más significativos de socialización: la familia, la escuela y el grupo de los iguales, el trabajo.

El motivo que sobresale con mayor frecuencia es el *temor del contagio* (85,7%) vinculado, sobre todo en los países de

Gráfico 5 Contribuciones promedio porcentuales con respecto al conjunto de intervenciones sanitarias



En lo que concierne a la situación social en su conjunto, la percepción del fenómeno de parte de los entrevistados se distribuye bastante equitativamente entre las tres opciones disponibles: el 37,5 ha respondido que está en progresiva mejora, el 28,6% que está en vías de empeoramiento y un consistente 32,1% no advierte ningún cambio. La mejora de la situación social resulta más elevada en los países de Europa oriental, en Medio Oriente y en

hariana así como en los de América centro-septentrional.

Las desigualdades en la salud se deben ante todo a la inadecuación de las políticas sociales y sanitarias y por tanto se hallan tanto en el país pobre como en el rico y desarrollado.

Es importante subrayar que estos resultados representan la percepción de los obispos o de los grupos de sus colaboradores con respecto a dichas problemáticas y, dado que muestran un cuadro del tejido social co-



área asiática y de África subsahariana, al bajo nivel de información sobre las formas de transmisión de la enfermedad y a fenómenos de carácter específicamente cultural. Un dato que induce a la reflexión nos lo ofrece el hecho que, en el 21,4% de casos, dicho temor está presente en los países de Europa occidental junto con una correspondencia casi matemática a un elevado nivel de perjuicio (21,4%) ante las personas con dicha enfermedad (Gráfico 6).

ses, toda cultura, como ya hemos observado en lo referente a la pobreza. Sin embargo, es oportuno preguntarse a qué nivel de las relaciones interfamiliares se verifica con prevalencia dicho fenómeno.

En el marco del estrecho núcleo familiar los *vínculos padres/hijos* y *entre los cónyuges* parecen enfrentarse cuando se manifiesta la enfermedad, mientras en el 64,3% de los casos es la llamada familia ampliada, es decir los familiares de 2º y 3º grado que manifies-

En todas las grandes áreas geográficas y en particular en Asia (16%), en América meridional (21,4%) y en África subsahariana (17,9%), con el fin de enfrentarse al problema SIDA, se han puesto en marcha iniciativas de información/formación tendientes principalmente a la *educación sanitaria con fines de prevención* (67,9%) a la que se une el compromiso educativo referente a la *afectividad de pareja* (21,4%) y la superación de las barreras discriminatorias.

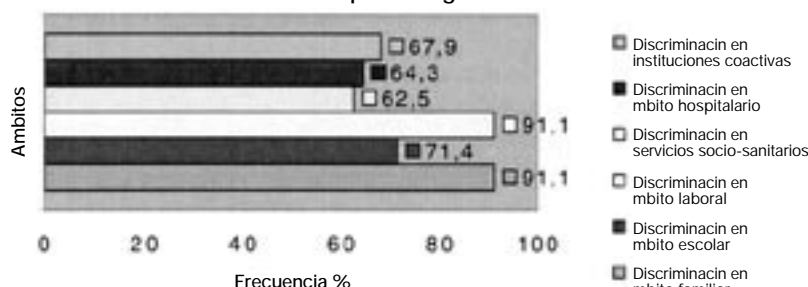
En el 60,7% de los casos, los sujetos promotores de estas iniciativas son *agencias gubernamentales* seguidas por las activísimas *asociaciones de voluntariado* (44,6%).

b) En la escuela

En lo que concierne al fenómeno de la *discriminación en el ámbito escolar*, otro importante contexto de socialización, con respecto al ámbito familiar se evidencia una mayor oscilación entre las diferentes áreas geográficas ya que de cualquier modo recibe la influencia de los sistemas de políticas sociales adoptadas. Se pone de relieve que, en el contexto escolar del área asiática este fenómeno es menos difundido con respecto a otros países y, en efecto, se sabe que en países como India, por ejemplo, la Iglesia está trabajando intensamente en el contexto escolar, promoviendo no sólo en los estudiantes sino también en el

Discriminación en ámbito familiar	91,1
Discriminación en ámbito escolar	71,4
Discriminación en ámbito laboral	91,1
Discriminación en servicios socio-sanitarios	62,5
Discriminación en ámbito hospitalario	64,3
Discriminación en instituciones coactivas	67,9

Gráfico 6 Ámbitos en los que se registran formas discriminatorias



a) En la familia

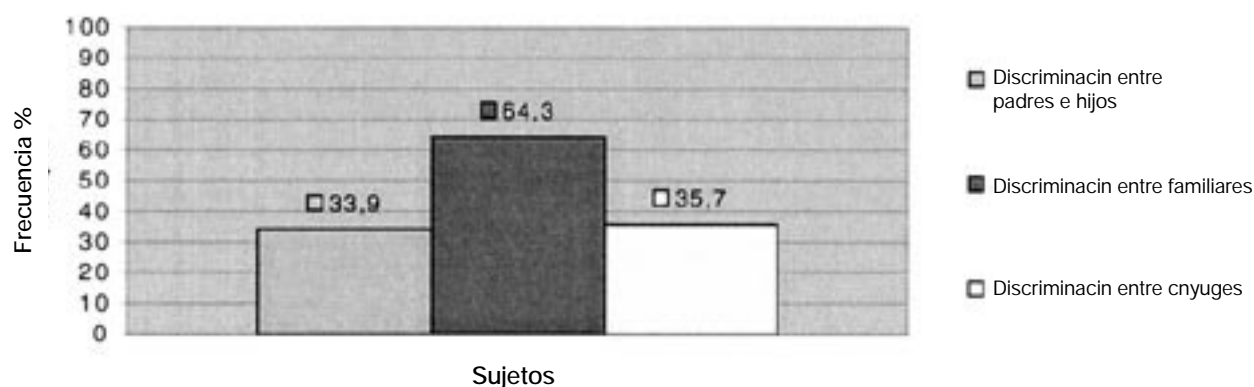
La discriminación familiar de ningún modo parece pertenecer a esta o a aquella cultura, en verdad se manifiesta como un fenómeno que atraviesa transversalmente todos los paí-

tan formas de marginación y discriminación hacia el familiar seropositivo.

Las razones de estas formas de discriminación se encuentran ante todo *en la atribución de culpa* (71,4%) y en el *temor del contagio* (69,6) (Gráfico 7).

Discriminación entre padres e hijos	33,9
Discriminación entre familiares	64,3
Discriminación entre cónyuges	35,7

Gráfico 7 - Sujetos entre los cuales se manifiestan formas discriminatorias en ámbito familiar



cuerpo docente, una correcta información sobre la enfermedad y las formas como se transmite.

En ámbito escolar, los sujetos que más a menudo no sólo manifiestan actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH-SIDA (69,6%) sino que también han sido colocados en la posición en el orden decreciente por grado de capacidad discriminatoria son justamente los *padres* de los jóvenes (% categoría modal: 39,3%) y esto ocurre sobre todo en los países del área occidental (Gráfico 8).

b.1) iniciativas de escuelas católicas

La escuela católica, especialmente en algunos países como México, India, Colombia, Líbano, está muy comprometida en este frente, no obstante encuentre dificultades objetivas sobre todo debido a la falta de recursos financieros más que de aquellos humanos. Las actividades de las escuelas católicas en estos países, tienden de manera especial a la información y a la sensibilización de los estudiantes a un atento y profundizado conocimiento de la enfermedad y de sus medios

La iniciativas que se evidencian con mayor frecuencia son:

- organización de encuentros con padres, estudiantes y movimientos católicos, expertos externos, con fines educativo-informativos;
- escucha de testimonios de personas que viven con el SIDA;
- conversaciones educativas con debates, teatro, video, forum, vivencias de enfermos y voluntarios;
- publicación de material de sensibilización: prospectos, depliant, folletos, paquetes multimediales para las escuelas, brochure sobre la prevención, etc.;
- educación a la autopromoción, al descubrimiento y a la valoración de las capacidades de aptitudes individuales;
- organización de staff de docentes para la educación a la prevención del VIH-SIDA y formación entre jóvenes de los clubs anti-SIDA y de grupos de apoyo entre iguales;
- educación a la afectividad de la pareja, a la procreación responsable, promoción del sexual *behaviour changing*, educación a la vida y al amor (Programa EVA de Camerún);
- educación sanitaria, encuentros con agentes del área sanitaria, con representantes del mundo médico y científico, con representantes del mundo político.

c) En las estructuras sanitarias

También en las estructuras sanitarias y en particular en ámbito hospitalario, encontramos formas de discriminación hacia personas afectadas de VIH-SIDA, pero con menor frecuencia con respecto a los ámbitos anteriores, tal como lo indica el

Sujetos

Personal docente
Compañeros de escuela
Padres de los menores

%

58,9

62,5

69,6

Gráfico 8 Sujetos entre los cuales se manifiestan formas discriminatorias en ámbito escolar



El personal docente, en cambio, es la parte más abierta a la comprensión y a la acogida de los alumnos seropositivos. Sin embargo, las *actividades de información/formación* en las *escuelas públicas* sobre el tema del SIDA resultan ser, en el 51,8% de los casos, *saltuarias* y en porcentual más difundidas en los países del área occidental y de América Latina. Dichas iniciativas tienden principalmente a la difusión de una educación sanitaria de carácter preventivo (42,9%) y a la formación de los docentes acerca de las formas de prevención (33,9%). Este dato, podría explicar la actitud particularmente acogedora de los docentes en las escuelas, a cuya formación en ese sentido parece darse particular atención. Los sujetos que son promotores de estas iniciativas en las escuelas públicas son numerosos: de las agencias gubernamentales a las asociaciones de voluntariado, los mismos docentes y los organismos eclesiales allí donde esté consentido.

de transmisión, acompañado por una intensa acción educativa y formativa con respecto a la vida, a la fidelidad y al amor conyugal, a la afectividad de pareja, a la paternidad responsable, con el fin de lograr un estilo de vida marcado por los valores morales cristianos.

La educación sanitaria constituye una amplia parte de la acción preventiva en las escuelas católicas, confiada a los educadores preparados e idóneamente formados para transmitir estos importantes conocimientos a los jóvenes estudiantes.

Naturalmente, no faltan países en los que la Iglesia católica sufre de exclusiones injustas de la vida social; en Cuba por ejemplo no existen escuelas católicas o en Lesotho donde las células SIDA de la Iglesia católica no son aceptadas en el 75% de las escuelas; los educadores y los padres de los estudiantes necesitarían de adecuada información y formación sobre la problemática, pero no hay disponibilidad de fondos.



64,3% de los entrevistados.

Esto se evidencia en el gráfico que ilustra por grandes áreas geográficas la distribución del fenómeno de la *discriminación en ámbito hospitalario*. En particular, se pone de realce que en los países occidentales en los que la profesionalidad en el trabajo está acompañada por una creciente cultura de la seguridad sobre el trabajo, el fenómeno precipita de manera mucho más sensible que en los países llamados en vías de desarrollo, en los que faltan también las condiciones mínimas de seguridad sobre el trabajo. He aquí que en áreas, como la asiática, en las que hasta ahora se han manifestado niveles en un promedio más bajo de presencia del fenómeno, en este ámbito sufren un sensible y significativo aumento.

La manifestación del rechazo de parte de agentes sanitarios en las estructuras hospitalarias y en los servicios socio-sanitarios, frente a un enfermo de VIH-SIDA puede observarse "*de vez en cuando*" (en un promedio del 41,1% de los casos) y este dato es apoyado por el hecho que en 50% de los casos, dentro de las estructuras sanitarias se desarrollan *regularmente* actividades de formación y/o información para el personal sanitario con fines preventivos. En el 80,4% de los casos se tiene conocimiento de *agentes sanitarios seropositivos* y en la mayoría de los casos, las estructuras sanitarias, incluso considerando como problema este hecho, lo afrontan para resolverlo junto con el agente, manteniéndolo en su puesto de trabajo (64,3%). Sin embargo, estos sujetos se convierten en objeto de un ostracismo subterráneo de parte del entourage de servicio o de equipo, no obstante los esfuerzos que puede hacer la estructura administrativa.

El *deber de la reserva* se observa *siempre* en el 37,5% de los casos y *a menudo* en el 30,4% por lo que es lícito deducir que está bastante difundido el respeto de un importante derecho de la persona. En lo que se refiere a la efectiva observancia de dicho deber no maravilla que justamente en Estados Unidos, en donde domina una cultura individualista,

dicho deber sea observado con mayor rigidez, prescindiendo de cualquier hecho concomitante; mientras en otros países, con una dimensión religiosa predominante, como por ejemplo América Latina y Europa oriental, la estricta aplicación de este principio puede disminuir frente a factores contingentes. Por consiguiente, se deja un espacio a la valoración de la persona que afronta los casos uno a la vez.

Justamente como referencia a estas situaciones, que plantean problemas éticos y morales de considerable alcance, se han desarrollado iniciativas para tutelar al cónyuge/partner que desconoce el hecho. Entre éstas la más difundida es, en el 76,8% de los casos, el *counselling* para revelar la seropositividad al cónyuge/partner que desconoce, ayudado por el sostén psicológico. En las estructuras públicas, en el 51,8% de los casos, se sugiere de modo prioritario el uso de condoms con finalidad preventiva.

A la delicada pregunta referente al conocimiento de experimentaciones, no controladas, de nuevos fármacos, el 76,8% de las iglesias locales entrevistadas ha respondido negativamente y el 23,2% positivamente. Este 23,2% se refiere sobre todo al empleo con este objetivo de niños (14,7%) y de enfermos terminales (8,8%).

Como apoyo a las mujeres seropositivas embarazadas se ocupan tanto el *servicio público* como el de *inspiración católica*:

Servicios públicos:

de información y apoyo psicológico en favor de dichas mujeres, resultan ser *bastante* si se concentran prioritariamente en el bienestar de la madre (55,4%) y luego en el del niño (35,7%). Sin embargo, el servicio público parece tender a acompañar a la mujer al cumplimiento del embarazo (26,8%) más que a su interrupción (19,6%). Este dato es confirmado por la declaración de muchas iglesias locales que en los últimos años han registrado una inversión de tendencia, aunque mínima, de parte de gobiernos nacionales en lo que respecta una mayor sensibilidad y respeto por la vida.



Servicios de inspiración católica

En este ámbito la Iglesia católica todavía está poco presente, sin embargo donde obra se concentra en vía prioritaria en el bienestar del niño (46,4%) y luego en el de la madre (42,9%), naturalmente con el fin de acompañar el embarazo hasta su término.

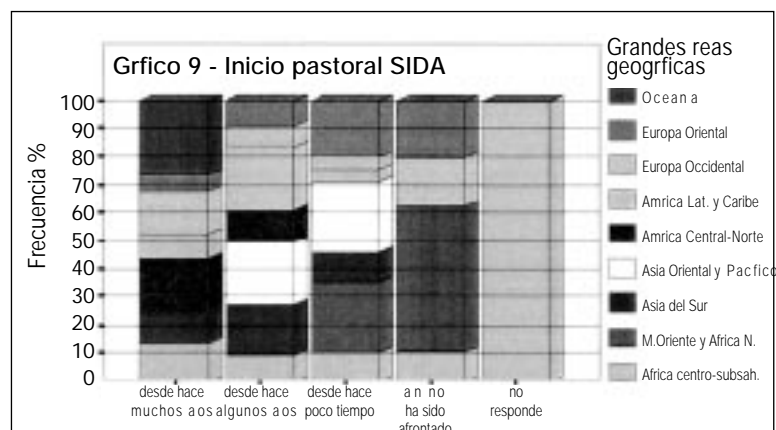
Acción Pastoral

Algunas estadísticas descriptivas

La pastoral sanitaria de las iglesias locales entrevistadas se ocupa desde hace varios años del problema del VIH-SIDA, en el 42,9% de los casos, aunque no de manera sistemática y programada. El gráfico ilustra la distribución, por grandes áreas geográficas, del tiempo a partir del cual la Iglesia ha iniciado a ocuparse de la pastoral de seguimiento de los enfermos de VIH-SIDA. Obviamente, las primeras iglesias que han puesto en marcha dicha pastoral han sido las que se encuentran en los países que han visto surgir este virus por vez primera: Estados Unidos y Europa occidental. Acercándonos a épocas más recientes encontramos, primero África en donde la difusión del virus ha asumido ritmos muy sostenidos que han inducido a las iglesias a tomar rápidamente conciencia del problema y a realizar intervenciones sobre todo de carácter educativo-cultural para que el concepto de SIDA fuese considerado como enfermedad y no como condena; existen aún algunos países del Cercano Oriente y de África del Norte

en donde aún no se logra tomar plena conciencia del problema pero en los que la Iglesia choca también con muchas dificultades de convivencia con los gobiernos islámicos (Gráfico 9).

Además que de los enfermos, hacerse cargo significa ocuparse de los huérfanos cada vez más numerosos y que, de los cálculos actuales se deduce que siguen creciendo: un pro-



20

Cerca del 80% de las iglesias entrevistadas no ha indicado un organismo oficial de la propia iglesia local con la responsabilidad del *trabajo pastoral referido al tema SIDA*. El 50% de las opciones se ha concentrado en la voz "Comisión salud" de la que depende la pastoral más específica en tema de SIDA.

El 66,1% de las *iglesias locales* entrevistadas ha declarado que ha instituido un *programa de acción* ante la emergencia SIDA. En algunos casos (p.e. Costa de Marfil) la iglesia local es la coordinadora nacional de todos los servicios y las acciones emprendidas en el ámbito del VIH-SIDA, actuando como faja de transmisión entre las diócesis, las parroquias, las estructuras socio-sanitarias, los movimientos y las realidades asociativas del territorio. Este compromiso se concentra naturalmente en las áreas en las que la epidemia tiene la tendencia de difundirse con mayor rapidez (África subsahariana 17,9%, Asia 16%). Los puntos esenciales de la acción de las iglesias locales se pueden resumir del siguiente modo:

- A. formación
- B. prevención
- C. cura y asistencia sanitaria
- D. hacerse cargo y seguimiento pastoral

aunque hacerse cargo y acompañar espiritualmente a los enfermos y a sus familias, asumen un acento particular.

blema del que escucharemos hablar por bastante tiempo y frente al cual es preciso predisponer programas idóneos de acción.

A. Formación:

- formación de agentes sanitarios (médicos, paramédicos, etc.) y voluntarios
- información/formación de religiosos/as y agentes de pastoral (religiosos y laicos)
- formación de educadores para la planificación familiar natural, de animadores
- formación de los jóvenes para la creación de grupos de educadores entre iguales

B. Prevención:

- educación a la prevención y sensibilización de las poblaciones
- educación sanitaria preventiva
- educación de los jóvenes y adultos al amor responsable y al respeto del cuerpo



- documentos oficiales, brochure sobre la sexualidad y la familia, folletos informativos para las escuelas

- informaciones para religiosos y religiosas

- simposios nacionales e internacionales con la participación de representantes de las instituciones del Estado, de las ONGs y de la población

- educación a la vida familiar, a la fidelidad conyugal, a la maternidad y paternidad responsables

- seminarios para agentes sanitarios

- desarrollo de la autoconciencia

C) Cura y asistencia sanitaria

- empleo de capellanes y voluntarios, de personal médico católico

- servicios de counselling pre y post test y sostén a la cura domiciliar básica

- identificación y diagnóstico de seropositividad

- participación en proyectos con otras agencias de la cooperación

- apoyo a proyectos nacionales de lucha contra SIDA-MST-TBC

- apoyo a asociaciones caritativas (Caritas)

- promoción y sostén a grupos de ayuda recíproca

- creación de residencias de acogida para enfermos de SIDA

- centros de rehabilitación

- proyectos de asistencia a enfermos de SIDA y a sus familiares desde el punto de vista sanitario, humano, psicológico y espiritual (Proyecto Buen Samaritano - México)

D) Hacerse cargo

y seguimiento pastoral

- hacerse cargo psico-social y sanitario de las personas con SIDA

- ocuparse de los huérfanos, de las viudas y de los viudos

- seguimiento de personas con SIDA en las instituciones de detención obligada

- apoyar actividades dedicadas a la integración social de las personas VIH+

- residencias para los niños y sus madres VIH+ (Argentina)

- residencias para hombres y mujeres VIH+ en estado de abandono

- casas comunitarias.

Con el fin de realizar dichas

acciones programadas, en el 48.2% de los casos se han solicitado aportes económicos a organismos como:

- MISEREOR
- C.R.S. (Catholic Relief Service)
- MEMISA
- CARITAS INTERNATIONALIS (CAFOD)
- IGLESIAS EXTRANJERAS
- OMS
- BANCO MUNDIAL
- UNICEF
- UNESCO
- UNDP (United Nations Development Programme)
- AGENCIAS DONADORAS EXTRANJERAS
- ORGANISMOS NACIONALES
- GOBIERNOS Y MINISTERIOS DE LA SALUD

con resultados en su prevalencia positivos (42,9%).

También a nivel diocesano parece subsistir una acción programada y sistemática de pastoral sobre el tema, como lo declara el 57,1% de las respuestas, sin embargo con un margen muy sutil con respecto a las iglesias que declaran no haber definido nada. Entre los puntos esenciales de dicha acción programada tenemos:

- A. Prevención
- B. Formación
- C. Asistencia

La acción pastoral a nivel diocesano refleja el modelo definido por las iglesias locales, aunque dedica mayor atención a las exigencias concretas del territorio y de la población.

Existen varias intervenciones que tienden a hacerse cargo desde el punto de vista sanitario y psico-social de las personas con VIH-SIDA y de los huérfanos que cada vez son más numerosos. Sin embargo, no obstante que el aumento progresivo del número de los huérfanos constituya un problema urgente, son todavía pocos los esfuerzos en esta dirección. En efecto, la atención se concentra ante todo en la asistencia a los enfermos y a la prevención. Se indican algunas actividades importantes promovidas y sostenidas por las iglesias locales, que están dando animadores resultados como: Ambulatorio Providencia Outpatient Clinic de Río de Janeiro, el Programa EVA en Camerún y



el programa pastoral del Buen Samaritano en México, la Open Hearth House en Irlanda. Estas actividades atraviesan todo el contexto socio-sanitario, adoptando estrategias de acercamiento multidimensional a los problemas de las personas que viven con el VIH-SIDA.

Actualmente, el objetivo que las *diócesis* consideran como prioritario en lo que concierne el problema SIDA es la educación al amor y a la castidad para los jóvenes (67,9%), la ayuda a los enfermos y a sus familias (66.1%) y la educación sexual (58,9%).

Formación de los candidatos al sacerdocio en la pastoral en favor de los enfermos VIH-SIDA

Se está introduciendo lentamente este particular acercamiento pastoral en el ámbito del curso de Moral Especial o en el curso de Educación a la vida, o en la unidad sobre counselling pastoral durante los estudios de Teología Pastoral, o en el curso de Medicina Pastoral, en el de Educación Pastoral, de formación para capellanes o, de cualquier modo en el ámbito de la formación de los jóvenes candidatos al sacerdocio.

La enseñanza y la formación emplean cassette audiovisuales; después de la visión siguen comentarios individuales, testimonios de personas con experiencia en dicho acercamiento, sesiones ilustrativas y explicativas de las MST y del VIH-SIDA, de conferencias y experiencias directas de pastoral social.

Se trata de desarrollar las ca-

pacidades de counselling, de animar el contacto con los pacientes y de incentivar los contactos entre los seminaristas y los agentes sanitarios del sector.

Servicios e intervenciones socio-sanitarias

En lo que se refiere al número de los hospitales católicos dotados de áreas especializadas en SIDA y el número de centros católicos no hospitalarios que asisten a los enfermos de SIDA, hay que tener en debida consideración que no será posible ofrecer datos certeros y significativos, en vista del exiguo número de países que han tenido la posibilidad de efectuar un censo.

En cambio, es posible poner de relieve que se presentan con una distribución bastante homogénea las tipologías de los centros de recuperación católicos no hospitalarios, colocándose en un promedio del 35% tanto los centros médicos-sanitarios como los socio-asistenciales, socio-educativos y de sostén social. Los centros socio-asistenciales resultan ser los más frecuentados, en el 42,9%, lo cual confirma la dirección del compromiso prevaleciente de la Iglesia frente al problema SIDA. La asistencia está acompañada por una fuerte acción educativa y formativa de la persona, desde el punto de vista holista. Educación y asistencia, son los dos pilares de la respuesta que la Iglesia da con su acción al SIDA.

Tanto los centros católicos hospitalarios como no hospitalarios se concentran en las áreas urbanas, aunque están presentes también en muchas áreas rurales y del interior, a menudo muy peligrosas, en donde la Iglesia es la única referencia y sostén posible para la población abandonada a sí misma.

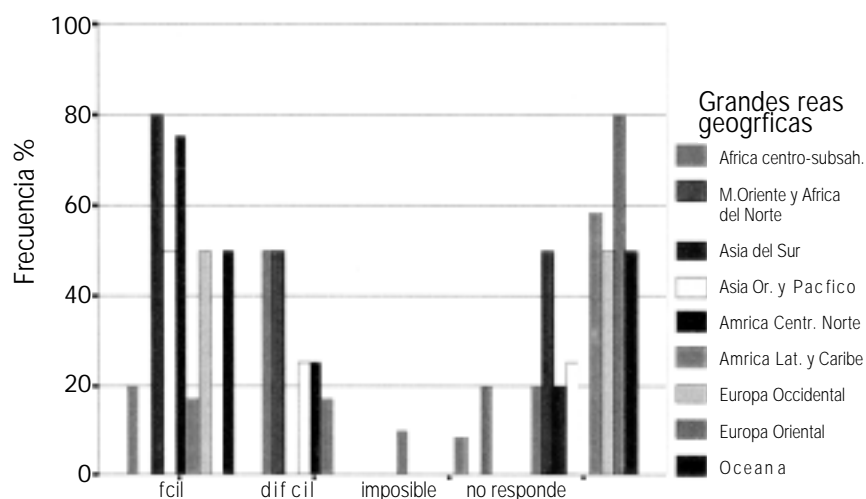
Con respecto a la valoración de la *capacidad de responder a las exigencias* de los pacientes de parte de estos centros, las respuestas dejan ver que no tienen la posibilidad de responder (32,1%) o la han definido *discreta* y, de hecho, el acceso de los pacientes y de

los enfermos terminales para internarse en los hospitales y en los centros no hospitalarios resulta bastante fácil (39,3% - 37,5%). Sin embargo, el acceso de los enfermos terminales a estructuras para el internamiento y cuidados específicos resulta decididamente más difícil.

En lo que concierne a los servicios de carácter médico-sanitario, se ha tratado de registrar el grado de accesibilidad a algunos de los exámenes mayormente empleados por el sistema de servicios sanitarios disponibles en los países de nuestros entrevistados.

Ante todo, hay que declarar que en estos ítems han sobresalido muchos “no responde”, probablemente por la especificidad de la cuestión tratada. Sin embargo, si se examina la distribución por grandes áreas geográficas de las opiniones expresadas sobre el grado de accesibilidad al *test anti-VIH* se observa que el acceso a este tipo de test para identificar la seropositividad ya está bastante difundido y al alcance incluso de los países más pobres, como aquellos asiáticos; en Africa, en cambio, donde podría constituir un medio importante para el monitoreo del fenómeno el acceso resulta aún difícil (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Acceso al test anti VIH



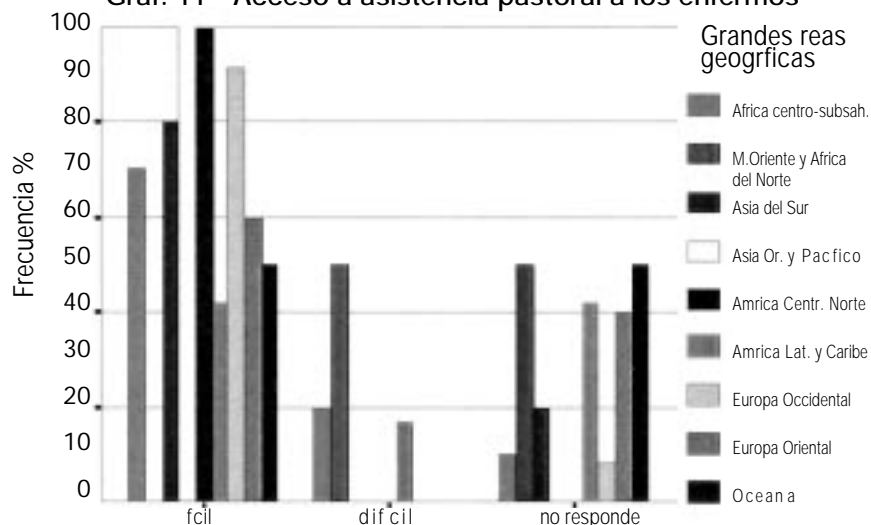
En lo que respecta a la *asistencia pastoral*, las opiniones parecen converger hacia un casi pleno acuerdo sobre el elevado grado de accesibilidad a este tipo de sostén que, aún no es suficientemente sis-

temático en los países de América Latina y del Caribe (Gráfico 11).

canzable en los países en vías de desarrollo.

Este cuadro pone en eviden-

Gráfico 11 - Acceso a asistencia pastoral a los enfermos



Para los *exámenes inmunológicos* se puede observar cierta dificultad de acceso sobre todo en los países en vías de desarrollo como Asia y Africa.

Para los *inhibidores de las proteasas*, junto a un acceso generalizado a ellos en los países más ricos, como Estados Unidos, se registra la imposibilidad de acceso a dichas curas en los países más pobres, que no disponen de los recursos económicos para hacer frente al gasto que proviene de la compra de

cia que el *nivel de los servicios* con respecto a la necesidad en el 55,4% de los casos aún es *insuficiente*, en particular en el Africa subsahariana y en Asia, no obstante el empleo de figuras profesionales como: médicos, enfermeros, asistentes sociales, asistentes espirituales, personal voluntario y religioso. Son menos difundidas las figuras profesionales del psicólogo, del técnico de laboratorio y del asesor legal.

En el 64,3% de los casos se manifiesta que la actualización de los agentes sanitarios tiene lugar al menos cada 12 meses, asegurando así un nivel promedio de profesionalidad, que en el 50% de los casos es definido “bueno”.

Proyectos y experimentos

Con el fin de mejorar la respuesta a las necesidades de las personas con VIH-SIDA en los sectores identificados por esta investigación, en el 76% de los países se están realizando en la actualidad proyectos y experimentos sobre todo a nivel nacional (64,3%), sostenidos en su mayoría por realidades de carácter internacional (32,1%).

He aquí los más significativos:

- creación de institutos de higiene social y de enfermedades infectivas; centros médico-sociales; programas para

este paquete farmacológico.

En fin, en lo que se refiere a la *prevención farmacológica materno-fetal*, se observa que se adopta ampliamente en Estados Unidos, mientras continúa siendo imposible e inal-

reforzar las capacidades diagnósticas;

- en Alemania, Bélgica, Estados Unidos y Australia: estudios farmacológicos y estudios sobre las mutaciones del virus para crear una vacuna;

- programas ecuménicos de lucha contra el SIDA; células de reflexión sobre el SIDA; formación de voluntarios para la asistencia domiciliar básica a los enfermos;

- en Argentina: apertura de casas para madres seropositivas y sus propios niños;

- en Perú: proyecto “Casa Hogar” para hijos de padres seropositivos;

- en Burundi: Proyecto Nuevas experiencias de Brijumbura, creación del Centro Nyamugari de Gitega, el Proyecto nacional “Familias para vencer el SIDA”; creación de Asociación seropositivos y enfermos de SIDA; programa nacional de asistencia a los huérfanos;

- en Uganda: CRS-CA-FOD-CARITAS para un proyecto de asistencia médico-sanitaria y de sostén a los huérfanos; UNAIDS para prevenir la transmisión materno-fetal; fondos del Banco Mundial;

- en Guinea: Proyecto para crear 3 centros médico-sanitarios y de sostén social en las diócesis del país; Proyecto para crear una célula de reflexión y acción de la Iglesia católica en la lucha contra el SIDA;

- en Costa de Marfil: Plan nacional SIDA de la Iglesia católica para el trienio 1995-1997 y Plan trienal SIDA de la Iglesia católica 1998-2001;

- en India: Conferencias y workshops sobre el tema, colaboraciones entre el Catholic Institutes, ONGs y diócesis; publicación de 3 libros: Libro de texto para las escuelas sobre SIDA y libro sobre la asistencia pastoral;

- en Polonia: Proyectos de colaboración con el Ministerio de la Salud y grandes ONGs, creación de un teléfono de confianza gratuito dedicado al SIDA gracias a la Asociación Voluntarios contra el SIDA; sostén a la vida familiar, producción de materiales informativos destinados a los sacerdotes;

- en Brasil: Proyectos de lu-

cha contra la pobreza y la indigencia; proyectos en favor de niños, adolescentes y jóvenes de riesgo; Proyectos para homosexuales; Proyectos que tienen como objetivo la mejora de la calidad de la vida de las personas con VIH-SIDA; Providencia Clinic de Río de Janeiro.

Actualmente, se asiste a una creciente *colaboración entre los organismos públicos/gubernamentales y las ONGs católicas* (71,4%) aunque no siempre de modo satisfactorio (sólo en el 30,4% de los casos). Algunas de las colaboraciones más significativas están orientadas a su financiación de parte de los organismos públicos/gubernamentales, de proyectos de formación de voluntarios, de preparación al counselling, de compra de fármacos para las infecciones oportunistas, de ayudas alimenticias, de control de la infección de VIH en las mujeres embarazadas, creación de Comités científicos y éticos, seminarios de estudio y de acciones ecuménicas contra el SIDA.

La *colaboración entre organismos públicos/gubernamentales y ONGs no católicas* es mucho más intensa (78,6%) pero también en este caso no siempre se revela de modo satisfactorio (33,9%). Las experiencias más significativas se refieren a la realización de micro-proyectos, a la organización de seminarios informativos y debates, ayudas alimenticias u otras, ayudas en medicinales para enfrentar las infecciones oportunistas, distribución gratuita de condoms, programas para suministro de metadona y contra el intercambio de jeringas; programas contra la marginación y la exclusión social; difusión de material sobre la defensa de la sexualidad.

Problemáticas emergentes

a) en el tejido social

Indudablemente, la *pobreza* es un problema que implica a todos los países a cuyas iglesias hemos entrevistado. A ella se asocian graves formas

de marginación de la población no sólo de la vida social sino también del sistema sanitario.

A la pobreza están conexas la *desocupación*, porque el trabajo no hay y donde éste existe, los salarios son muy bajos; de aquí el éxodo de masa de los jóvenes de las áreas rurales a aquellas urbanas y el abandono de los ancianos en las aldeas; los bajos niveles de instrucción, sobre todo en algunos países.

Estos problemas radicados en el tejido social dan lugar a la exposición de una amplia parte de la población a comportamientos de riesgo con respecto al VIH:

- la *prostitución*: mujeres, a menudo muy jóvenes, se prostituyen, entran en el entourage del turismo sexual, administran casas de citas;

- la *drogadicción*: empleo de drogas de diferente tipo, el intercambio de jeringas.

b. Aspectos ético-morales

La forma de transmisión hoy más difundida del VIH es la relación heterosexual. Esto plantea serios problemas éticos y morales entre los cuales podemos citar los siguientes:

- protección del cónyuge/partner no infectado;

- discriminación social hacia las personas (incluso niños) seropositivas o enfermas de SIDA, en el trabajo, en los servicios, en ámbito familiar

- rescate de los valores morales y espirituales

- mayor respeto de las tradiciones culturales

- mayor solidaridad entre los diferentes grupos con diferentes estilos de vida



- la promoción de la vida humana
- educación al amor y a la sexualidad

c. Intervenciones de Pastoral Sanitaria

Se pone de relieve la solicitud impelente de mayor apoyo a la acción de las parroquias y de los sacerdotes de parte de las Iglesias locales así como la *demanda urgente de líneas-guía* de pastoral en el campo específico, que tiendan a poner directrices ciertas en lo que concierne las formas de prevención y control del VIH-SIDA según los parámetros éticos y morales de la Iglesia de Roma.

Asimismo, se advierte la necesidad de una formación específica de religiosos y religiosas en este ámbito de intervención; una mayor coordinación de las diferentes experiencias sobre este tema y una sistematicidad y organización más rigurosa de la acción pastoral.

d. Servicios e intervenciones socio-sanitarios

Se pone de relieve la necesidad de mayores recursos financieros, humanos (formados profesionalmente) y material para responder de manera eficaz las exigencias de los pacientes.

Hay necesidad de:

- asistencia psico-social y médico-sanitaria más capilar
- empleo de técnicas médicas modernas
- acceso más fácil a fármacos antiretrovirales y a los servicios sanitarios específicos
- prevención de enfermedades oportunistas
- mayor número de centros hospitalarios y sociales de inspiración católica.

Propuestas y sugerencias

La *comunidad internacional* debería intervenir sobre el problema SIDA favoreciendo la inversión de fondos y recursos financieros para realizar proyectos que prevean la facilitación del acceso a los fármacos antiretrovirales y para las infecciones oportunistas; iniciativas que tiendan a la promo-



ción del desarrollo socio-económico; creación de una red “creíble” de partenariatos desinteresados de organismos y asociaciones no gubernamentales, comprometidas en la lucha contra las MST y el VIH-SIDA, capaces de apoyar las actividades en marcha y reproducir en otras partes aquellas bien logradas; apoyo a la acción de los diferentes gobiernos nacionales; apoyo a iniciativas de las ONGs católicas y otras.

Las *iglesias locales* deberían influir en las políticas sanitarias nacionales, ante todo estableciendo vínculos y colaboraciones más estrechas con el poder público, convirtiéndose en partner inevitable del Estado. Se requiere una presencia más significativa de religiosos y religiosas dentro de las estructuras socio-sanitarias; una lucha conjunta contra la pobreza y el analfabetismo; establecer una orientación clara en materia de pastoral sanitaria del SIDA.

Es necesario encontrar apoyos económico-financieros significativos para favorecer la actividad de organismos eclesiales comprometidos en la promoción de políticas de protección de la vida, desafiando las políticas preventivas corrientes fundadas, a menudo únicamente fundadas, en la difusión de condoms.

Aprender a usar de modo serio y adecuado las publicaciones y los medios de comunicación.

El 58,8% de las iglesias entrevistadas reconoce que *sólo una parte* de las legislaciones nacionales ofrece una respuesta adecuada en materia de SIDA.

Los aspectos que se pueden mejorar son:

- Reforzamiento del derecho a la salud y a las curas adecuadas para todos
- Protección de los derechos de los enfermos de VIH-SIDA
- Reducción de los costes de los cuidados y facilitar su acceso
- Obligación del counselling pre y post test
- Controles y test de la sangre
- Crear y aplicar normas contra la discriminación social
- Estudiar sistemas preventivos eficaces
- Garantizar la conservación del puesto de trabajo a los seropositivos y enfermos de SIDA
- Apoyo a los grupos de riesgo

La legislación actual responde adecuadamente a las problemáticas planteadas por esta enfermedad solamente en parte (58,8%) y a menudo el mayor problema consiste en su aplicación. El sector público, en fin, muy a menudo no prevé la posibilidad de poner a disposición de los centros católicos recursos financieros públicos y esto constituye un problema más de los numerosos que han sobresalido en esta investigación.

Creo que con esta investigación, de gran envergadura, el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud se convierte en portavoz de la valentía y del compromiso con los que la Iglesia sigue afrontando el problema SIDA, en un momento en que se habla demasiado poco sobre él: demostración de que la Iglesia nunca se olvida de los últimos, de los que están abandonados. Este trabajo es sólo un punto de partida, una plataforma de indicaciones y sugerencias de las que esta prestigiosa asamblea puede sacar aliciente para encaminar un trabajo que conduzca a poner los cimientos de aquellas líneas-guía que la mayor parte de las iglesias locales solicitan, con el fin de alcanzar una mayor uniformidad e incisividad de acción y de mensaje.

Dra. FIORENZA DERIU
BAGNATO
Investigadora social - Italia

Primera Sección

LA PREVENCIÓN

La vida como valor fundamental

En una conmovedora poesía, Giacomo Leopardi, uno de los más grandes poetas italianos, interroga a la luna sobre el sentido de la vida humana: “Dime, oh luna: ¿a qué sirve – al pastor su vida – a él nuestra vida? Dime: ¿adónde tiende – este vagar mío breve – tu curso inmortal?”. Creciendo de manera dramática, Leopardi constata que después de mucha carrera penosa el hombre es esperado por un “asbismo horroroso, inmenso – en el que él: precipitando todo olvida”; que “nace el hombre con fatiga – y riesgo de muerte es el nacimiento – prueba, pena y tormento – por primera cosa – la madre y el progenitor – comienza a consolar al ser creado”. La conclusión es desesperada: “Quizás de qué forma, en qué – estado que sea, en una cueva luna – es funesto a quien nace el día de navidad”.

En otro verso el mismo poeta refiere a sí mismo la conclusión: “Para mí la vida es mal”. El contraste con la *Evangelium vitae* de Juan Pablo II no podría ser más radical. En efecto, el Santo Padre escribe en el n. 34: “La vida es siempre un bien”. Ya que he hecho decir lo contrario a un poeta para confirmar la concepción positiva de la vida, traigo a mi mente los versos de otro poeta, que, lleno de asombro y también él mirando al cielo, ha escrito los salmos 138 y 8: “Yo te doy gracias por tan grandes maravillas: prodigio soy, prodigios son tus obras” (S 138) “Al ver tu cielo, hechura de tus dedos, la luna y las estrellas, que fijaste tú, ¿qué es el hombre para que de él te acuerdes, el hijo de Adán para que el él te cuides? Apenas inferior a un dios le hiciste, coronándole de gloria y de esplendor; le hiciste señor de las obras de tus ma-

nos, todo fue puesto por ti bajo sus pies” (S 8).

¿Quién tiene razón y quién se equivoca?

“¿Por qué la vida es un bien?” (EV 34). Juan Pablo II responde que el bien de la vida es “una intuición o incluso un dato de experiencia” pero añade que de esto “el hombre está llamado a captar la razón profunda” (EV 34). Dicha razón definitiva puede expresarse con las palabras de S. Ireneo: “El hombre viviente es la gloria de Dios”. La raíz del valor de la vida humana se encuentra en el corazón trinitario de Dios. Podemos afirmarlo con las palabras sencillas de la Madre Teresa de Calcuta cuando contempla el inicio de la vida humana: “Aquel pequeño niño aún no nacido ha sido creado para una gran cosa: amar y ser amado”. Yo conozco esta razón profunda, pero dado que desde hace un cuarto de siglo estoy llamado a explicarlo continuamente a quien, como Leopardi, no quiere interrogar a Dios sino se limita a hablar con la materia (la luna), trataré de narrar mi experiencia como la de uno que está obligado a explicar las razones de la vida con la razón sin recordar la Fe. Tarea ardua, especialmente cuando la vida humana se encuentra con el sufrimiento, tanto más cuando, como en este seminario, el sufrimiento y la muerte se asoman en el florecer de los años y a menudo – aunque no siempre – como consecuencia de una desesperada búsqueda de gozo, de encuentro, de sentido, de evasión, de futuro como ocurre en el ejercicio de la sexualidad, es decir de nuestra humanidad que en la distinción entre masculinidad y femineidad es la imagen de la intimidad misma de Dios y condi-

ción del sentido mismo de la Creación.

Siguiendo la exhortación del n. 34 de la *Evangelium vitae* me propongo demostrar, en un horizonte simplemente humano, es decir de “intuición” y de “experiencia”, que la vida es un valor. Luego trataré de ir más allá, para seguir el título de esta conversación, demostrando que dicho valor es el fundamento de cualquier otro valor y de la misma sociedad en sus estructuras esenciales. En fin, me preguntaré si el horizonte que he llamado “simplemente humano” sea suficiente o si, en cambio, justamente la experiencia y la intuición humana no atañan el umbral de la religiosidad y de la Fe y a ellas no hagan una llamada humanísima y racionalísima.

Con el fin de proclamar el valor de la vida, durante muchos años me he transformado en biólogo: la vida del embrión, del feto, del recién nacido, del enfermo, del minusválido, del anciano, tiene un gran valor porque el título de nobleza de la existencia depende exclusivamente de la pertenencia a la especie humana y esto supone de modo exclusivo una demostración científica. Es de-



cir, biológica y genética.

Sin embargo, desde hace cierto tiempo mi atención se ha colocado sobre todo en el problema del sentido. Bioeticistas actuales, como Singer y Engelhardt, no niegan la identidad humana de los sujetos débiles, como los fetos o los discapacitados mentales o los muribundos, pero los consideran de un valor inferior a un perro amaestrado o a una computadora, por razones de su reconocida incapacidad de ser útiles.

Singer escribe en *Ética práctica* (p.100 y 126): “Existen muchos animales no humanos, cuya racionalidad, autoconciencia, convicción, capacidad de sentir y así en adelante, son superiores a la de un niño humano de una semana o incluso de un año”. Por tanto “parece que la vida de un recién nacido tenga menos valor de la vida de un chanco, de un perro, de un chimpancé. De todos modos, es claro el punto principal: asesinar a un recién nacido con deformaciones no es moralmente equivalente a matar a una persona. Y muy a menudo esto de ninguna manera es equivocado”.

Frente a estas ideas, la defensa de los sujetos más débiles no se puede limitar a demostrar su identidad biológica humana, sino debe afrontar el problema del significado específico del vivir humano.

La complejidad del tema con relación a la naturaleza de esta intervención no permite sino enunciar los títulos de los argumentos que meritaban otra amplitud.

La primera intuición es que si existe un sentido en todo el universo, éste se encuentra en la vida del hombre. En lo que

conocemos y podemos experimentar, el hombre, cada hombre, constituye la parte más compleja y perfecta de todo el cosmos. Aún más: las teorías modernas de la relatividad de Einstein o de Darwin parecen demostrar científicamente que todo el esfuerzo del universo tiende a la aparición del hombre. En efecto, sabemos que según el evolucionismo la vida ha aparecido en la tierra primero en formas elementales y luego más complejas: de los vivientes unicelulares a los peces, a los reptiles, a los pájaros, los mamíferos, al homo faber y al homo sapiens... Todo en tiempos muy amplios. Se ha necesitado, pues, una enorme cantidad de tiempo para que apareciera el hombre. Pero – afirma la teoría de la relatividad – el tiempo y el espacio están inevitablemente conexos. Hay necesidad de un enorme espacio para tener un tiempo enorme. Y si hay necesidad de un tiempo enorme para contar con la presencia del hombre, todo el universo, con sus innumerables astros, sus galaxias, sus extraordinarias distancias tiene como fin al hombre.

Aquí se coloca la segunda intuición. Cada ser humano antes de ser hijo de un hombre y de una mujer, es hijo del Inmenso. Por tanto, su vida está marcada por algo inconmensurable, extraordinario, merece la contemplación y el asombro. Debe tener un significado maravilloso si para su realización se ha preparado un terreno de enormes proporciones y se han empleado todos los recursos de una inteligencia inimaginable. La vida humana es realmente una maravilla. Esta habría podido ser la respuesta de la luna a Leopardi.

La tercera intuición es la de un despegue entre el hombre y todo el resto del creado, de una misteriosa trascendencia que lo pone en una diversidad absoluta con respecto a la materia de la que de todos modos está formado. Pascal ha dicho algo conmovedor al respecto. No sólo su poder sobre las cosas es sin par. Lo que asombra es su capacidad de pensamiento. Si reflexionamos, toda la inmensidad del espacio y del tiempo serían como inexistentes si no estuviese el hombre para pen-

sarlos. Lombardi Vallauri ha escrito: “La vida humana es aquel lugar de la materia madura donde se encienden misteriosamente la conciencia, el pensamiento, la experiencia moral, manifestaciones de espiritualidad, contemplativa y creativa, nostalgias y entregas y tragedias de amor, cosas que hacen de la vida humana una parte más grande de todo el universo biológico y físico que la contiene, un efecto que puede trascender la inmensa causa de la que tiene origen... la majestad ontológica del hombre como cuerpo y espíritu viviente califica la distinción del rol y del rango social, hace de cada humanidad una grandeza cósmica y mucho más que cósmica...”.

He aquí, entonces, la cuarta intuición. El big bang que según muchos estudiosos contemporáneos originó el universo hace 10 o 20 mil millones de años no es el verdadero big bang creativo. El inicio de la vida de cada ser humano es el verdadero acto creativo, en el sentido pleno de su fin, el verdadero pasaje del no ser al ser. Algo que antes no existía comienza al improviso a existir y es algo extraordinariamente diferente y superior a todo lo que existe sólo para preparar su origen.

Esta serie de intuiciones y demostraciones aún no nos dice si en la vida humana está impreso el sello de la positividad, como canta el salmista, o de la negatividad, como el llanto de Leopardi. ¿Prevalece, pues, el “abismo horroroso inmenso” que parece encubrirlo o la inmensidad grandiosa de un campo que la prepara y que luego hace estallar el verdadero big bang creativo en la ternura de un encuentro entre un hombre y una mujer que debería expresar al mismo tiempo un deseo de amor, una desacostumbrada gratuidad y un inaudito grito hacia lo eterno? Sin embargo, la majestad de la vida humana aparece tan grande que no puede referirse a un sujeto colectivo cualquiera – clase, raza, nación o especie – sino que aparece como calidad de cada ser humano en cuanto tal y que no permite gradaciones: es siempre lo máximo. Esto se afirma en el pensamiento moderno muy laico – filosófico, jurídico,



político – mediante la “dignidad humana” que encontramos en muchas Constituciones de la segunda mitad del siglo y sobre todo en la Declaración Universal de los derechos del hombre del 10 de diciembre de 1948. En el preámbulo leemos que el fundamento de la libertad, de la justicia y de la paz en el mundo consiste en el reconocimiento de la dignidad de cada ser que pertenece a la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables”. Decir “dignidad humana” y “valor de la existencia humana” es la misma cosa. Por tanto, debemos subrayar el nexo establecido entre la dignidad y la igualdad. El largo proceso histórico que lo ha llevado al rechazo, al menos desde el punto de vista conceptual, entre los hombres, divididos en el pasado entre esclavos y libres, extranjeros y ciudadanos, negros y blancos, mujeres y hombres, alcanza su meta en la afirmación de la dignidad humana igual para todos. Es tan grande que no permite una distinción entre vidas más dignas y vidas menos dignas y, por otro lado, si se admitiese una discriminación en la dignidad se negaría el principio de igualdad conquistado con tanto esfuerzo.

Pero la palabra dignidad está envuelta en el misterio. Tiene un sabor religioso. Alguien ha hablado de la declaración de los derechos del hombre como de profecía laica. En la palabra hay el asombro del hombre al constatar su grandeza, pero no hay la demostración del por qué de ella. Sin embargo, al asombro la historia añade una prueba indirecta: la experiencia dolorosa de la humanidad demuestra que cada vez que la igual dignidad de todos y de cada uno ha sido negada, toda la humanidad ha sido invadida por la angustia y el dolor. Por este dato de experiencia histórica, como postulado de la esperanza, la carta de 1948 afirma que la fe de los pueblos de la tierra es un derecho del hombre. Se tenga en cuenta la entrada de la palabra “fe” en un acto jurídico civil y se recuerde el significado simbólico del año 1948: en el centro de nuestro formidable siglo, cuando apenas había terminado la Segunda Guerra Mundial y había iniciado el riesgo supremo de

un conflicto atómico capaz de hacer caer en el absurdo a toda la historia humana. En 1945, la Corte Constitucional alemana, magistratura suprema de un Estado que había causado el holocausto, escribe: “Frente a la omnipotencia del Estado totalitario que pretendía el dominio en todos los sectores de la vida social y para el cual el respeto por la vida de cada uno no significaba nada, la Constitución ha construido un sistema de valores que pone al individuo como el centro de todas sus normas. El fundamento de esta concepción es que en el orden de la creación la idea que el hombre posee un valor propio y autónomo que exige constantemente el respeto incondicional de la vida de cada individuo, incluso de aquel que socialmente puede aparecer sin valores”.

Cada persona aparentemente sin valor se convierte en parámetro de la dignidad que a su vez es garantía de esperanza. Hasta aquí el pensamiento humano. Por cierto no está exento de contradicciones. La confrontación entre utilitarismo y personalismo es muy duro cuando el juicio abraza las fases más marginales de la vida humana, aquella aún no nacida y aquella ya cercana a la muerte. En esta zona el utilitarismo para el cual vale sólo lo que es útil, hijo decadente del materialismo, parece vencer aún sobre el personalismo, que intuye el misterio dentro y fuera del hombre y que sobre dicho misterio de la existencia juega su apuesta.

No obstante, el personalismo vence cuando logra plantear la misma pregunta formulada por el Papa en la *Evangelium vitae*: “¿Puede existir un individuo humano que no sea persona?” (n. 58), es decir, que sea portador de un ministerio que lo hace diferente de toda otra parte del creado: siempre sujeto y nunca objeto, siempre fin y nunca medio, que nunca se puede reducir a cosa?

Debemos decir unas palabras sobre el carácter fundamental del valor de la vida.

La afirmación la encontramos ya en la Declaración Universal de los derechos del hombre: la dignidad humana es el



fundamento de la libertad, de la justicia y de la paz. En la encíclica *Evangelium vitae*, con un neologismo adivinado, el valor de la vida es llamado “fontal”, es decir, fuente, generador de todo otro valor y la demostración es mucho más detallada. Es inevitable citar la “acuciante llamada” dirigida en el n° 5 “a todos y a cada uno”: “¡respetar, defender, amar y servir a la vida, a toda vida humana! ¡Sólo siguiendo este camino encontrarás justicia, desarrollo, libertad verdadera, paz y felicidad!”. “En el reconocimiento del derecho a la vida – había escrito poco antes Juan Pablo II – se fundamenta la convivencia humana y la misma comunidad política” (n. 2). También la teoría de los derechos del hombre (n. 18), la solidaridad (n. 18), la misma democracia (n. 19, 70, 90), la legalidad (n. 20), el mismo sentido moral que sabe distinguir el bien del mal (n. 4 – 20) se vuelven inseguros si el valor de cada vida humana no es reconocido y respetado.

Naturalmente, no es posible examinar en esta sede los aspectos mencionados. Haré una simple mención a un tema que siento de manera particular por motivos de mi profesión como magistrado, es decir, como hombre de ley. Siempre me ha turbado mucho la pregunta de S. Agustín: “¿Qué distingue el Estado de un mopodio bien organizado?”. Y siempre me ha inquietado otra pregunta que, desde Sócrates en adelante, hasta los procesos de Nuremberg contra los criminales nazi, recorre la historia del pensamiento humano: “¿Qué distingue la ley de una orden del más fuerte?”. Una respuesta laica de lo que la reflexión cristiana

siempre había visto llegó, justo a mitad de nuestro formidable siglo, gracias a la Declaración Universal de los derechos del hombre: la distinción está en la dignidad humana, es decir, por el igual valor de la vida de cada uno. La razón de nuestro convivir en una sociedad organizada es una especie de pacto implícito por el que estamos dispuestos a pagar precios elevados con tal de que nuestra vida individual esté garantizada. La legalidad se impone por razones éticas, incluso cuando la orden está equivocada, porque el ordenamiento jurídico en su globalidad, en cuanto garantía de orden, es instrumento “para la vida”. Pero siempre y cada vez que de algún modo se dirige contra la vida la ley deja de ser ley.

Hay otros aspectos, por los que el valor de la vida revela su carácter fundamental o fontal, al que es necesario dedicar particular atención en vista de la temática de este seminario. Me refiero al significado de la sexualidad y de la familia. Desde el punto de vista de los hechos es el deterioro de la sexualidad y de la familia que reduce la capacidad de ver y de respetar la vida humana pero, desde el punto de vista conceptual es justamente la contemplación de la maravilla de la vida humana que puede reconstruir el significado de la sexualidad y de la familia. En una visión materialista la búsqueda del sentido de la vida desemboca en la banalidad del placer, del cual el placer sexual es una expresión muy intensa, y en la angustia de una soledad en un universo absurdo en el que cuenta sólo la autoafirmación individual y, en fin de cuentas, el poder del individuo. La vida del otro es vista, pues, como un límite que no se debe superar porque hacerlo provocaría dolor o disminución de placer. Cuando es posible – como ocurre si la vida es particularmente débil – el otro es incluso censurado o mentalmente eliminado. De este modo, el pansexualismo se convierte casi en el sentido mismo de una vida insignificante porque no tiene grandeza ni misterio y la familia como estructura de donación y de victoria sobre la caducidad se convierte en un vínculo inaceptable. Por tanto,

para restituir sentido a la sexualidad y a la familia es necesario que las dos realidades sean infundidas totalmente del misterio que envuelve a la misma vida humana. De ningún modo el gesto sexual es insignificante si por su naturaleza es el modo con el que el grandioso misterio de la creación se hace actual. No podemos colocar entre las estructuras de la represión y de la enajenación a la familia sino sobre la vida humana, para que ella comience a existir lanza el evangelio (= buena noticia) del amor.

Considerándolo bien, esta reflexión ya ha tocado varias veces la dimensión religiosa. La cultura de la muerte y la cultura de la vida se enfrentan propiamente en el terreno religioso en el sentido de que la primera no ve nada más allá de la muerte (porque el hombre, concebido sólo como parte especial bien organizada de materia, que permanece materia, es reducido a una cosa y como tal es destinado a terminar), mientras la segunda (intuyendo que el hombre es “misteriosamente otro” con respecto a la materia y que, como tal, no puede tener el mismo destino de las cosas) espera, apuesta, hipotiza, cree en un misterio humano incluso después del sepulcro.

Muchas veces he razonado sobre el aborto y la eutanasia. Incluso cuando no he introducido a Dios en mi discurso, siempre he advertido la superioridad objetivamente victoriosa de mis argumentos en defensa del niño aún no nacido. Pero confieso que no he tenido la misma sensación cuando el debate se refería a la eutanasia. Ciertamente también en el Parlamento Europeo he sabido impedir la aprobación de documentos en favor de la muerte de seres humanos sufrientes y cercanos a la muerte empleando argumentos humanos. He afirmado que no existe la libertad de quitar la vida, porque sin la vida termina la libertad. He demostrado que ninguna acusa de violencia a quien impide con fuerza el suicidio de un joven sano, de manera que el tema de la eutanasia no es la libertad, sino más bien el juicio negativo sobre la calidad de la vida, que – justamente – distingue entre

vidas más dignas y menos dignas de vivir, lo que es inaceptable para el principio de igualdad. He añadido que el principio de la eutanasia posee una fuerza expansiva, de manera que puede poner en peligro la vida de todos los que sufren, a los menos capaces, a los menos útiles, a los pesos sociales. Pero frente al sufrimiento, la vida para vencer tiene necesidad de Dios. Más aún: tiene necesidad de Cristo. Más todavía: tiene necesidad de Cristo crucificado. De manera que muchas veces lo he pensado, aunque en los parlamentos no lo he dicho, lo que ha escrito S. Pablo “*Nihil aliud inter vos cupivi scire, nisi Christum et hunc crucifixum*”.

El valor pleno de la vida humana encuentra su verdad completa en el misterio del Amor sin medida de Dios. Es el origen del amor y el destino al amor lo que hace que cada vida humana sea “misteriosamente otra”. Por esto el Santo Padre en la *Evangelium vitae* indica en el “eclipse del sentido de Dios” la pérdida “de sentido del hombre” (EV 21). Al final, para creer en la vida humana es necesario creer en el Amor. *Credidimus Charitati*.

Me parece que es motivo de gran esperanza que el segundo milenio de la era cristiana se cierre no sólo con la tragedia del siglo XX, sino también con la entrega al nuevo milenio de parte de todos los pueblos, de la tierra de las palabras que confían su esperanza (de libertad, de justicia y de paz) a una palabra desarmada: la dignidad humana.

Estoy convencido que por esta palabra antes o después se abandonará la palabra de orden de la modernidad: pensar y obrar “*etsi Deus non esset*”, como si Dios no existiese. “Si no hay Dios todo es posible”. Incluso que la vida humana no tenga sentido. Pero entonces se vuelve simplemente imposible vivir. Por esto creo que puedo concluir que el valor de la vida humana en el tercer milenio ya no será muro o foso de división, sino puente y territorio de reconciliación entre los recursos de la razón y los de la Fe.

Hon. CARLO CASINI
Presidente del Movimento
Italiano Pro-Vita, Italia

¿La educación encaminada a los valores?

En la civilización técnica, que invade hoy el pensar y el querer del hombre, no es fácil hablar de educación. El hombre es adiestrado a producir objetos de todo y de todos y, por tanto, fácilmente se olvida de su propio ser y el de los demás. Bloqueado pues en la “productura” – si pudiésemos utilizar este neologismo lingüístico y fonéticamente poco elegante – que hoy equivocadamente se llama cultura, la mirada del hombre se debilita hasta el punto que confunde los subrogados de lo real, como son los objetos soñados productivamente por su *cogito*, con lo real.

En el mundo de los subrogados, que funcionan como si fuesen la realidad en sí, el hombre no es educado sino más bien es amaestrado para saber funcionar, con el fin de que sea capaz de sobrevivir con creciente comodidad. La educación del hombre deja el lugar a la formación del funcionario, eficiente desde el punto de vista del hacer algo de alguna cosa. La utilidad de la función, producida por el hombre, subroga en él el mismo sentido de la vida; cambia no a sí mismo sino sus funciones y las de los demás.

Los sofistas modernos, que tienen como ejemplo a los sofistas atenienses, se dan cuen-

ta que el *cogito ergo sum* se traduce en *fungor ergo vivere possum*, venden a los conciudadanos los diferentes conocimientos sobre como producir las cosas que les ayuden no sólo a sobrevivir, sino también a atropellarse uno con otro. En efecto, el funcionamiento de los subrogados de lo real coloca a la sociedad en la dialéctica “siervo-padrón”. En fin de cuentas, en vez de tener algo con la sociedad, se encuentra en la necesidad de tener que enfrentarse con las colectividades de los funcionarios de economía, de política, de sexo, de matrimonio, de familia, de ciencias, de filantropía y así en adelante. Unos producen “pan” que sirve para sobrevivir más o menos satisfactoriamente, mientras los demás producen “divertimientos” (Pascal) que sirven para olvidarse de lo real. Sobreviviendo cómodamente en el olvido de lo real, se quitan el peso de la obligación moral de vivir dignamente.

Al alejarse del ser, el *cogito-fungor* de unos y de otros los conduce a ese subrogado de la salvación deseada como puede ser ésta o aquella Función *u-topica*, es decir, una función puesta como ideal. Para el *cogito-fungor* no tiene ninguna importancia si lo ideal es verdadero o no, es sufi-

ciente que funcione como si lo fuese. El *cogito-fungor* no piensa ni siquiera en las consecuencias devastadoras del propio ser que, despojado del deseo de conocer la verdad y de amar el bien, lleva al hombre al no-ser *u-tópico* y, por tanto, a la no-idoneidad para vivir con esta flor, con este bosque, con este hombre. La alteridad de cada ser lo atemoriza y lo altera.

Los funcionarios de las utopías, por ejemplo, menciono sólo la utopía comunista o la del bienestar, condenan a todos a un comportamiento forzado, lo que significa una educación *à rebours*. El hombre es tratado como si fuese una computadora que es preciso programarla. Las computadoras funcionan mejor que los hombres en el plan de la eficacia y de la velocidad de sus operaciones, pero por el momento nadie habla de educación de estos aparatos. Antes bien, el *brainwashing* que precede a la “programación” de los hombres, provoca en ellos desequilibrio mental y ansia.

Ni siquiera la Iglesia está libre del riesgo de la educación sofista. Dicha educación fragmenta la unidad de la vida espiritual de los creyentes y desvía su fe, de manera que muchos de ellos en vez de luchar por el sentido salvífico de la vida se disfrazan de funcionarios y luchan por las cosas que permiten que se sienta a sus anchas en el mundo de las funciones. La fe salvífica es sustituida hoy por este mañana, por este objeto junto con los cuales están a la merced del *cogito-fungor*. De modo que los que están educados sofisticadamente no entran en diálogo con nadie. En efecto, los objetos no dialogan, luchan para mantener más elevado el precio.

La vida espiritual del hombre se realiza justamente en el



diálogo. Cuando dialoga, el hombre se une con la identidad sagrada del otro; es sagrada porque no depende de ninguno de los hombres. La identidad de cada ser es un don que es realizado continuamente por el Pensamiento creador de Dios. Debemos adorar el don. Al adorarlo “en espíritu y verdad” (cf. *Jn* 4, 23-24), el hombre adora el Principio de cada don, es decir, a Dios. Lo adora al contemplar bajo su Luz esta montaña, esta flor, este lago, pero lo adora de manera especial cuando contempla a otro hombre, donándose a él, entra en diálogo con él y, al contemplarlo, adora a Dios.

El que adora sus propios *cogita* está obligado a construir los llamados consentimientos. De otro modo, su adoración pierde su significado. El funcionario que no logra construir consentimiento no funciona y esto para él significa no vivir. En fin de cuentas, la vida “espiritual” de los funcionarios, que consiste justamente en construir consentimientos, no es sino una lucha para alcanzar funciones cada vez más elevadas, ya que éstas hacen aumentar o disminuir el precio-valor de la vida. ¡No dejarse descartar, antes bien, no dejarse superar por los demás! Este es el fundamento y el ideal de la moral y de la educación de los funcionarios; moral y educación que en el fondo se reducen a una política ordinaria.

Para los funcionarios que no se sienten más grandes del mundo en que viven, la libertad que se revela en la unión desinteresada del hombre con

el bien, que no sirve para aumentar el tener y el poder, se convierte en piedra de escándalo. La escarnecen, la marginan y presentan a los que aspiran a ella como atrasados. Para los funcionarios, aquel que ama cosas inútiles que no aumentan el tener y el poder tiene algo de locura, porque dificulta el progreso técnico. Orientado hacia las realidades que se encuentran más allá de él, se preocupa de la dirección del mismo progreso y de este modo, turba la paz de los funcionarios que lo hacen. A éstos, les dá fastidio porque al no esconder que está obligado por y a las realidades invisibles, los obliga a pensar. Sócrates fue asesinado por quienes eran “muy hábiles para educar y hacer como querían que fueran, jóvenes y ancianos, hombres y mujeres”.¹ La libertad consistía para él en elegir no lo que se quiere, sino lo que se debe querer. Hoy, cuando muchas fuerzas conjuran contra el hombre para obligarlo a aceptar la condición propia del “siervo útil”, para que produzca desde el inicio hasta el final de su vida cosas visibles, las palabras de Sócrates resuenan aún más proféticamente: “Debemos reconocer que en una constitución política parecida a las actuales, cualquiera que se salve y se vuelva como se debe ser, si dirás que se salva por un favor divino, puedes estar cierto que no dices una mentira”.²

La situación se vuelve mucho más peligrosa cuando la pura exterioridad de Estado, constituida por las funciones administrativas, tiende de modo totalitario a volver administrables a los ciudadanos. La exterioridad de Estado no tolera el ser persona de los hombres, porque el éxtasis, que es la persona, trasciende todas las funciones y la administrabilidad de las mismas. Los funcionarios encadenados por la exterioridad de la administración, devastan este ser del hombre, amor estático de la verdad y del bien que son más grandes que la utilidad y la eficacia, dan con la puerta al don de la libertad. En los instantes esparcidos en el tiempo y despegados uno de otro,

porque no hay ningún instante que podría unirlos, la libertad se reduce a las denominadas elecciones libres, es decir, a las reacciones ante los estímulos actuales y visibles.

Los funcionarios de lo visible, que no se orientan hacia la Trascendencia invisible de la que proviene la libertad del hombre, no saben gobernar a los hombres libres. Al no tener la capacidad de captar su ser amor de las cosas más grandes del mundo visible, caen en la no-idoneidad para la comunión de las personas. Se colocan junto con los demás sólo cuando tienen necesidad de poder hacer algo. Realizado el producto, se separan. En su mundo la traición y la fidelidad son categorías desconocidas. En efecto, la fidelidad y la traición tienen lugar sólo en el mundo que está edificado en el conocimiento y en el amor del ser, jamás en el mundo de las funciones. Sólo el hombre, que conoce y ama el ser de los demás, se identifica con él hasta ser tal, sabe lo que quiere decir ser fiel o traicionar.

En la Iglesia, la mentalidad propia de los funcionarios, corrompe el amor y, por tanto, la labor de la evangelización. Es una corrupción del amor, del conocimiento y del trabajo. Esta corrupción se manifiesta en el ajetrearse de los cristianos y de sus pastores en tantas cosas, mientras dejan de lado “una sola cosa” sin la cual todas las demás pasan y desvanecen en la nada. Cuando en los cristianos y en sus pastores no trasluce la Palabra que “*educe*” a los hombres de la obscuridad y de la incomprendibilidad de su inmanencia y los conduce a la libertad-amor que los hace comprensibles y salvos, la Iglesia dá la impresión de ser una asociación fundada para desarrollar esta o aquella actividad social. Las vocaciones encuentran obstáculos y son detenidas, porque los jóvenes entreven la contradicción en la que se encuentra la evangelización con la administración propia de los funcionarios. El mecanismo de la pura exterioridad de administración antes o después será sustituido por la computadora



y el hombre no se siente pronto para ello.

El pastor *educe* y *conduce* la grey; es educador. Es un trabajo difícil.

¿Qué es, entonces, la “educación”?

Etimológicamente, la palabra “educación” se refiere a una acción particular, la de conducir fuera (“*edurre*”, educar) a un hombre de un estado de cierta ignorancia para llevarlo al estado en donde se encuentre ante nuevas evidencias. El educador despierta. El despertado, el “sacado”, esto es, del sueño, entra en el mundo real donde puede ver el estado de las cosas. Se siente libre de las cosas soñadas, a las que se rendían su razón y su voluntad sumergidas en el sueño.

El hombre es educado conforme permita a la verdad de los seres que lo defiendan del caos propio del mundo irreal. El mundo real se opone a los deseos y a los cálculos del hombre. Exige que él se adecúe a los demás, lo cual significa abandonar las comodidades de las que gozaba en el mundo soñado. La verdad de los seres llama al hombre para que se convierta a ellos, esto constituye la esencia misma de la educación. En efecto, aquel que se convierte es sacado del soñar opiniones y es conducido para convivir con los demás. Es un pasaje pasual que nunca es fácil.

La liberación del hombre, que tiene lugar en la conversión, inicia cuando se pregunta: “¿De dónde vengo y adónde voy? Esta pregunta, mirando al Invisible cuya sempiterna presencia en todos los instantes de la vida hace que en ella, todo terminar no sea sino un iniciar, libera al hombre de las cosas visibles, que pasan. El hombre ‘sacado’ y conducido por esta pregunta al Otro toca el sentido de la vida.

En la pregunta “¿De dónde vengo y adónde voy?”, provocada por la experiencia del tiempo que el hombre es desde el nacimiento hasta la muerte, en cierto modo expresa la Memoria del Otro que es eternidad. En este interrogante vibra la esperanza que la fin de la vida no niega



su inicio, sino lo confirma y le da importancia. La pregunta “¿De dónde vengo y adónde voy?” constituye el principio de la educación en el sentido más profundo del término. Educador es el que ayuda al hombre a ser esta pregunta. Para poderlo hacer, él mismo debe saber unir el inicio y la fin de la vida interrogándose con todas sus fuerzas: “¿De dónde vengo y adónde voy?” Muere y re-nace buscando “una cosa sola” que le falta (cf. *Mc* 10, 21), es decir, buscando al Otro que es el Principio, del cual proviene, y el Fin, al que el “nuevo peregrino de amor...” dirige el deseo”.³ Cualquier otra educación detiene al hombre en las cosas que, despegadas de la unidad del fin y del inicio de la vida por falta de la pregunta “¿de dónde vengo y adónde voy?”, sólo reflejan su ser encerrado en lo humano. Viéndose a sí mismo en los demás y en las cosas como en los espejos, el hombre sólo ve esto o aquello *hic et nunc* al que es reducido y cuya última palabra la tiene el placer. Las tautologías, no sólo aquellas homosexuales, nunca tienen el carácter educativo: no “sacan” al hombre de sí mismo.

La educación del hombre inicia en el cuerpo. Es su cuerpo que indica en primer lugar al hombre el camino para salir de sí mismo. Ante la presencia de la persona sexualmente diferente, el hombre comienza a entrever la dirección en la que se oriente su ser estático en búsqueda del Principio y del Fin. La vida vivida fuera de la diferencia sexual desvía la misma pregunta “¿de dónde

vengo y a adónde voy?” y hace que el hombre se comporte de manera insensata; es “mal-sacado”, es decir, mal-educado.

La diferencia sexual “*educe*” a la persona de sí misma y la conduce a otra persona. Las libera a ambas de la soledad en la que ninguna logra comprender a sí misma. En efecto, el hombre-macho no comprende su ser sino a la luz del hombre-mujer y viceversa. La verdad del ser de cada uno de ellos se revela sólo cuando ellos se revelan uno a otro. Allí donde la diferencia sexual es olvidada, la educación del hombre ya ha fallado. Ha fallado ante la imposibilidad de caminar a la verdad y al bien del hombre. Ostaría decir, que si el hombre no acepta esta diferencia, cierra el camino que lo lleva a captar la Alteridad de Dios ya al preguntar: “¿De dónde vengo y adónde voy?”.

En otros términos, el hombre, conforme descuida y se olvida de la diferencia sexual, no se orienta al sentido de la vida, cuya alteridad comienza a traslucir ya en la alteridad de la otra persona. Si la alteridad del sentido de la vida comienza a manifestarse en la diferencia sexual, este sentido obliga al hombre a no detenerse en ella; la diferencia sexual abre sólo el camino. El sentido mismo, que trasluce en lo visible, permanece invisible e invita a ir más allá. Lo Invisible obliga al hombre en el sentido profundo de la palabra, no lo visible. Por tanto es lo Invisible que educa al hombre y no lo visible.

Pienso que podemos dejar de lado las explicaciones porque el mundo que está constituido por las funciones no conoce la fidelidad ni la traición. Sólo lo Invisible que no se identifica con alguna función exige y llama al hombre a la fidelidad incondicional. Propiamente, al llamarla, lo “*educe*”; lo educa. Pero el hombre puede ser fiel al Invisible sólo cuando El trasciende en lo visible. Por tanto la fidelidad del hombre al Invisible se realiza en la fidelidad al visible en el que lo Invisible se revela y se dona él, por lo que quien abandona lo visible traiciona a

ambos. Amar lo Invisible como si se abandonase lo visible y amar lo visible como si se abandonase lo Invisible: ¡este es el secreto! Cristo ha revelado este secreto y sólo El ha sabido realizarlo entre los hombres de modo divinamente perfecto.

Al mismo tiempo, la fidelidad a lo Invisible, al realizarse en la fidelidad a lo visible, exige que el hombre abandone lo visible y ascienda cada vez más arriba. Si no es así, nunca podrá ser fiel a lo Invisible. Por falta de la fidelidad a lo Invisible, su fidelidad a lo visible ya ha fallado, porque no trata de salvarlo.

La fidelidad y la traición se refieren, obviamente de diferentes modos, al sentido de la vida del hombre. Por tanto, el hombre fiel a lo Invisible que se trasluce en lo visible es fiel a sí mismo. Cuando traiciona esta totalidad dual, traiciona su propio ser orientado a ella.

El sentido de la vida, que en cierto sentido ya está presente en la pregunta “¿De dónde vengo y adónde voy?”, se manifiesta como unidad del Principio y del Fin. El hombre proviene del principio y camina hacia el Fin donde espera encontrarlo. Entonces, ¿lo había perdido? ¿Cuándo? La respuesta puede ser solamente ésta: *in illo tempore*. Por esto vive este Principio, como si siguiese perdiéndolo cada *hic et nunc*. A la luz de lo que sucede *in illo tempore*, ve como están las cosas que pasan y cómo es necesario comportarse para hacer justicia. Su educación debería estar orientada a lo que aconteció *in illo tempore* y de donde proviene la verdad de todo lo que existe *hic et nunc*. Sólo el hombre que tiende hacia las realidades que continuamente tienen lugar y no pasan nunca, sabe como comportarse en cada situación. Está preparado para las cosas nuevas; ninguna lo coge de sorpresa y al improviso.

Así fueron educados Abraham y su hijo Isaac, en las alturas de la montaña en el país de Moria. Ambos buscan el sentido de la vida, dado por Dios (cf. *Gn* 22, 7-8); el padre lo busca en la alteridad del hijo y el hijo en la alteridad del

padre. Se confían en la verdad que creen es de origen divino y esperan no ser desilusionados por ella. Para Abraham, esta verdad resplandece en Isaac; para Isaac, en cambio, brilla en Abraham. Uno *auget*, enriquece, la confianza del otro, poniendo en él la propia. Uno se vuelve para el otro *auctoritas*, es decir realidad en la que transparenta lo Invisible “perdido”, deseado y buscado por ambos. Uniéndose uno con otro, se ponen el camino de regreso. ¿De dónde? Del “exilio”. Ascienden subiendo a la cumbre...

En la confianza del hombre en el hombre, la pregunta “¿de dónde vengo y adónde voy?” no deja de ser una pregunta, antes bien se profundiza, si así puedo decir, en la dirección de lo Invisible. Cada vez más se vuelve espera dirigida a lo que, incluso sucediendo en el tiempo que pasa, no se identifica con él. El hombre confiado es una persona de fiar; al no dejarse devorar por el *saeclum* que, como dice Tácito, *corrumpit et corrumpitur*, no se deja corromper y no corrompe a los demás. Sólo el que no es corrupto por las cosas que pasan, sólo el que no es secularizado, es idóneo para educar a los demás. La transparencia de su ser visible le permite entrever lo Invisible del cual, como del sol, se irradia todo y todos. Propiamente esto es lo que significa ser educados.

El hombre educa al otro según como se revela. El educador se dona al educando. En otros términos, el educador muere para sí. Muere para sí confiándose en el otro. Por eso resucita en él, ya que, a su vez, el otro se confía. Abraham muere para sí y resucita en Isaac, pero también Isaac muere para sí y resucita en Abraham. Ambos, educándose uno a otro, son educados. Los no-educados no resucitan, porque no saben morir.

Los no-educados caen en la soledad, en la que la no-educación del hombre a la reciprocidad de donar y de recibir se manifiesta en el rendirse a la dialéctica “siervo-padrón”, en el que el “padrón” amaestra al “siervo” y “el siervo”

amaestra al “padrón” según sus necesidades. La soledad tiene siempre un carácter polémico, a veces incluso agresivo. La utilidad y la comodidad conducen al “siervo” y al “padrón” lejos de lo Invisible “perdido” *in illo tempore*, pues lo entregan en manos de las cosas.

Aquel que se detiene en las cosas útiles y cómodas hasta identificarse con ellas será siempre segundo, como son los instrumentos que sirven para algo. Siempre se podrá vender y comprar; su precio aumentará o disminuirá según las reglas del mercado.

Es primero sólo el que se deja *edurre* de sí y se deja conducir al Otro invisible. Los primeros son Abraham, Isaac, Jacob, porque, ardiendo de Aquel que *es*, no tienen ningún precio; no se pueden vender ni comprar. Sólo pueden ofrecerse. Cada uno de ellos es dignidad que representa un ideal para sí. Vive en el mundo de las cosas visibles, pero no pertenece a él. Toman las medidas para sí de la Alteridad del Divino deseado y buscado por ellos; se miden no con su tiempo sino con la eternidad que El es. La comprensibilidad de Abraham, de Isaac, de Jacob, proviene del fuego con que ellos arden y que les permite presentarse con las palabras: “Yo soy”. Proveniendo *de* y yendo *a la* Realidad que tiene lugar *in illo tempore*, viven el tiempo de su existencia terrestre como tiempo del devenir y no, en vez, como tiempo de la corrupción.

La dignidad requiere el heroísmo del *agere*, es decir, el heroísmo propio del conocer la verdad y del amar el bien. La dignidad no es algo adquirido. Ella, *fit*. Se realiza justo en el morir a sí misma y en resurgir en el amado y conocido. El que no se decide a pensar y a existir heroicamente, quiere decir que no es idóneo para decir al otro: “Yo soy tú y tú eres yo”, nunca será dignidad. En su no-idoneidad al heroísmo se manifiesta su no-educación. Se comporta de manera digna sólo el que dice al otro: “Yo soy tú y tú eres yo”. Es la dignidad que educa

al otro, llamándolo a ser también dignidad, es decir, a responderle: “También yo soy tú”.

La no-educación del hombre se manifiesta en su no-idoneidad cuando dice: “Yo soy tú y tú eres yo” en el matrimonio, en la familia, en la amistad. Se manifiesta en su no-idoneidad a la mediación pontifical entre los hombres y Dios y de manera particularmente dolorosa en aquella propia del sacerdocio en el sentido estricto de la palabra. Las tragedias en los matrimonios, en las familias, en las amistades y en la misma Iglesia tienen lugar porque muchos esposos, muchos amigos, muchos sacerdotes son más bien “obreros simples” (*homines fabri*) y no “pontífices”. No construyen puentes que unen a los hombres uno con otro y a todos con el Otro. En otras palabras, los no-idóneos al heorismo no se convierten a los demás. Por tanto, no entreven el sentido y la grandeza de la vida. Esta es la tragedia misma de la no-educación del hombre.

Aquel que no piensa y no existe heoricamente no tiene delante de sí el Futuro más grande del tiempo. No teniendo a donde ir *in saeculo*, será fácilmente corrupto. El hombre secularizado hace todo por cuenta propia, porque no es sacado de sí, no llega a los demás. Cerrado en lo privado, se vuelve – dirían los griegos – *idiotez*. El “idiota” no se une con el otro, ni siquiera lo busca, justamente por esto es “idiota”. Reduciendo todo y todos, incluso a sí mismo, al objeto de cierto precio, destro-

za el conjunto orgánico del amor, del conocimiento y del trabajo. Los transforma en las técnicas de hacer éstas u otras cosas. Hace el amor pero no ama, porque no llega al otro; entabla conocimientos pero no conoce, porque no llega al otro y, por tanto, hace el trabajo pero no trabaja porque, no llegando al otro, sólo produce objetos para vender, en los que no se ofrece a los demás. Su amor, su conocimiento y su trabajo se enferman. Pierden su fuerza educativa, porque en las técnicas del amar, del conocer y del trabajar no se revela la verdad del hombre, verdad que lo hace libre. En efecto, la verdad del hombre no se dona nunca a los “idiotas”, porque los “idiotas” no se donan uno a otro.

La luz de lo Invisible, cuya Memoria (*anamnesis*) el educador despierta en lo íntimo del hombre, aclara todo y todos entorno a él. Justamente esta luz libera al hombre de la “idiotez” y lo conduce a la sabiduría propia del amor, del conocimiento y del trabajo. Uno solo es el educador del hombre: lo Invisible. “No os dejéis llamar maestros, porque uno solo es vuestro Maestro; y vosotros sois todos hermanos” (*Mt 23, 8*).

El educador educa conforme se abre e invita al otro a entrar dentro para habitar con él. Andrés y Juan preguntaron a Jesús: “Maestro, ¿dónde vivas? Les respondió: ‘Venid y vereis’. Fueron, pues, vieron donde vivía y se quedaron con El aquel día” (*Jn 1, 38-39*). El que no tiene nada que revelar, antes bien, tiene muchas cosas que esconder, no será educador.

Es la casa que hay que revelar; la favela, en cambio, hay que esconderla.

Es sólo en la casa que el hombre se siente el “tú” que le dirige aquel que le ha invitado a entrar. Este “tú” lo hace despertar de manera que entra en el mundo real constituido por su “yo soy” y por la situación en que existe y vive. En el mundo real, diferente de aquel soñado por su *cogito*, el “yo soy” del hombre está ante él como un don primordial y al mismo tiempo como una ta-

rea primordial. El “yo soy” no resulta del *cogito* de nadie y, por tanto, no se identifica con ningún *cogitatum*. Se eleva en el hombre y se recuerda. Es como si su “yo soy” no fuese su propiedad, no obstante sea suyo. Al recordarse el hombre entra en el trabajo que el Otro realiza *in illo tempore*. Por tanto, ascendiendo a su “yo soy”, el hombre trasciende el tiempo. No se deja secularizar. Resiste.

El hombre asciende a su “yo soy”, confiándose en aquel que lo llama con el “tú”. Para poder ser sí mismo, es decir “yo soy”, primero es necesario morir a sí mismo. Sólo de este modo el hombre resurge como “yo soy”. Cada uno es “yo soy” en el otro. No lo son los “idiotas”, porque no llegan a ello. Al ser secularizados, los “idiotas” se dejan corromper por el tiempo.

La casa en la que cada uno es “yo soy” tiene su fundamento en la relación “padre-hijo”. Lo edifican Abraham e Isaac en las faldas del monte del pueblo de Moria; lo edifican el padre que va al encuentro del hijo pródigo y el hijo pródigo que regresa al padre; la edifican los amigos que están “en camino” por este y por otro Emaús (cf. *Lc 24, 13*); lo edifican todos los que buscan la verdad y el bien confiándose en su conocimiento, en su amor y en su trabajo. En la relación “padre-hijo”, surge en los hombres la autoconciencia en la que se recuerdan de aquel Otro que el Evangelio les dice que lo llamen “Padre”. Gracias a esta relación los hombres descubren, “se recuerdan”, ser amados y conocidos “antes de la creación del mundo” (cf. *Ef, 4*). “Ni llaméis a nadie ‘Padre’ vuestro en la tierra, porque uno solo es vuestro Padre: el del cielo. Ni tampoco os dejéis llamar ‘Preceptores’, porque uno solo es vuestro Maestro: Cristo” (*Mt 23, 9-10*).

Si las cosas están así, la educación se realiza en la *adaequatio filii cum Padre*, *personae cum Persona*, y es en esta *adaequatio* que se revela verdad indicada y considerada por el interrogante que se plantea el hombre: “¿De



dónde vengo y adónde voy?”. En otras palabras, el interrogante sobre el sentido de la vida da inicio a la generación espiritual del hombre.

Cuando el activismo desenfrenado de los “idiotas” destruye al hombre y, por tanto, a la sociedad y a la naturaleza, los médicos-sofistas venden varias pomadas, que denominan valores, para ungir las partes doloridas del hombre y de la naturaleza. Si son teólogos, hablan de Dios como si también El fuese uno de los valores, evidentemente el más grande.

No estoy contra los valores, ¡al contrario! Estoy contra los sofistas que los consideran objetos para vender. Los sofistas asesinaron a Sócrates porque eran puestos a dura prueba por los interrogantes que él se planteaba justamente sobre los valores (¿qué es la justicia, qué es la paz?, etc.) que ellos afirmaban conocer y practicar.

La casa en la que moran ciertamente está edificada sobre varios valores. Encontraremos valores vitales, económicos, políticos, morales. Algunos de ellos los poseemos, otros, en cambio, nos llaman a ser tales más que a poseerlos y los del ser emergen del mundo en el que los conocemos y los realizamos.

Las cosas aparecen como valores por poseer al hombre que ve su utilidad calculable por el propio hacer y tener. Su razón (*ratio*, de *reor*, *ratum*, calcular) calcula el valor o, más bien, el precio y “conoce” el propio cálculo, es decir, la propia construcción. Prescinde por el hecho que los seres son verdaderos, buenos y bellos (*ens*, *bonum*, *verum* et *pulchrum convertuntur*).⁴

Los valores por alcanzar no dependen del hombre. Se ofrecen a él, conmoviendo y moviendo todo su ser para que se identifique con ellos sin que se vuelva su dueño. Estos valores, el hombre los compadece. La com-pasión lo hace “prójimo” del ser que lo ha conmovido y lo ha movido de este modo. El buen Samaritano, al pasar junto a un hombre agredido por el mal, “lo vió y tuvo compasión” (Lc 10, 33).

Sin duda, ese hombre agredido por el mal era en sí un bien, un verdadero, pero para el sacerdote y para el levita no representaba ningún valor. Probablemente estaban como dominados y movidos por los demás bienes que según los cálculos de su razón tenían el primado.

No es un caso que inmediatamente después de haber narrado la parábola del buen Samaritano Lucas hable de la visita de Cristo a Marta y María. María, “sentada a los pies del Señor, escuchaba su Palabra”. Marta, en cambio estaba atareada y dice a Jesús: “‘Señor, ¿no te importa que mi hermana me deje sola en el trabajo? Dile, pues, que me ayude’. Le respondió el Señor: ‘Marta, Marta, te afanas y preocupas por muchas cosas; y hay necesidad de pocas, o mejor, de una sola. María ha elegido la parte buena, que no le será quitada’” (Lc 10, 39-42).

Entrever que el ser es “verdadero” (*verum*) y “bueno” (*bonum*), todavía no significa que uno lo vive como valor para ser tal. De dicho valor este ser se enciende en el hombre, cuando él se deja conmover por la verdad, por el bien, por lo bello del ser que lo llama para defenderlos, si están amenazados, o para realizarlos si aún están incompletos. El que responde: “¡No!” a esta llamada, comete una injusticia, destruye la paz; en cambio, el que dice “¡Sí!” hace justicia, hace paz... La compasión no le permite tratar al ser que lo llama como objeto útil a su hacer y a su poseer. La com-pasión lo impulsa a tratar a este ser como sujeto que puede donarse (la persona) o bien, *mutatis mutandis*, que ya le ha sido dada (la cosa). Entre el hombre y el ser que lo llama a defenderlo o a ayudarlo, el valor surge como realidad aún por realizarse en el conocimiento y en el amor en el sentido profundo de estos términos. Al unirse con este valor el hombre se une con el ser mismo. Después de haber realizado dicho *consumatum est* puede hacer todo lo que desea; su *facere* será transfigurado por el *agere* (co-

nocer y amar). En sus libres elecciones se expresará la libertad del amor y el amor de la libertad.

Por tanto, estos valores dependen tanto de los mismos seres que son “buenos” y “verdaderos”, es decir amados y conocidos “antes de la creación del mundo”, como del hombre que en su compasión se siente llamado a re-amarlos y a re-conocerlos. Re-amándolos y re-conociéndolos, es decir pensando y existiendo en la dimensión metafísica, el hombre con-crece con los seres. Antes bien, asciende más allá del “bien” y de la “verdad” del ser, porque asciende a su Inicio y a su Fin, esto es, Dios. Es El que dirigiéndose al hombre con el “tú” a través de lo “verdadero”, el “bien”, lo “bello” de cada ser, lo conduce a Sí mismo, es decir a la Santidad.

Si no tiende a la santidad, la educación se reduce a enseñar al hombre a hacer esta o aquella cosa, cuyo valor depende por un lado de las situaciones y por el otro, de los deseos y las capacidades por calcular. Como hemos dicho, la educación está vinculada con la casa. Por tanto, la educación que no tiende a la santidad del hombre, santidad que trasciende todos los valores, lo echa en las favelas.

Todos los valores, incluso aquellos para tener, desaparecen apenas el hombre deja de realizarlos. Existen mientras el hombre los realiza, calculándolos (valor por tener) o compartiéndolos con el otro (valores por ser). En ambos casos, el hombre se identifica con lo que vale para él. Al identificarse con los valores por tener, él hace que se vuelva hoy aquel mañana, aquel objeto calculado, que algunos llaman “autocreación”. Ésta, en cambio, no es sino un maltrato del hombre, maltrato que se ha hecho posible por el olvido de sí. Sin embargo, realizando los valores para ser, el hombre existe como sujeto soberano, es decir, no poseído por nada ni por nadie. De hecho, ¿quién puede apropiarse del hombre en quien se desarrolla el advenimiento del amor, de la fe, de la esperanza,

el advenimiento de la verdad, de la justicia, de la paz y de muchos valores más que son inasibles para las manos pose-sivas?

El ser sujeto del hombre, que tiene lugar en su realizar los valores cuya validez deriva de la santidad a la que está orientado, nunca será algo logrado una vez para siempre. El hombre se vuelve sujeto en el trabajo continuo; es por su trabajo que es sacado “del polvo del suelo” (cfr. *Gn* 2, 7) y es conducido a la libertad de Dios creador que *semper laborat* (cfr. *Jn* 5, 17).

El ser sujeto del hombre resulta, por un lado por su continuo trabajo filial y, por el otro, por el trabajo continuo del Padre. El Padre siempre genera y crea. Cuando dice al hombre: “Tú eres mi hijo; hoy te he generado”, El dona a sí mismo; y cuando Dios hace un don, lo hace de manera divina; no mantiene nada para sí. Ni siquiera a sí mismo. El Padre es absolutamente pobre. Es solo Padre, es decir, Amor; “Yo soy el que soy ” (*Ex* 3, 14); “Dios es amor y el que permanece en el amor permanece en Dios y Dios en él” (1 *Jn* 4, 16). Esta es la verdad del ser Sujeto divino y del ser sujeto humano que se convierte en El. A la pobreza paterna de Dios el hombre debe responder con la pobreza filial que aún está por realizar.

Todo esto quiere decir que los valores para ser, de cuya realización decide el hombre, lo alcanzan como dones. Sólo de su decisión o no de recibirlos laboriosamente depende si él existirá como sujeto o como objeto. La idoneidad para

recibirlos disminuye cuando el hombre idolatra su razón y su voluntad y, por tanto, cuando reduce la libertad a lo que se denominan elecciones libres. Las elecciones libres que no emanan libertad hacen que el hombre naufrague en el caos en donde, en el mejor de los casos, él busca la salvación en el *moralismo* o en el *esteticismo*, es decir en la posesión de los valores morales o de aquellos puramente estéticos.

Los *idiotas* pueden aumentar su posesión, incluso aquella moral (posesión de las virtudes) y estética, pero no su ser. Para que el ser del hombre crezca, él mismo debe saber llegar al otro. No obstante las apariencias, los *idiotas* que no llegan al otro y no se unen con el otro, no conocen lo real y no trabajan realmente, porque aman sólo sus construcciones. Lograr el Premio Nobel no significa que uno no sea *idiotita*, que no llega a lo real diferente de su *cogito*.

El ser del hombre crece sólo cuando crece junto con otro ser; crecer con él, con-templando su identidad. La identidad de cada ser representa un *templum*, un templo, y el templo ya no es tal para el que hace todo lo posible para apropiarse. La posesión es divisible, porque lo es también el mismo poseído. El *templum* dividido ya no es más *templum*. Si el *verum, bonum, pulchrum* fuesen divididos cada uno por sí mismo, se dividiría al Otro a quien ellos remiten. Estarían divididos también nuestro conocimiento de la verdad y nuestro amor por el bien, es decir, nuestro ser persona. Ser dividido significa ser calculable: no lo son ni Dios ni el hombre.

Por tanto, al no ascender más allá del tener, incluso más allá de la posesión de las virtudes, es decir, no edificando la casa con aquel Otro que es absolutamente pobre y que nosotros llamamos Padre, el hombre no *contemplatur*, es decir él mismo no se vuelve *templum*. No se vuelve tal porque no entra en el *templum* de la identidad de los demás. Justamente entiendo esto cuando hablo del crecer en el

con-crecer del ser del hombre. No con-templando, es decir no volviéndose *templum*, el hombre mismo no puede ser con-templado. No llama al otro y el otro no llama a él: yo soy tú y tú eres yo. Camina a tientas, derramando “los bienes heredados” (*verum, bonum, pulchrum*), como los derrochó el hijo pródigo en el “país lejano” del olvido del propio ser y de aquel del padre, del hermano, de los que le rodean.⁵

Cuando falta la contemplación, el conocimiento, el amor y el trabajo decaen. El activismo, incluso aquel moral, corrompe al hombre, porque lo seculariza. María sentada a los pies de Cristo “ha elegido la parte mejor que nadie le quitará” y es ésta: decir con todo mi mismo al otro: yo soy tú y tú eres yo.

Allí donde la identidad del hombre es olvidada, el hombre no tiene adonde morar. La casa es una morada en la que todo está orientado al “centro”, del cual proviene la identidad de todo lo que se encuentra en los confines trazados por este “centro”. Ante el “centro” el hombre se inclina en la adoración. Si el “centro” no es Dios sino únicamente algo que lo imita, la adoración degenera en una prostración idolátrica como frente el “becerro de oro”, cuya posesión depende de la razón y de la voluntad. No es necesario, pues, maravillarse si los que adoran “el becerro de oro” adoran las denominadas libres elecciones de la propia razón y de la propia voluntad. En los hombres prostrados ante ellas no se encienden más los valores del ser. Los prostrados ven sólo la tierra, antes bien, no ven sino lo que se encuentra al alcance de sus manos y en donde coloca sus pies. Lo calculan en la espontaneidad con la que sus libres elecciones “responden” a los estímulos determinados por las situaciones. No logran ir más allá, a la santidad de la libertad que si no es divina no es libertad. La idolatría de las libres elecciones representa el culmen de la falta de educación, es decir, del dejarse bloquear por ésta o por aquella cosa. La idolatría



es principio de la destrucción de la casa, es decir, inicio de la destrucción del ser filial del hombre e inicio de la negación del ser paterno de Dios.

En la sociedad prostrada de este modo, es “honesto” el que sabe hacer equilibrios sociales de los intereses individuales, tratados idolátricamente. En cambio, el que no ha arrojado entre los objetos usados la *honestas*, que en la filosofía clásica habla de la unión del hombre con la verdad y con el bien que trascienden la utilidad y el placer, es colocado entre los locos.

El hombre en el sentido más profundo del término no-educado, es decir, el hombre dominado por el hacer y por el tener, cree que puede construir incluso el “Perdido” del cual es deseo. A veces cree que lo puede hacer con la ayuda de la ética agazapada a la ciencia, en la que las virtudes morales representan los instrumentos para construir y tener el “reino celestial”.

El joven rico pregunta a Cristo: ¿qué debo hacer para obtener el reino celestial? La respuesta de Cristo es apropiada a esta pregunta ética: “Observa los mandamientos”. El joven le dice que los observaba desde su juventud. Entonces Cristo lo miró con amor y le dijo: “Sólo una cosa te falta: vete, vende lo que tienes y dáselo a los pobres... y sígueme” (*Mc* 10, 17-21).

El hombre que por la posesión se vuelve no-educable, no capta con todo sí mismo la llamada de Cristo para salir del tener, incluso del tener las virtudes. No comprende que sólo los hombres libres del tener llegan al ser y son alcanzados por su *verum, bonum, pulchrum*...

Al ser se asciende. En la cumbre del ser, donde han subido juntos Abraham e Isaac, ya no hay ningún tener al cual asirse; allí el hombre sólo puede decidir si realizar un paso definitivo por su liberación; allí, ante el hombre, sólo está el abismo de lo Invisible en el donde lanzarse como una pregunta-desafío plasmada únicamente por la esperanza. “¿De dónde vengo y adónde voy? ¿Te ruego, dímelo!”.

Arriba, en la cumbre, Abraham e Isaac, irradiados por lo Invisible, realizan un acto de entrega tan grande a la Santidad de la Libertad Divina, que desde ese momento, aun existiendo en la tierra, no pertenecen más a ella. Aman la tierra y la abandonan.⁶ Viven como si volaran. Arriba, en la cima, aquel que no abre las alas y no se echa en el abismo de la esperanza de poder volar más allá de sí mismo en la Libertad del invisible Otro, cae espiritualmente, entregándose a los sueños propios de los funcionarios. El joven rico era demasiado rico para poder volar. “Se entristeció y se marchó apenado, porque tenía muchos bienes” (*Mc* 10, 22). Teniendo muchas virtudes, pensaba poder tener también el reino celestial. No fue capaz de vender todo y de dar el paso definitivo. Las virtudes pueden cerrar al hombre en la *idiotéz* ética y deformar su vida espiritual de manera que él con las alas, que le han sido donadas para volar, irá – diría C.K. Norwid – a barrer las calles. “Bienaventurados los pobres de espíritu, porque de ellos es el Reino de los Cielos” (*Mt* 5, 3). “Vosotros, pues, sed perfectos como es perfecto vuestro Padre celestial” (*Mt* 5, 48).

En las axiologías separadas de la metafísica de la relación padre-hijo los valores enloquecen, mientras que el hombre, tratando de vivirlas pierde el juicio. Los valores enloquecidos no lo ayudan a levantarse en vuelo. Se contradicen a sí mismos. Detenidos en el presente, dejan de ser acontecimiento de la santidad. Por lo tanto, son usados fácilmente en las luchas políticas. ¿Qué dicen las palabras “paz”, “hermandad”, “amor”, “esperanza” en la boca de los políticos y de las multitudes manipuladas por ellos? El “reino celestial”, visto como objeto ideal por hacer y por poseer, se transforma en *u-topía*, a la que se orienta la educación del hombre. Educado a la *u-topía*, el hombre se enferma como consecuencia de la ascensión irreal. Está ausente y, por tanto, es tratado como tal. Están ausentes los ricos. Su ausencia

los vuelve descuidados. Pierden todo, incluso si ganan “el mundo entero” (*Mc* 8, 6).

Estando así las cosas, único “manual” de la educación a la pobreza divina del “yo soy” es el tema de Cristo en la montaña (cfr *Mt* 5 y 6). Es allí que en la Memoria del hombre se vuelve a plantear el interrogante: “¿De dónde vengo y adónde voy?”. Sus alas se emplumecen y se despliegan en el deseo de levantar el vuelo más allá de todo tener, en la Pobreza Divina del Amor “que mueve el sol y las demás estrellas”.⁷

STANISLAW GRYGIEL

Profesor de Antropología filosófica
en el Instituto “Juan Pablo II”
para estudios sobre
Matrimonio y Familia, Pontificia
Universidad del Laterano

Notas

¹ PLATON, *República*, VI 492 b

² *Ibidem*, 492 y 493 a

³ DANTE ALIGHIERI, *La Divina Comedia. Purgatorio*, VIII, 1 y 4.

⁴ Estoy hablando de los llamados trascendentales de la metafísica clásica, *ens, verum bonum et pulchrum convertuntur*.

⁵ La obediencia entendida como ascender en la contemplación de los demás y en la adoración de Dios no enajena al hombre, porque obedecer a otro hombre, contemplándolo, en fin de cuentas significa obedecer a Dios adorándolo, significa seguir la verdad de la propia identidad, cuyo cumplimiento en Dios se refleja en la sagrada identidad de los demás. Con la enajenación del hombre, en cambio, cuando obedece a las funciones, tenemos que él las “con-templa” y a los funcionarios los “adora”.

⁶ En la perspectiva de este echarse en el abismo de la Santidad de la Libertad de Dios leo las palabras de Cristo: “El que ama a su padre o a su madre más que a mí, no es digno de mí; el que ama a su hijo o a su hija más que a mí, no es digno de mí. El que no tome su cruz y me siga, no es digno de mí. El que encuentre su vida, la perderá; y el que pierda su vida por mí, la encontrará” (*Mt* 10, 37-39). El amor que no abandona al amado, para que también él salga a la cumbre, destruye no sólo al amado deteniéndolo para sí mismo lejos del de la montaña (cfr *Gn* 22, 4), sino también al amante. Entonces, no es amor. Si Abraham no hubiese abandonado a su hijo, Isaac, ambos habrían permanecido a los pies de la montaña junto con sus siervos, como ellos “padrones” y al mismo tiempo “siervos”.

⁷ DANTE ALIGHIERI, *La Divina Comedia. Paraíso*, XXXIII, 145z

“Los lugares de la educación en los valores”

I: La familia

Introducción: el nexo entre epidemia del VIH-SIDA y la crisis de la familia

En los primeros años después del descubrimiento de la enfermedad, nos preocupamos poco de la familia en el ámbito de la lucha contra el SIDA. Se pensaba ante todo en el aspecto médico y epidemiológico de la enfermedad, es decir, a su prevención técnica. Hoy ya no podría ser así. La campanilla de alarma ha sido lanzada por los agentes sociales y por los se ocupan de los enfermos fuera de los hospitales, es decir, por los que se encuentran en primera línea en contacto con la realidad humana del SIDA. Entre ellos tenemos las organizaciones humanitarias internacionales, en particular la O.M.S., que llaman la atención sobre este nexo polimorfo entre SIDA y familia, que escapa a las reglas y a los esquemas, pero que siempre está más en el centro del problema de la enfermedad y de sus repercusiones.

Esto es verdad en cuatro niveles diferentes:

1. Ante todo existe una relación de causa y efecto entre el deterioro de las estructuras y de los valores familiares y la aparición y difusión del SIDA.

2. Existe el grave problema que el SIDA plantea a la familia: destruye a las familias y los vínculos familiares, corroe la solidaridad y el espíritu familiar, lleva a la muerte a los padres y deja huérfanos a los hijos.

3. La familia es el mejor lu-

gar para curar a la persona enferma de SIDA, para ayudarla y acompañarla día tras día, para asistirle en su camino hacia la muerte.

4. En fin, la familia debería ser el punto sólido en la lucha contra el SIDA, el lugar del cual debe partir el contraataque, según como ella retome el propio papel educativo a través del cual logra comunicar sus valores a los hijos y les abre hacia el verdadero amor.

La presente reflexión se limitará al último punto, el de los valores propios de la familia que le dan la capacidad de prevenir el contagio del SIDA en sus hijos. Estos son los valores que deben tenerse en cuenta, ser sostenidos y promovidos en el marco de la lucha contra el VIH-SIDA.

1. La infección VIH, signo de una crisis en los valores humanos

Según la expresión misma del Papa Juan Pablo II, en esta debilidad de carácter del hijo, que lo expone a la contaminación del VIH, es evidente una “especie de inmunodeficiencia en los valores existenciales que no se puede dejar de reconocer como una verdadera patología del espíritu”.¹ Esta “preocupante crisis de valores”² “característica de la aparición y de la difusión del SIDA”, prosigue el Santo Padre, tiene uno de sus principales orígenes en la crisis de la familia. Cuando la familia es deficiente, destruida o infiel a su propia vocación, pierde su

“calor” y desvanece, según la expresión figurada de Juan Pablo II, la “inmunología psicológica y espiritual”³ de sus hijos.

2. La familia, lugar de formación del carácter de la persona humana

Si lo anterior es un dato que se puede constatar empíricamente, es también verdad que el clima propio de la familia hace que los jóvenes y adolescentes encuentren en ello las defensas necesarias para superar los desafíos que comporta la atracción hacia una actividad sexual prematura, inmadura, poco responsable, reducida al puro placer individual, así como el uso y apego a la droga. Esto es así porque la familia se convierte en el *perno y elemento clave en la formación del carácter* de la persona y, por tanto, guía fuerte para la actitud con los demás y con toda la sociedad.

a. La familia, primera y fundamental escuela para la vida

Si se puede hablar de una *ecología humana*, la *primera y fundamental escuela* y estructura en favor de ella es la familia. En efecto, en el seno de la familia “el hombre recibe las primeras y determinantes nociones sobre la verdad y el bien, aprende qué quiere decir amar y crecer amados y, por consiguiente, *qué quiere decir en concreto ser una persona*”. Ciertamente, aquí se

habla de la “*familia fundada en el matrimonio*, en el que el don recíproco de sí por parte del hombre y de la mujer crea un ambiente de vida en el que el niño puede nacer y desarrollar sus potencialidades, hacerse consciente de su dignidad y prepararse a afrontar su destino único e irrepetible” (CA 39).

Es aquí que tocamos el nudo central de la familia, ya sea como *lugar de educación* de hombres y mujeres, *dueños de sí mismos*, que, por el contrario, como ocasión perdida para el logro de dichos valores humanos fundamentales. La educación en la familia es ante todo *vida, valores vividos*, sólo más tarde y en un segundo tiempo es algo conceptual. La vivencia puede transformarse luego en concepto, expresión intelectual en reflexión posterior, para fijar el valor anteriormente vivido, transformándose en un valor consciente.

Reconocer y desear el valor ayuda para incorporarlo a la vida, pero esto no es algo descontado y automático. La escuela y los demás medios de formación pueden ayudar a profundizar aquellos valores que ya existen en la persona a nivel de disposición, pero difícilmente podrán desarrollarlos si no han sido tomados en la estructura primaria de formación recibida en el ámbito de la familia.

b. La donación de sí como núcleo generador en la educación familiar

“No podemos olvidar que el



elemento más radical en la educación, capaz de calificar la tarea educativa de los padres, es el *amor paterno y materno*”. Es este amor que hace que llevemos a la perfección la obra del hijo que inició con la procreación.

Por un lado está la relación de amor entre los cónyuges y los hijos que es la mejor escuela para su formación y educación. Pero de otro lado está el hijo que, como todo hombre, tiene necesidad de amor y “no puede vivir sin amor”. El “permanece para sí mismo un ser incomprensible... si no se le revela el amor, si no lo experimenta y lo hace suyo” (RH 10). Por tanto, por un lado hay necesidad de amor y, por otro, de una estructura adecuada para proveer a dicha necesidad de manera plena. Es por esto que en la familia que funciona las personas cuentan, son amadas y son tratadas como personas.

El perno y *núcleo generador* de las capacidades de la familia en la educación de los hijos es justamente la *donación de sí* que se realiza entre ellos y los cónyuges. Una donación que además de involucrar a los cónyuges une también a las personas de sus hijos. En efecto, como base de su existencia está una actualización concreta de aquella donación inicial que les ha hecho ser *una sola carne*. Los hijos expresan por lo menos en un sentido físico la realidad de esta *sola carne*, que lamentablemente sería pobre si no fuese manifestación de la comunión de sus espíritus. Es esta *comunión profunda* de las personas de los padres la que debe formar y regir la vida cotidiana de la familia como comunicación y participación de todos sus miembros. Justamente porque es comunión fundada en la donación recíproca de los cónyuges, todas las relaciones entre los miembros de la comunidad familiar se inspiran y están guiadas por la acogida, el encuentro y diálogo, la *disponibilidad* desinteresada, el servicio generoso, la *solidaridad* profunda (cf. FC 43).

El amor de los padres, en efecto, se transforma de *fuentes*

en “*alma* y por consiguiente en *norma*, que inspira y guía toda la obra educativa concreta, enriqueciéndola con los valores de la dulzura, la constancia, la bondad, el servicio, el desinterés y el espíritu de sacrificio, que son el fruto más precioso del amor” (FC 36).

3. La familia, lugar de educación a los valores personales

En una familia bien formada, los hijos son considerados como personas únicas e irrepetibles, con sus dones y una *vocación propia y específica*. Por consiguiente, son llevados al mismo tiempo a la autoestima y al descubrimiento de sus *propias capacidades de discernir los valores morales*. Por esto la familia debe ser la fuente principal de transmisión de los valores morales.

Son los padres los que forman a sus hijos en los *valores* esenciales de la vida humana. Cuando algunos de estos valores no se obtienen en el ámbito de la familia es muy difícil lograrlos después. Es en la familia que se asimila la libertad justa frente a los bienes materiales, con un estilo de vida sencillo y austero. Asimismo, los hijos pueden enriquecerse en ella con el sentido de la verdadera justicia, del *respeto de la dignidad personal* del otro, y también con el amor verdadero como solicitud sincera y servicio desinteresado hacia los demás.

Es justamente en la familia donde se aprende el *verdadero sentido de la sexualidad* y se prepara a cada hijo a la donación de sí incluso como camino hacia una vida de amor. La educación sexual tiende a integrar la sexualidad en la riqueza de toda la persona - cuerpo, sentimiento y alma - y manifiesta su significado en la donación que la persona hace de sí en el amor.

4. La familia, lugar de educación a los valores sociales

La *donación de sí*, que inspira el amor de los cónyuges

se pone como *modelo* y norma de aquella donación que debe realizarse entre hermanos y hermanas y entre las varias generaciones que conviven en la familia (cfr FC 27). La comunión y la participación cotidiana, en los momentos de gozo y de dificultad familiares, representan la *pedagogía más completa y eficaz* para la inserción activa, responsable y fecunda de los hijos en el horizonte más amplio de la sociedad (*ib.*).

En la familia “distintas generaciones coinciden y se ayudan mutuamente a lograr una mayor sabiduría y a armonizar los derechos de las personas con las demás *exigencias de la vida social*” (GS 52). “Frente a una sociedad que corre el peligro de ser cada vez más despersonalizada y masificada, y por tanto inhumana y deshumanizadora, con los resultados negativos de tantas formas de ‘*evasion*’ - como son por ejemplo, el alcoholismo, la droga y el mismo terrorismo -, la familia posee y comunica todavía hoy energías formidables capaces de sacar al hombre del anonimato, de mantenerlo consciente de su dignidad personal, de enriquecerlo con profunda humanidad y de insertarlo activamente con su unicidad e irrepetibilidad en el tejido de la sociedad” (FC 43).

Debido a estas relaciones humanas que van más allá de su círculo, la familia se convierte en escuela necesaria e insustituible de *valores personales y sociales* como el respeto de la persona, la justicia conmutativa y social, la solidaridad, la laboriosidad, etc. La familia no se puede realizar como tal sin servir a la vida de los hijos: es decir, generar y *educar* a los hijos en las virtudes; por tanto, si no se pone al servicio del *bien de la sociedad*. De la familia nacen los *buenos ciudadanos* que han entendido y tratan de vivir en el verdadero sentido de la *donación de sí* a favor de los más cercanos y de los que están más lejos. Han encontrado en el ámbito de la familia la mejor escuela de las virtudes humanas y sociales. Esta es la razón por la que la familia es considerada *el alma de la so-*



ciudad (cfr. FC 42). Es por esto que “la familia constituye el lugar natural y el instrumento más eficaz de *humanización y de personalización de la sociedad*” (FC 43).

5. La familia en la lucha contra el VIH-SIDA transmitido sexualmente

Como familia no es sólo transmisora de los valores personales y sociales, sino también educadora en estos valores, tiene un papel esencial en la prevención de la infección al VIH en sus hijos.

Cuando se plantea la pregunta sobre la educación que se debe dar a los jóvenes para prevenir el VIH-SIDA, a menudo nos ponemos en una perspectiva negativa: *¿qué hacer para no contraer el SIDA?* A esta pregunta no hay sino una respuesta posible, que no engaña, y que es positiva: adoptar un comportamiento casto, prepararse al amor conyugal para donarse al verdadero cónyuge.

La prevención en el ámbito familiar del VIH-SIDA transmitido sexualmente, en efecto, pasa a través de la educación a los valores esenciales, personales y sociales, de la castidad, de la responsabilidad y de la solidaridad.

Hoy se habla mucho de informar a los jóvenes sobre el VIH-SIDA y como se transmite. Pero se olvida que la información no es suficiente: como indicaba el Santo Padre en su discurso del 15 de noviembre de 1989 con ocasión del IV Congreso del Pontificio Con-

sejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, en Roma: “Por consiguiente, es necesario ante todo remarcar con fuerza que la obra de la prevención, para ser al mismo tiempo *digna de la persona humana* y realmente eficaz, debe proponerse dos objetivos: *informar* de manera adecuada y *educar* a la madurez responsable” (n. 5).

Informar a los jóvenes acerca de la infección del VIH, sobre las formas de transmisión y su evolución es obviamente importante. Pero esta información en sí misma no es suficiente para impedir a estos jóvenes que caigan en la actitud irresponsable que favorece el VIH-SIDA. Para que la información sobre el VIH-SIDA dé sus frutos, debe encontrar en estos jóvenes un *sentido de responsabilidad radicado desde la infancia*.

La educación a los valores, proporcionada por la familia es ciertamente fundamental en la prevención del VIH-SIDA. El Santo Padre ha indicado claramente la condición para una educación eficaz en la prevención del SIDA. Se trata de ayudar a los jóvenes a descubrir “*el sentido fundamental de la existencia que es el amor que se dona*” (discurso del 15 de noviembre 1989, n. 5). “Sólo” con este tipo de educación “es posible que los adolescentes y los jóvenes tengan la fuerza para superar los comportamientos a riesgo” (*ib.*). Por consiguiente, esta educación debe ser una “preparación al amor responsable y fiel” (*Ib.*). La encíclica *Evangelium vitae* (25.3.1995) retomando la *Familiaris consortio* insiste sobre la importancia de esta educación sexual proporcionada por la familia, que debe ser una “*formación a la castidad...como virtud que favorece la madurez de la persona y la hace capaz de respetar el significado ‘esponsal’ del cuerpo*” (EV n. 97).

6. La familia en la prevención del VIH-SIDA conexo con la drogadicción

El problema de la prevención del VIH-SIDA transmi-



do en el ámbito de la drogadicción parece lejos del anterior. Aquí ya no se actúa en la educación al amor responsable, sino en la lucha contra la drogadicción. En este campo nos encontramos con la misma importancia de los valores transmitidos en la familia. Cuando la familia cumple con su papel educativo, no hay lugar para la droga. Lamentablemente, es verdad que la transmisión de los valores no es fácil hoy en muchos hogares. El uso de la droga puede ocurrir entre los miembros de familias muy buenas. Pero es útil recordar que el drogadicto a menudo proviene de una *familia débil*, frágil o inestable por muchos motivos; de una familia que no puede o no sabe reaccionar ofreciendo una educación integral para enfrentar los problemas comunes de la vida.

Los drogadictos son víctimas personalmente de su misma decisión, pero en gran parte son previamente *víctimas* de una *sociedad sin alma* que produce sus modelos de vida y convierte a los ciudadanos en sus admiradores, modelándolos a imagen y semejanza de aquellas deformaciones vacías.

Actualmente los drogadictos están aumentando en la sociedad y desembocan en *crisis matrimoniales y familiares*: separaciones, divorcios, convivencias, que manifiestan la inmadurez de muchos de los que debiendo haber hecho donación de sí en el matrimonio, no saben vivir las exigencias de dicha donación. Las consecuencias para los cónyuges son las dificultades en su vida

de relación en familia y la incapacidad de realizarse en coherencia con aquella donación hecha; para los hijos que han vivido en estas dificultades aparece *el vacío* y la *desorientación* en su ánimo con respecto al sentido de la vida y a los valores que la estructuran en sus relaciones con los demás.

En el ámbito de la droga, los que son padres, amigos y siguen a los drogadictos, reconocen como dato incontrovertible que el factor principal que favorece el uso de la droga es la falta, absoluta o relativa, de la vida de familia. La *falta de familia*, en efecto, hace que la persona esté desprevénida en los valores humanos, con escasos recursos para protegerse de las insidiosas dependencias de la droga. Esta es una de las causas, quizás una de las primeras, pero no la única.

La drogadicción es, ante todo, un síntoma que manifiesta una situación interior de *vacío profundo*. Vacío de aquellos valores morales que ayudan a la orientación de la existencia. Este vacío de valores trata de ser compensado artificialmente con la fuga o escape a mundos irreales, imaginarios que produce la droga. De aquí la conclusión de la tesis: “No se vence la droga con la droga” o, en otras palabras, el problema no es médico o psiquiátrico, al menos en primer lugar, sino existencial, humano, de valores.

Las encuestas sobre el fenómeno de la droga muestran de manera concorde la relación que existe entre la familia y la droga. Cuando en el hogar doméstico no se han inculcado valores profundos en los hijos, estos experimentan con angustia el vacío. Esto puede ser consecuencia de la desarticulación y de la disgregación de la familia o, por su debilidad, de la falta de una autoridad que también debe ser sostenida por el ejemplo. Los jóvenes están obligados a llevar el duro peso de una interminable adolescencia, en un estado permanente de inmadurez en su personalidad.

Cuando la familia es fiel a su vocación, cuando se vive,

cotidianamente, en la familia la donación de sí mismos, la generosidad, la solidaridad, y el respeto de la persona y de su libertad, entonces esta familia es el ambiente ideal tanto para la prevención como para la recuperación y la inserción en la sociedad.

Conclusión

El problema de la prevención domina hoy la discusión ética acerca de la infección VIH. El mensaje que dirige la Iglesia a todos los hombres de buena voluntad con respecto al SIDA es mucho más amplio de la discusión sobre el empleo del profiláctico o sobre el tipo de información que se debe proporcionar a los jóvenes: es un “sí” a la vida, un “sí” a una vida vivida noble y humanamente, en el respeto del propio cuerpo y de aquel de los demás. A la pregunta: “¿profiláctico o no?”, la Iglesia responde “castidad”, autocontrol, educación al amor verdadero, fidelidad, responsabilidad individual y social. No es un mensaje anacronista; no es un mensaje imposible. Pero este mensaje supone que la familia sea fuerte, fiel a su vocación de educadora del hombre, fiel a su vocación de amor y de donación, fuente de vida y de verdadera libertad.

S.E. Mons. FRANCISCO
GIL HELLIN,
*Secretario del Pontificio Consejo
para la Familia,
Santa Sede*

Notas

¹ JUAN PABLO II, Discurso a los participantes en la Conferencia internacional promovida por el Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios (1989). *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, XII, 2, p. 1270.

² *Ibid.*

³ *Ibid.* p. 1273.

II: Escuela

Introducción

Luc Montagnier, que junto con Robert Gallo ha descubierto el virus responsable del SIDA, ha precisado que para contrarrestar su difusión: “Los medios médicos no son suficientes: es muy importante que se realicen campañas que penetren profundamente y en las que participen los varios actores de la sociedad, contra prácticas sexuales que son contrarias a la naturaleza biológica del hombre. En particular, es necesario educar a la juventud contra el riesgo de la promiscuidad sexual y del vagabundeo sexual”.

Las palabras del hombre de ciencia francés introducen cabalmente el tema que me ha sido asignado. Entre los actores de la sociedad llamados a desarrollar estas campañas ciertamente está la institución escolar. Desde varias partes se invoca la intervención de la escuela como lugar de prevención, se elaboran programas para explicar qué es el SIDA, las formas de transmisión del virus, la información sobre las relaciones con riesgo de contagio. Raramente se habla de valores, de madurez afectiva y de sentido de la vida. Esto no debe maravillar ya que pone al descubierto una realidad difícil y compleja que se refiere a la identidad de la escuela misma que atañe su papel educativo. Por tanto, mi intervención se coloca dentro de una mesa redonda que tiene como tema “Los lugares de la educación a los valores”, pero el interrogante que es fundamental en todo es si la escuela, al menos en algunas áreas del mundo, es realmente educativa. Lamentablemente, no se trata de un interrogante retórico. De la capacidad de la escuela de ser educativa depende la posibilidad de acercar a los jóvenes a los valores y de desarrollar una auténtica “prevención” de una enfermedad,

que es el SIDA, que afecta comportamientos, valores, sentido de la vida, sexualidad, etc. Desarrollaré mi intervención en tres puntos: el desafío educativo hoy, la educación a los valores, la educación sexual y afectiva.

El desafío educativo hoy

Muchos han dicho que el período histórico en el que vivimos, no es sólo una época de cambios, sino un verdadero cambio de época. Luces y sombras, conquistas de civilización y nuevos desafíos, pobreza y riqueza, marginación y desarrollo representan el claro-oscuro del alba del nuevo milenio. Paradójicamente nos encontramos frente a una realidad donde los cambios en curso han incrementado la posibilidad de cada individuo de acceder a la información y al saber y a los lugares, como algunas áreas de Africa y de Asia, pero también muchas periferias europeas o norteamericanas, donde se niega el acceso a la instrucción, en donde es muy elevado el índice de “mortalidad” escolar y hay millones de individuos analfabetas. Un mundo desarrollado y tecnológico y un mundo que adolece de analfabetismo y de exclusión: lamentablemente también en la educación el mundo está dividido en dos. Al mismo tiempo, en el llamado primer mundo, los factores de cambio científico, tecnológico y económico requieren una modificación de las competencias y considerables adaptaciones, y provocan en una parte cada vez mayor de la población un sentido de incertidumbre y situaciones de nueva marginación. Estamos sumergidos en un acontecimiento que no es sólo parcial, sino que tiene las connotaciones de la globalidad y de la totalidad.

En dicho contexto la educación justamente ha sido decla-

rada “cuestión central” de este cambio de época. La comunidad civil está convencida de esto y mucho más lo está la Iglesia. De hecho, la sociedad civil está redescubriendo el gran valor de la educación y la considera como una de las prioridades absolutas para garantizar el futuro no sólo de los individuos, sino de toda la humanidad. En particular, la escuela se ha convertido en entrecruce sensible de estos cambios y está llamada a recoger los desafíos y vencerlos. Son dos las directrices que prevalecen hoy: por un lado se reclama la garantía del derecho a la educación para todos y, por otra, existe la tendencia de que la escuela y la educación sean de calidad y adecuadas, ya que debe enseñar a “leer y a contar” en la sociedad actual.

Educación y valores

Sin embargo, considero que el desafío educativo es principalmente otro. En efecto, son muchas las perplejidades que dicha situación educativa suscita: me refiero en particular a los valores, a la persona, a la concepción de la educación y de la escuela. Me pregunto, en efecto, ¿es suficiente para educar instruir a los jóvenes el empleo de técnicas y la gestión de sistemas complejos? o ¿poner al



educando en condición de lograr nuevas actitudes para el trabajo? Aún más: la educación ha alcanzado sus objetivos cuando hace que un alumno se convierta en manager o en un buen profesional? El problema del SIDA es una respuesta elocuente de la insuficiencia de dicho planteamiento metodológico. Estas preguntas me hacen recordar una obra de Postmann, un pedagogo estadounidense que hablaba de la “fin de la educación”. Entonces, para que la escuela y la educación tengan aún un sentido es necesario superar la equivocación de su reducción a mera instrucción y a lugar de instrucción. No se trata, en efecto, de proporcionar simplemente conocimientos, sino de sacar del muchacho el hombre, de permitir al muchacho que se vuelva hombre en la plena madurez de todo su ser.

El hombre, la persona, tiene una dimensión espiritual, ética, afectiva, religiosa, social, que no se puede dejar de lado en el recorrido educativo, bajo pena de la “fin de la educación”. En un documento publicado por la Congregación para la Educación Católica hace más de veinte años y que hablaba de la escuela leemos: “Si se escuchan las exigencias más profundas de una sociedad que se caracteriza por el desarrollo científico y tecnológico, que podría desembocar en la despersonalización y en la masificación, y si se quiere dar a ellas una respuesta adecuada, surge la necesidad de que la escuela sea realmente educativa, que esté en la capacidad de formar personalidades fuertes y responsables, capaces de elecciones libres y justas. Esta característica se desprende sobre todo de la reflexión sobre la escuela considerada como institución en la que a los jóvenes se les dé la capacidad de abrirse progresivamente a la realidad y alcancen una determinada concepción de la vida” (Congregación para la educación católica, *La escuela católica* n. 31). En una palabra, es necesario recuperar en el recorrido educativo y escolar el sentido total del hombre.

¿Quién es el hombre realizado, aquel a quien debe tender el

esfuerzo educativo? Hoy se insiste mucho sobre varios aspectos de la formación, pero el nudo central de la cuestión está en otro lugar. Además de las diferentes “formaciones”, el *proprium* educativo es otro, es decir, consiste en poner al educando en condición de saber hacer elecciones libres, de conformidad con los valores libremente asumidos. Desde el punto de vista pedagógico y educativo, lo esencial es enseñar a la persona, para emplear un término amado por Aristóteles, el “oficio de hombre”. Todo esto nos introduce en el discurso fundamental de la educación a los valores, el punto central de esta mesa redonda.

La pedagogía de nuestro siglo, que ha influido de manera determinante en el modo de ser de la escuela, es más “funcional” al sujeto, a sus gustos, motivaciones, exigencias, que orientada a los fines y a los valores. Debemos reconocer que aún hoy no se ha alcanzado la composición de estos dos polos, aunque el problema comienza a ser considerado desde varias partes, incluidos autores y estudiosos de extracción cultural e ideológica diferente, quienes auspician un retorno a los valores en los diferentes ambientes educativos y de manera especial en la escuela. Es justo que la persona que asiste a la escuela, que entra en contacto con la cultura, sea ayudada a superar los diferentes condicionamientos (biológicos, psicológicos y sociales) que han sido heredados del pasado o están presentes en el contexto en que vive, pero dicha “libertad de” no es suficiente si no se vuelve “libertad para”. Se trata, pues, de dar a los jóvenes la posibilidad de interrogarse en qué valores desean gastar la vida, en qué ideales invertir su capital humano. Es necesario llegar al otro lado de la libertad, el de la responsabilidad, sin vagabundear en el vacío, en el desempeño. La libertad que elige, sin valores, algo o alguno, si transforma en estorbo, peso, “infierno”. La existencia, sin esencia y por tanto sin valores, se vuelve un drama trágico que no se puede resolver incluso desde el punto de vista pedagógico y escolar. Por tanto, hay

que elegir “para”, de modo positivo. En concreto, a través de lo que es propio de ella, la escuela debe tener la capacidad de formar a una cosa esencial: la valentía de una verdadera libertad. Lamentablemente, a menudo el SIDA es síntoma extremo de una libertad gastada mal, de un vacío existencial que es llenado de paraísos artificiales producidos por las drogas, de un vagabundear sin sentido ni meta.

Educación afectiva y sexual

Primero he hablado de la totalidad del hombre; de esta totalidad son parte no pequeña la afectividad y la sexualidad. Un discurso orgánico sobre la madurez afectiva no puede dejar de lado las condiciones existenciales personales y relacionales, así como la inseguridad social y económica, las dificultades de integración social de parte de los jóvenes y la crisis de los valores que caracterizan a nuestra sociedad.

La educación afectiva, vista en el contexto del proceso unitario de madurez de la persona, de la que la escuela no puede hacerse cargo, es también una apertura progresiva a los valores morales, adquisición de la capacidad de parte del individuo de vivir la dimensión emocional, sentimental, psico-sexual, amigable, en autonomía de juicio y a la luz de valores plenamente asumidos por la propia racionalidad de hombre. El alumno lleva a la escuela todo su yo. Las dinámicas complejas y las formas a través de las cuales la escuela contribuye en la formación de los niños y



de los adolescentes son objeto de estudio de parte de los expertos, pero la fuerza de su influencia no está en discusión.

Las relaciones entre personas comprenden valencias y elementos variables sobre los cuales tienen un control escaso o nulo quienes redactan programas escolares (funcionarios, directores, etc.). La relación maestro-alumno se afirma, en efecto, en una psicología personal y de valores difícilmente encuadrados en métodos objetivos, ya que cada persona es un "un mundo en sí". La relación afectiva entre las personas ciertamente sigue estrategias, pero las formas a través de las cuales se manifiesta permanecen casi desconocidas. La infancia y la niñez son las fases en las que la personalidad forma su estructura afectiva básica y coinciden con el período escolar. Por tanto, es grande la responsabilidad de la institución escolar que está llamada a ser "casa" en la que los alumnos puedan madurar. Mucho más grande es la responsabilidad de los educadores, de quienes depende esencialmente el logro del proyecto educativo escolar.

Para retomar un juicio del filósofo Abbagnano, el ámbito de la educación sexual es el sector más difícil e inestable de la formación juvenil, en el que ninguno se siente a sus anchas, incluso si tiene delante de sí una amplia experiencia de enseñanza y un sólido iter de reflexión.

La educación sexual, en efecto, al tener como meta la madurez de la personalidad femenina y masculina, no puede ser concebida simplemente como una iniciación a la higiene y a los aspectos fisiológicos de la sexualidad, ni puede actuarse fuera de la formación global del hombre.

Los jóvenes que se preparan a la vida tienen necesidad de conocimientos precisos y científicamente elaborados, pero sobre todo necesitan ser orientados en lo que se refiere al significado global de la sexualidad y de la afectividad y sus finalidades objetivas. Esto nos recuerda que en la relación educativa la transmisión educativa nunca está separada de las acti-

tudes de los educadores, ni es neutra por su naturaleza, sino fuertemente vinculada con la concepción antropológica subyacente. En el marco de una antropología permisiva, por ejemplo, el sujeto en crecimiento siente que tiene el derecho al placer sexual fuera de cualquier indicación moral y cultural. La edad juvenil debe introducir a aquella adulta en una atmósfera libre de toda constricción. En aquel de una antropología naturalista, el hombre es considerado como objeto de la naturaleza y es estudiado con relación al mundo externo. Las consecuencias de dichos planteamientos se pueden prever con facilidad. En nuestro caso se traducen en remedios pseudoeducativos y parciales como la distribución de profilácticos y el empleo de jeringas esterilizadas. En las escuelas, a menudo nos contentamos de educar a lo mínimo, limitándonos a una información "científica". En cambio, es necesario tratar de "volar alto" sobre todo en la escuela, fundamentando el camino educativo en la persona concreta y real. La persona debe ser percibida por lo que es: ser racional, dotado de libertad y por tanto de racionalidad, orientado al trascendente y abierto al otro, no por contingencias sociales, sino por necesidades interiores, propias del ser humano. La madurez afectiva y sexual implica, por tanto, proyecto, oblación y responsabilidad. Una correcta y sana madurez sexual es posible si en el individuo subsisten motivaciones que la justifican y apagan el sujeto en su totalidad. En este sentido, la sexualidad nunca debe considerarse un absoluto porque ella debe ser vivificada continuamente por el espíritu y encontrar su plenitud en la dignidad del estado esponsal. En un contexto educativo y escolar sano y significativo, el amor humano debe ser colocado en la perspectiva del compromiso responsable, para que la vida sea vivida con seriedad y siga un proyecto.

Como se ve, esta "antropología" concentra la atención educativa no en la instrucción, sino en la educación y en el objetivo del crecimiento. Además, rea-

firma el valor del ideal en la estructuración de la persona, porque ésta es considerada un individuo que no reacciona casi mecánicamente a estímulos de naturaleza o externos, sino que es capaz de aceptar la autodisciplina y sublimar los propios impulsos sin comprometer la actuación de sí mismo. En este contexto la educación a los valores tiene su espacio y su significado y se vuelve "prevención" de enfermedades como el SIDA.

Ciertamente la escuela es lugar de formación a los valores, pero forma parte de un contexto más amplio. Muchos son los ambientes en los que se alcanzan valores, o valores negativos. Dichos ámbitos son subdivididos por los estudiosos en dos categorías: funcionales e intencionales. Funcionales son los coetáneos y la sociedad en sus aspectos instrumentales y de comunicación de masa. Colocan al sujeto frente a la problemática sexual y no sólo (por ejemplo de la violencia, de las drogas, etc.), actuando en general en forma traumática, se desinteresan del menor y de sus eventuales reacciones. Aquí bastaría citar algunas transmisiones de televisión, films, o pensar en los ambientes en los que los jóvenes viven su tiempo libre.

Los ámbitos intencionales, en cambio, están constituidos por la familia, por la escuela, por grupos juveniles. En ellos se trata de iluminar a los chicos en búsqueda, de apagar sus intereses y sus exigencias, de suscitar actitudes positivas con respecto a la vida, al divertimento, a la sexualidad y de promover su madurez. Teniendo en cuenta los datos de la búsqueda prevalecen mucho los ambientes funcionales sobre los intencionales. Sólo una porcentual alrededor del 20-25%, para permanecer en la problemática de la educación sexual, obtiene informaciones de adultos competentes. La mayoría aprende hechos y noticias de fuentes no calificadas, que hacen inestable el equilibrio personal, y, en vez de resolver, complican las situaciones individuales. Esto debe hacer reflexionar profundamente, debe hacer cada vez más conscientes

a los educadores y prepararlos en sus tareas irrenunciables.

Por consiguiente, la escuela como institución educativa no puede ignorar los problemas del desarrollo emotivo de los alumnos y permitir que sufran los desarrollos dañinos de modelos alternativos. Incluso en la hipótesis ideal de que los padres hicieran plenamente su deber, la escuela debería tener la capacidad de ampliar y profundizar dicha obra. Pero cuando ésta falta del todo, como lamentablemente parece ocurra en la mayoría de los casos, sus responsabilidades aumentan sobremedida, complicando las formas de la intervención. Para esta tarea la escuela tiene necesidad de un cuerpo docente preparado, de instrumentación adecuada y de la presencia de especialistas. Las mayores preocupaciones se refieren a la implicación de las familias, la definición de los contenidos adecuados a cada edad, los métodos que se deben emplear en grupo o con cada uno, la fisonomía de la sección a la que uno se dirige. No obstante estos obstáculos la escuela debe mantener su función de guía al desarrollo juvenil. La tarea es ardua y problemática. Dicha incumbencia se agrava por las in-

sidias en las que pueden caer los docentes: pensar que todo se resuelve con la información biológica, querer dejar de lado a la familia, inculcar determinadas concepciones sobre la vida, la afectividad y la sexualidad. El contenido de la educación sexual, afectiva y humana es polivalente; en efecto, comprende la información sobre los aspectos descriptivos de la sexualidad y sobre los interrogantes acerca del sentido de la vida que angustian a los jóvenes, y la educación real y verdadera que tiende a hacerles comprender las razones para gobernar el instinto sexual, para sujetarlo a la razón y a la voluntad, para integrar de manera armónica la sexualidad en la persona, en la afectividad, en un proyecto de vida. El primer aspecto de naturaleza científica, no implica un fin moral; el segundo es de carácter moral, pero presupone un fundamento de naturaleza científica y en ese sentido se vuelve educación a los valores.

Conclusiones

Me parece que lo que he tratado de decir se puede resumir en un concepto fundamental: la escuela debe ser educativa y no

sólo informativa, de manera que sea "lugar de la educación a los valores". La recuperación de esta dimensión educativa exige una profunda sinergia entre la escuela, la familia y la sociedad, en una palabra la constitución de una auténtica comunidad educadora. En este campo la Iglesia ofrece su aporte y su "experiencia en humanidad", como amaba afirmar Pablo VI. En particular, las instituciones escolares católicas, cuyo proyecto educativo se inspira en Cristo y en el Evangelio, pueden ofrecer su válido aporte para una educación "a campo abierto", en que los valores y la responsabilidad tengan plena "ciudadanía". Ciertamente el problema del SIDA no es sólo de naturaleza educativa, incluso en algunas áreas del mundo, como por ejemplo África, su incidencia es tan elevada que perjudica incluso el futuro de pueblos y naciones, pero indudablemente la escuela y la educación pueden hacer mucho formando a hombres y mujeres capaces de hacer de su vida un don responsable.

S.E. Revma. Card. PIO LAGHI
*Prefecto emérito de la Congregación
para la Educación Católica,
Santa Sede*

III: Los medios de comunicación

¿De qué modo los medios de comunicación pueden ayudar a prevenir la difusión del SIDA?

Algunos responden que los mass media deberían promover la noción del llamado "sexo seguro", es decir el uso del profiláctico en la actividad sexual.

A nadie sorprenderá que yo no comparta esta opinión. Quisiera explicarles el por qué.

Considero que la promoción del uso del profiláctico es una invitación en favor de una actividad sexual inmadura e irresponsable y de la promiscuidad sexual. Además, es engañosa porque en verdad no se puede decir que el método sea infalible para prevenir la enfermedad.

Además, en vez de tratar la relación sexual como un acto de donación de sí mismo y de amor altruista en el contexto de una unión de amor permanente y exclusiva de un hombre y una mujer en el matrimonio, parece que el uso del profiláctico es un modo para evitar la responsabilidad y las consecuencias de la actividad sexual, vista como recreativa más que como procreativa.

Asimismo, pienso que dicha instrumentalización de las relaciones y del partner sexual lleva a la instrumentalización de antídotos contra la difusión de esta trágica enfermedad. Lo que deseo expresar es que la actividad sexual es considerada

como puro instrumento de placer personal y el partner sexual como el objeto mediante el cual se obtiene dicho placer; el antídoto a las consecuencias indeseadas que derivan de dicha actividad se convierte en venta de objetos y de la venta de estos se obtiene dinero. Ninguno logra dinero con el autocontrol y con la abstinencia. Ninguno logra dinero con el respeto de los demás. Quizás esto explica por qué no se promueve el autocontrol, el respeto hacia los demás y a la sacralidad de la actividad sexual y, antes bien, por qué se promueve la venta de profilácticos.

Mientras preparaba esta intervención, pedí a los miem-

bros de nuestro grupo de discusión durante la Asamblea especial para Europa del Sínodo de los Obispos, si tenían alguna sugerencia al respecto; el Obispo de Gibraltar me proporcionó un bolígrafo que llevaba escrita la siguiente frase “Combate el SIDA con un nuevo estilo de vida”.

En una era en que se estimula la medicina preventiva con el fin de evitar contraer enfermedades tan difíciles como costosas para curar o para detener, es asombroso que alguien tenga el valor de decir “combate el SIDA con un nuevo estilo de vida”.

Quisiera responder a la pregunta sobre qué es lo que pienso que deberían hacer los mass media para prevenir la transmisión del SIDA.

Ante todo, deberían hacer conocer los peligros de la actividad sexual promiscua y hacer aceptar la abstinencia sexual fuera del matrimonio. Los media han hecho mucho en algunas sociedades para recordar al público los peligros del humo y han logrado que se acepte la abstinencia del tabaco. Mientras el estímulo sexual es más fuerte y fundamental que el deseo de fumar, la norma judío-cristiana siempre ha sido que la actividad sexual debería desarrollarse y promoverse dentro del matrimonio y que fuera de él se debería practicar la abstinencia sexual. Durante siglos esta norma ha sido la regla de la misma sociedad. Luego vino la llamada revolución sexual. Pero debería ser consolador para los medios de comunicación saber que la regla moral de la actividad sexual vale también

para la salud en la actividad sexual. Los media pueden indicar que la abstinencia sexual fuera del matrimonio es físicamente sana y no una pura idea sexual de la tradición judío-cristiana.

Las *situation comedies* televisivas podrían y deberían presentar una imagen positiva de la vida familiar. Sin poner de lado las varias tentaciones presentes en cada edad, estos programas deberían ilustrar bien la posibilidad de vencer las tentaciones, el gran costo psicológico e incluso físico que comporta rendirse y la necesidad de perdón, reconciliación y sostén desinteresado en las dificultades. Por tanto, ellas no sólo pueden promover la virtud de la abstinencia, sino también la compasión hacia los que sufren por la enfermedad o por la lucha contra las tentaciones.

Las campañas de propaganda deberían difundir el mensaje impreso en el bolígrafo del Obispo de Gibraltar: “Combate el SIDA con un nuevo estilo de vida”. Si existen campañas como “el humo es peligroso para tu salud”, ¿por qué no deberían haber campañas que digan la misma cosa sobre la actividad sexual promiscua y fuera del matrimonio?

Está comprobado que el modo mejor para evitar el cáncer a los pulmones es no fumar y es un hecho que el modo mejor para evitar la drogadicción es abstenerse completamente de la droga. Si los media son animados no sólo a dar a conocer estos hechos sino también a construir en su alrededor campañas de propaganda de servicio público, ¿por qué no pueden ser animados a llevar a cabo campañas como: “Decid ‘no’ hasta el matrimonio” que estimulen a abstenerse de la actividad sexual promiscua y extramatrimonial?

Fumar hoy ya no es una moda, así como no es una moda drogarse o beber antes de manejar. ¿Por qué no puede dejar de ser moda abstenerse de las relaciones sexuales antes del matrimonio y concedersi en el matrimonio a la persona amada puros y sin mancha? Estoy seguro de que la mayoría de las mujeres no desean casarse con un “viveur” y que la mayoría de los hombres preferirían ca-

sarse con una virgen; ¿por qué tenemos temor de afirmar esta idea y sostenerla?

Mientras la cuestión del SIDA ha ido mucho más allá de la cuestión de la homosexualidad, sigue siendo no menos verdadero que la incidencia mayor de esta enfermedad, al menos en Estados Unidos, está ligada a la actividad homosexual promiscua, a la que, al menos hasta hace poco tiempo, sigue la comparticipación de jeringas entre drogodependientes.

Si estas actividades son claramente un riesgo público, ¿por qué no tener el valor de afirmarlo? El modo más seguro para eliminar o al menos controlar el SIDA es eliminando estas actividades porque está ya probado que llevan al SIDA: actividad sexual promiscua, en particular homosexual, y uso de las mismas jeringas entre los que se drogan.

Si el humo ha sido desaconsejado tan activamente y con éxito, ¿por qué los media no pueden usar las mismas reglas para tratar la cuestión de la droga y de la actividad sexual, mostrando en las series de televisión personajes simpáticos y carismáticos que no consumen drogas, que aconsejan no consumirlas, que alertan contra los peligros de compartir las jeringas y, ante todo, que conducen una vida sexual según la moral, absteniéndose de la actividad sexual fuera del matrimonio. En muchas *situation comedies* modernas las personas que se abstienen de la actividad sexual son definidas débiles cuando en verdad deberían ser consideradas valientes o al menos con un profundo respeto hacia los demás y hacia sí mismos.

Quizás los mass media pueden descubrir y tener la valentía de hacer conocer que la salud, la felicidad y la santidad pueden caminar juntas, que una actividad justamente ordenada a la moral puede contribuir no sólo a un estilo de vida personal más saludable, sino también a una sociedad más saludable.

S.E. Mons. JOHN P. FOLEY
Presidente del Pontificio Consejo
para las Comunicaciones Sociales,
Santa Sede



**“Experiencias y perspectivas
futuras de intervenciones
y programas de carácter
preventivo, fundadas
en la educación en los valores”**

I: Italia – El CUAMM

Poblacin total	20,4 millones
Poblacin urbana	2,2 millones
Tasa anual de crecimiento de la poblacin	2,5%
Tasa de infeccin por VIH en los adultos	9,5%
Tasa de mortalidad infantil	97/1000
Expectativa de vida	41 a os
Tasa de escolaridad hombres	68%
mujeres	45%
Renta per capita promedio	240\$
Fuente: UNAIDS, 1998	

necen a las mismas áreas urbanas donde se han realizado las encuestas de seropositividad.

Los cambios de comportamientos sexuales de los jóvenes se refieren a:

- aumento de la edad de las primeras experiencias sexuales
- aumento de la edad para contraer matrimonio
- disminución de las relaciones sexuales con partners no regulares
- aumento del empleo del profiláctico

Experiencias de carácter preventivo

En el ámbito de la prevención se mueven numerosas asociaciones.

Dos asociaciones no gubernamentales de Kampala: TAO y AIC han lanzado un proyecto denominado “*Iniciativa Philly Lutaya*” que tiene como finalidad cambiar los comportamientos sexuales con la ayuda de voluntarios seropositivos. Estos están dispuestos a narrar su experiencia y su condición sobre todo a los estudiantes.

A los jóvenes se dirige también el “*Club juventud viva*”, fundado en 1992 por sor Myriam Duggan, de las Franciscanas Misioneras de María, médico en el hospital Nsambya de Kampala: partiendo del Evangelio, se pide a los jóvenes que comprendan el significado de la sexualidad en la vida del hombre y, por consiguiente, que tomen decisiones coherentes con la ayuda de la oración individual y comunitaria.

En todos los hospitales de las diócesis católicas incluidos aquellos en los que trabaja el CUAMM y en muchas parroquias existen secciones dedicadas a informar a las comunidades locales, a educar y prevenir, a la diagnosis y a la terapia de las enfermedades sexuales, al *counselling* y a la movilización de las comunidades para ayudar a las personas afectas de SIDA.

Perspectivas futuras: afrontar con valentía algunos nudos críticos

Durante los últimos años se

ha hecho mucho en Uganda en la lucha contra el SIDA; las campañas de concientización han llegado a áreas cada vez más amplias de la población; nuevas y fuertes iniciativas se han desarrollado en el campo de la educación, de la prevención y del *counselling*; en lo que se refiere a la accesibilidad y eficacia, han mejorado los servicios sanitarios para diagnosticar y curar las enfermedades sexuales y para adoptar prácticas correctas de transfusión de sangre; las comunidades han sido implicadas intensamente para proveer servicios de asistencia a las víctimas del SIDA.

Estos resultados son innegables, documentables y estimuladores. Son el fruto de un conjunto de factores como la apertura y la transparencia del gobierno ugandés para reconocer la gravedad del problema SIDA y de su determinación para combatir la epidemia a través de un programa nacional; a esto se debe asociar la intervención decidida de las iglesias comprometidas en campañas de sensibilización, en el trabajo educativo y en la asistencia a los enfermos; en fin, no es menos eficaz la masiva implicación de las organizaciones no gubernamentales y el sostén de la ayuda internacional.

Estos resultados se unen también al aporte de los enfermos de SIDA que han dado testimonio con emocionante valentía y conmovedora humildad de su recorrido personal entretejido de sufrimiento y aceptación de la enfermedad. Estos enfermos los conocemos por su nombre. Debemos reconocer su aporte muy significativo porque han inspirado a la gente y a nosotros mismos para reflexionar y luchar contra esta terrible enfermedad.

Ciertamente, ésta es una herencia preciosa que debemos reconocer y difundir, sin embargo creo que no debemos caer en fáciles optimismos. Tenemos la obligación de discernir, de ser realistas: la epidemia del SIDA nos acompañará todavía por mucho tiempo y también los resultados positivos alcanzados en Uganda corren el riesgo de ser vanos si no se enfrentan con coraje al-

gunos nudos críticos que son la base de la penetración de los comportamientos peligrosos y de las connotaciones culturales, sociales y económicas que favorecen la difusión del virus.

Si realmente, como todos lo reconocen, el problema es que debe cambiar el comportamiento sexual de la población, entonces todavía queda mucho por hacer para encanalar de manera adecuada el mensaje de la responsabilidad sexual, del valor de la fidelidad y de la castidad.

El corazón de la prevención del SIDA son los problemas de ética sexual. Para hacer esto considero que debemos confrontarnos con algunas resistencias que, puesto que esta enfermedad da miedo, son circundadas de silencios y embrazos. En este sentido, pienso que las perspectivas futuras en tema de prevención del SIDA deben tener en cuenta una pluralidad de perspectivas.

Curar la realidad conyugal demediada

Deseo partir de algunas realidades que he podido constatar en mi experiencia personal como médico. Sabemos que la mayoría de las personas afectas y enfermas de SIDA son mujeres. Es un hecho también que las clínicas para enfermedades sexuales y las secciones para la regulación responsable de los nacimientos, en su mayoría son frecuentadas por mujeres. Por el contrario, las elecciones en materia de relaciones sexuales, de planificación familiar, algunas prácticas tradicionales como por ejemplo las mutilaciones genitales, la poligamia, la obligación de una viuda para ser mujer de un hermano del difunto y otras, recaen, en cambio, en la esfera de la influencia – por no decir dominio – del hombre.

La realidad conyugal demediada no se basa sólo en el sistema de decisiones conyugales unilaterales, sino también en una sustancial ausencia de diálogo y de comunicación espousal sobre materias tan delicadas e íntimas como las delineadas. Esto se refleja también

en el comportamiento que tiende a evitar cuidadosamente la comunicación de un estado de enfermedad sexual o de una condición de seropositividad al propio cónyuge. A esto se añade la tendencia persistente de atribuir la estigma social a la mujer afecta de enfermedades sexuales o seropositiva o enferma de SIDA, cuando bien sabemos que a menudo son los comportamientos sexuales de muchos hombres que predisponen a la pareja a enfermedades venéreas y a la infección por el VIH.

Existe la urgente necesidad de contribuir para favorecer la difusión de la virtud sponsal a través de la implicación paritaria, recíproca, corresponsable de los cónyuges a las elecciones de la vida y de la sexualidad.

Educar a los valores cristianos del matrimonio responsable, de la fidelidad y de la castidad podría significar, entonces, tener la valentía de leer a la luz del Evangelio los tabú, las supersticiones y las negatividades – presentes y practicadas en todas las culturas, de todos los tiempos y lugares – que provocan atropellos y empobrecimiento en la pareja y en ella, en particular de la figura femenina.

Podría significar también recuperar en clave cristiana los valores religiosos y sociales que cada cultura manifiesta en lo que se refiere al significado de las relaciones sexuales y promover aquellos testimonios conyugales ejemplares, concretos, que no obstante su discreción acompañan – instruyéndolas – a las comunidades en los alternados y misteriosos acontecimientos de la conversión.

Tenemos necesidad de estudios y de maestros que indiquen de manera clara recorridos de lectura de las culturas locales, así como es fuerte la necesidad de testimonios y de testigos que demuestren de qué modo el valor cristiano de la pareja integral no es sólo un enunciado, en el sentido que se coloca en las declaraciones de principio, sino que se transforma en un criterio de acción, en un principio moral en base al cual la pareja orienta las elec-

ciones y las sostiene a través de un diálogo intenso y enriquecedor. No se sabe y aún no se hace lo suficiente en este campo.

Ayudar a los jóvenes a salir de la soledad

Las violencias sexuales, los embarazos no deseados y los abortos, las enfermedades sexuales, son fenómenos presentes y a veces de manera difundida en el mundo juvenil. De ello nos damos cuenta de manera limitada y tardía en nuestras clínicas hospitalarias donde sólo una pequeña parte de la juventud se presenta, tímida y avergonzada, con el peso de problemas por resolver. También en este caso la respuesta médica y sanitaria en general es parcial e insuficiente.

En Africa, los jóvenes son numerosos, pero en muchos ámbitos como en aquel de la sexualidad están solos o abandonados. Es una soledad que se arrastra desde hace tiempo y que tiene muchas razones.

En primer lugar, la desaparición de los ritos sociales de iniciación a la sexualidad no ha sido sustituida por la familia. Antes bien, al silencio presente en la pareja se acompaña una ausencia de diálogo entre los padres y los hijos. Cuando el diálogo existe, parece estar dominado por la reprobación de los padres a las posibles faltas, culpas o deshones de los hijos con relación al comportamiento sexual. Raramente para los padres el diálogo se vuelve una ocasión para transmitir a los hijos conocimientos, ideas y experiencias sobre el por qué de la sexualidad, su sexualidad, y es un factor humano y cristiano de identidad y de crecimiento, en el que también un hijo, si lo desea, puede confrontarse, reconocerse e imitar.

La ausencia de los adultos se extiende también a la escuela donde la educación a la sexualidad es un acontecimiento raro que a menudo se manifiesta en embarazadas y rápidas explicaciones sobre la fisiología y la reproducción del hombre con pocas e ineficaces respuestas a las numerosas pre-

guntas que cargan consigo los jóvenes y en especial los adolescentes. Preguntas que permanecen sin respuestas.

Incluso las realidades pastorales dejan a veces mucho que desear en tema de propuestas e iniciativas dirigidas a la juventud. Se advierte embarazo y dificultad de parte de los jóvenes y de las parejas de esposos de acercarse con confianza a la Iglesia. Tengo la impresión de que por razones históricas y culturales, no evangélicas, se continúe como Iglesia dando la impresión de que existan reservas morales para hablar abiertamente del valor positivo de la sexualidad, de afrontar abiertamente las problemáticas sexuales, de comprometerse con determinación en la educación de la ética del Amor.

A la ausencia de los adultos en la familia y en la comunidad hace como contrapeso un politeísmo difundido de valores en la sociedad. *Tea rooms, discos, hotels, magazines* son difundidos en ambiente urbano y rural y mueven modelos de comportamiento en los que prevalece una “dominante y masculina cultura sexual donde excitación, transgresión, placer, violencia y peligro forman parte de la misma semántica”. Además, no son pocos los estudiantes, hombres y mujeres de las escuelas de secundaria que no se contentan del tenor de vida que le ofrece la familia o, por necesidad, se prostituyen para asegurarse una entrada de dinero. Como base de estos comportamientos encontramos problemas más profundos como abusos sexuales, escasa estima de sí, relaciones pobres de afecto, falta de “*vision and goals*”.

Los resultados obtenidos en Uganda con referencia a los cambios de los comportamientos sexuales de los jóvenes son acogidos positivamente. Sin embargo, el desafío por afrontar es más grande. Se trata de obtener cambios comportamentales a largo plazo. Considero que para vencer este desafío el aprendizaje únicamente de las técnicas – quizás aprendidas de parte de formadores ocasionales – sobre cómo evitar el contagio, represente una solución minimal e



insuficiente si no está acompañada por un discurso más global sobre el significado relacional profundo de la sexualidad humana que es hecha de autodisciplina, armonía de crecimiento, respeto y estima de sí y de los demás, proyectos de vida. Para responder a la complejidad de las expectativas del amor en los jóvenes y en los adolescentes necesitamos programas adecuados seguidos por adultos y jóvenes bien formados como educadores; sirven centros de agregación juvenil, de diálogo, encuentro y confrontación entre los jóvenes y las familias; sirven centros de seguridad y de protección para los jóvenes sin derechos.

Conjugar responsabilidad personal y responsabilidad social

Como raíz de la difusión del SIDA no está sólo el problema del comportamiento humano y de la responsabilidad ética de la persona, hay también causas sociales y económicas fundadas en la desigualdad y en la injusticia; hay, pues, un problema de responsabilidades ético-sociales.

Se ha dicho que el SIDA es un problema de todos y de cada uno, pero en realidad se refiere sobre todo y una vez más a los pobres. Es un hecho irrefutable que el peso mayor de la enfermedad del SIDA recae sobre las espaldas de los países pobres y de la gente pobre. Esto vale también para Uganda, donde no obstante el fuerte desarrollo del último período, la renta real per cápita sólo de es-

te año ha regresado al nivel de 1970. Pero la pobreza no es sólo una cuestión de crecimiento económico. El estado de inferioridad de las mujeres, la desocupación difundida, los conflictos civiles armados, la urbanización desordenada, la creciente privatización de los servicios públicos, el acceso difícil, a veces negado, de los jóvenes y de las mujeres a la educación y a los servicios sanitarios son factores que están favoreciendo la difusión de la epidemia.

Frente a estas realidades podemos dudar si la prevención por sí sola puede detener la epidemia de SIDA, salvo que esté acompañada por otras medidas que contribuyan para construir un contexto social y económico favorable, con la capacidad de apoyar y ampliar programas de carácter preventivo. Es la cuestión del desarrollo, proceso de cambio social que libera a las personas y a las comunidades de los vínculos de la pobreza, amplifica las posibilidades de elección entre varias opciones, refuerza la capacidad de autosuficiencia, promueve la participación y mejora la calidad de la vida.

Este acercamiento "coincide con la misma naturaleza del VIH y de su caracterización en epidemia invisible (asintomática), visible (sintomática) y mortal". Por tanto, todos los programas deberían basarse no sólo en el acceso a la prevención, al test VIH, al cuidado y al apoyo comunitario sino más en general en un continuum entre prevención y desarrollo.

El camino por recorrer podría ser el de la construcción del llamado "capital social". Un camino largo por recorrer pero abierto a todos.

Las Organizaciones No Gubernamentales podrían jugar un papel importante si renunciaran a competir entre sí, y trabajaran con el variado tejido social, favoreciendo la participación de la gente en *network* formales e informales, estimulando normas sociales positivas, construyendo elevados niveles de confianza, promoviendo la cohesión social, mediando entre la gente y las instituciones públicas.

La acción misma de la Igle-

sia sería más eficaz si la enseñanza social fuese difundida a los clérigos y a los laicos, si promoviese formas innovativas de pastoral política y económica así como modelos experimentales de solidaridad intra e intereclesial.

Los mass media del Norte y del Sur podrían incrementar su papel de vehículos vitales de educación sanitaria, dando mayor espacio a las noticias sobre los progresos médicos, acerca de los problemas y de los casos referentes a las cuestiones de la salud y de la seguridad, sobre las políticas sanitarias en vez de malbaratar la objetividad y la independencia por razones de la influencia comercial.

Los investigadores y los hombres de ciencia podrían ayudar a analizar los factores económicos, demográficos, psicológicos, socio-culturales y organizativos que influyen en los comportamientos de la gente en lo que se refiere a la percepción de las enfermedades, de aquellas sexuales en particular, y a la búsqueda de los cuidados adecuados.

Teniendo en cuenta los costos prohibidos de los fármacos, una responsabilidad de fundamental importancia para el mundo científico occidental es la de desarrollar una vacuna eficaz, segura, de costo soportable. El énfasis actual sobre las terapias farmacológicas combinadas antivirales corre el riesgo de concentrar los esfuerzos sobre los beneficios en favor de pocos más que sobre los potenciales beneficios para proporcionar a muchos.

A los gobiernos locales y a la comunidad internacional se les pide actuar responsablemente en el plano de la equidad en la distribución de los recursos y de la ayuda para sostener el desarrollo.

Estoy convencido de que el diálogo y las relaciones entre Norte y Sur sobre el SIDA presenta muchas afinidades y correspondencias con las discusiones sobre economía global, el comercio mundial, el papel de las Naciones Unidas y otros problemas parecidos.

Dr. GIOVANNI PUTOTO
CUAMM – Padua, Italia

Introducción

El VIH ha llegado a Asia, el continente donde vive la mitad de la población mundial, sólo a fines de los años 80 e inicios de los años 90. En la actualidad, la región registra el 20% de las infecciones mundiales. Los expertos se declaran preocupados por la expansión epidémica en India, donde ya han sido infectados más de 4 millones de personas: es el más elevado número de individuos contagiados en un solo país a nivel mundial (UNAIDS: 1999).

En India (NACO: 1998) la epidemia VIH-SIDA ya es vieja de al menos un decenio. En este breve período se ha convertido en uno de los problemas sanitarios más serios del país. Los casos iniciales de VIH-SIDA han sido registrados entre los mercantes de sexo en Mumbai y Chennai y entre los drogadictos del noreste del estado de Manipur. Incluso si los casos oficiales de infecciones del VIH y los casos de SIDA declarados son millares, se considera que exista una fuerte diferencia entre las cifras conocidas y aquellas estimadas, por la falta de datos epidemiológicos en la mayor parte del país.

No es una tarea fácil proceder a una valoración cuidadosa de la situación. UNAIDS y National AIDS Control Organization (NACO – India) disponen de estadísticas sobre el número de personas con VIH-SIDA, y hacen todo lo posible para mantenerlas actualizadas, aunque la enfermedad aumente más rápidamente que los números (Lebel: 1998), que son muy aproximativos (y a veces totalmente inexistentes) para ciertos países. Aunque hay todavía mucho que aprender con respecto a las personas afectadas de SIDA, sabemos mucho menos aún de las personas que viven con el virus del VIH, que aún no han desarrollado la enfermedad y que podrían no ser

conscientes de ser portadores. Vivimos en un mundo “donde hay 16,000 nuevas infecciones por VIH al día y donde 9 de cada 10 seropositivos no saben que están infectos” (UNAIDS: 1999).

La situación del VIH-SIDA en India

La población con VIH-SIDA en India no está distribuida de manera uniforme y tampoco tiene una porcentual uniforme. Los factores determinantes son (Thomas & Pereira, 1999) los siguientes:

- a. El tiempo y el lugar donde la infección ha aparecido por vez primera;
- b. La eficacia de las campañas de prevención;
- c. La eficacia del sistema de los test;
- d. El background socio-cultural y religioso de las personas;
- e. Las vías de transmisión;
- f. La presencia de otras enfermedades sexualmente transmisibles;
- g. El tipo de distribución de la salud y los sistemas de registración disponibles en el país y,
- h. Otros factores (Panos Dossier, 1990) como un sistema de control que dispone de escasos fondos y de escaso personal, por lo que no siempre es posible valorar de manera puntual la extensión de la infección en un país.

Los primeros casos de personas seropositivas habidas en el país provenían de Chennai en 1986 (Shiv Lal & Sengupta: 1995). Desde entonces más de 8,000 casos de SIDA y más de 85,000 casos de VIH han sido registrados por NACO y por el Ministerio de la Salud y de la Familia, en 32 Estados y territorios de la Unión hasta agosto de 1999 (NACO: 1999). Ciertamente ha habido un sustancial incremento en el número de nuevos casos en el país. La

causa principal de este incremento debemos atribuirla a una mejor identificación y registración como consecuencia de las diferentes actividades de NACO.

El control de los datos recopilados a nivel nacional (NACO: 1998) indica con claridad que la infección de VIH prevalece en todas partes del país. En los últimos años se ha difundido del ambiente urbano a aquel rural y de los individuos que practican comportamientos de riesgo a la población en general. Los estudios muestran que cada vez más las mujeres hospitalizadas antes del parto han resultado positivas al test del VIH, lo que indica un aumento en el riesgo de transmisión perinatal.

El informe NACO 97-98 muestra que cerca del 75% de las infecciones tiene lugar por vía sexual (tanto heterosexual como homosexual), aproximadamente el 8% a través de transfusión de sangre y un 8% con el uso de drogas. Más del 90% de los casos considerados han ocurrido con personas activas sexualmente y en una edad económicamente productiva, que va de los 15 a los 49 años. En un caso de 4 se trata de mujeres.

Algunos de los factores a los que se puede atribuir la rápida difusión de la epidemia en el país son: la migración de trabajadores y la movilidad en búsqueda de un trabajo de un ambiente atrasado económicamente a las regiones más adelantadas, la promiscuidad, los bajos niveles de alfabetización que llevan a la menor toma de conciencia entre los grupos de elevado riesgo potencial, así como la desigualdad entre los sexos, las infecciones sexualmente transmisibles y la infección en el período reproductivo entre hombres y mujeres.

Hay casos de rechazo de pacientes enfermos de SIDA de parte de los hospitales y de las

clínicas, tanto en el sector público como en el privado. Esto aumenta el sufrimiento de estos pacientes. Muy a menudo el SIDA es confundido con una enfermedad contagiosa y los pacientes son aislados en una sección, creando así temor entre los demás pacientes del hospital. En el lugar de trabajo existen comportamientos discriminatorios que en algunas ocasiones hacen incluso que el paciente pierda su empleo. Los afectados de VIH han sido alejados de sus pueblos, las mujeres han sido sometidas a tonsura, los niños son rechazados de las escuelas, las instituciones que han dado asilo a los enfermos de SIDA han sido apedreadas o atacadas; todo lo anterior, junto con el rechazo de enterrar a los muertos por infección del VIH, son algunos de los modos como se reacciona ante esta enfermedad mortal y contra sus víctimas. La tabla 1.1 muestra el total de casos de VIH-SIDA y el número de las pruebas de sangre examinadas en el país hasta el 31 de marzo de 1999 (NACO: 1999).

Programas de prevención VIH-SIDA: iniciativas del gobierno

Después que se establecieron los primeros casos de VIH-SIDA, en 1986, en el mismo año el gobierno hindú constituyó un Comité Nacional y en 1987 se lanzó un Programa Nacional de Control de SIDA (National AIDS Control programme – NACP) cuyos aspectos esenciales son:

a. Gestión del programa a través de la creación de varias organizaciones nacionales y estatales.

b. Información, educación, comunicación y movilización social (IEC) por medio de desarrollo de paquetes multimediales IEC, programas de capacitación y campañas para la toma de conciencia.

c. Promoción del preservativo y su marketing social.

d. Seguridad de la sangre: A partir del 1° de enero de 1998, la Corte Suprema de India ha prohibido las donaciones de sangre profesionales.

e. Control a través de la cre-

ación de centros para test de la sangre en todos los colegios de medicina estatales.

f. Control de las enfermedades sexualmente transmisibles con la capacitación de las 504 clínicas STD existentes.

g. Gestión clínica a través de la capacitación de los médicos en los hospitales estatales con más de 200 camas, y

h. Reducción del impacto a través del reforzamiento de un programa continuo de cuidados en el estado del Manipur y el desarrollo de un Programa Nacional de Formación para consultores.

Crítica

Los esfuerzos del Gobierno han sido sostenidos por varias Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) difundidas en todo el país. Sin embargo, estos programas y los esfuerzos realizados no han dado los resultados deseados, ante todo porque han sido adoptados programas y políticas seguidas en los países industrializados, que no están en línea con los valores sociales, culturales y religiosos de la sociedad hindú. Por ejemplo, mensajes como “usad el preservativo para hacer sexo libre” generalmente no son bien vistos por los padres y por los maestros, aunque las actividades promiscuas existen también entre los hindúes.

La mayor parte del material impreso está constituido por dobles de material proveniente de otros países o publicaciones de entidades de las Naciones Unidas, y por agencias donadoras bilaterales, que ha sido desarrollado sin tener en cuenta el background socio-cultural de la sociedad hindú.

El programa de prevención del SIDA existente en India

El programa educativo para prevenir el SIDA en India aún se encuentra en un estado embrional. Existen muchas áreas en las que la preocupación frente al SIDA interactúa con la estructura de la sociedad. Esta interacción se vuelve particularmente intensa y conflictual cuando trata los argumentos referentes al SIDA, a la vi-

Tabla 1 - Distribución en el Estado de casos registrados de SIDA al 31 marzo 1999

S. No	Territorio Estado/Unin	Pruebas de sangre Examinadas	VIH +	SIDA
1	2	3	4	5
1.	Andhra Pradesh	74.566	704	48
2.	Assam	12.717	173	22
3.	Arunachal Pradesh	495	0	0
4.	Andaman & Nicobar Islands	14.447	115	0
5.	Bihar	10.194	41	3
6.	Chandigarh	56.687	260	
7.	Punjab	1.488	65	100
8.	Delhi	317.457	1.282	219
9.	Daman and Diu (UT)	250	8	1
10.	Dadra & Nagar Haveli (UT)	160	1	0
11.	Goa	69.395	2.104	15
12.	Gujarat	451.464	1.675	137
13.	Haryana	160.330	494	1
14.	Himachal Pradesh	3.851	92	9
15.	Jammu & Kashmir	8.981	40	2
16.	Karnataka	402.142	4.845	172
17.	Kerala	44.547	215	106
18.	Lakshadweep (UT)	1.194	8	0
19.	Madhya Pradesh	96.083	587	210
20.	Maharashtra	429.045	47.408	3.354
21.	Orissa	83.127	217	2
22.	Nagaland	8.548	429	10
23.	Manipur	38.362	5.644	310
24.	Mizoram	37.251	122	7
25.	Meghalaya	14.250	60	8
26.	Pondicherry (UT)	84.579	2.971	141
27.	Rajasthan	22.446	465	79
28.	Sikkim	510	6	2
29.	Tamilnadu	741.774	13.375	1.881
30.	Tripura	5.613	4	0
31.	Uttar Pradesh	106.936	1.253	125
32.	West Bengal	163.991	649	57
	Totale	3.457.080	85.312	7.012

da de la familia y a la educación sexual, temas que aparecen en forma irregular en los programas de nuestras ciencias médicas, para no hablar de las demás disciplinas (Thomas & Rabga: 1995). Esto es verdad para las escuelas, las Universidades convencionales y los institutos de instrucción libres. En el país no existe actualmente un enriquecimiento del programa o un certificado, diploma o programa a nivel universitario sobre el SIDA, la educación sexual o la vida de la familia (Thomas: 1998).

Esta anomalía de la cultura cuando se trata de proporcionar un conocimiento auténtico y adecuado para crear cierta toma de conciencia frente al SIDA, a la educación sexual y a la vida familiar a través de adecuados programas educativos, no puede explicarse mediante una consideración racional, porque existen pocas áreas de vida que tocan a cada persona de manera tan profunda como este caso. Aunque la investigación sobre el abuso de sustancias estupefacientes, sobre el SIDA, sobre el sexo y sobre argumentos conexos con la sexualidad sea gravemente carente y los intelectuales sean bien conscientes de que el SIDA es una amenaza y de las consecuencias que conlleva su difusión incontrolada, no proporcionan vías legítimas inteligentes para prevenir y controlar la enfermedad (Thomas: 1998).

La University Grant Commission (Gangurde: 1994) propuso en primer lugar que se introdujera un curso obligatorio sobre el SIDA a nivel estudiantil. Algunos institutos que trabajan en ámbito social, además de escuelas de medicina y de enfermería, han introducido el SIDA como materia en sus programas. En 1991 tuvo inicio un programa llamado Universities Talk SIDA (UTA) promovido por el Servicio Nacional, Ministerio para los Jóvenes y para el Deporte, en colaboración con la OMS y el Ministerio de la Salud en 59 universidades del país (Shic Lal: 1993). Posteriormente, dicho programa se ha extendido a la mayoría de las Universidades del país. A parte de esto, varias ONGs están trabajando para crear una toma de conciencia del VIH-

SIDA entre las personas interesadas, a través de una organización comunitaria y programas de desarrollo. De todos modos, podemos notar que los responsables han decidido no incluir la educación sexual en el programa escolar (Inderjit: 1994).

Crítica

Las mencionadas contradicciones en lo que se refiere a la finalidad y a las estrategias agravan la crisis en un territorio como India que tiene una considerable población (980 millones de personas) y muchas lenguas, con diferencias en las comunidades y diferencias geográficas (18 lenguas reconocidas y 1652 dialectos y con el 23,5% de la población que comprende grupos tribuales). Existen 32 estados y territorios de la unión y la tasa de alfabetización según el censo de 1991 es del 52% (Manorama: 1994). Es quizás razonable afirmar que la ola de crisis puede ser detenida sólo si los programas sobre SIDA, educación sexual y vida familiar son lanzados cuanto antes y de modo eficiente a través de las diferentes instituciones educativas del país.

Una revisión de los materiales preparados para escuelas, colleges, universidades, institutos de medicina y de enfermería, muestra de modo claro que difícilmente existe un cambio en el contenido, en el estilo y en la presentación. Parece como si se sirviera "la misma sopa" en diferentes platos. Del mismo modo, las experiencias en los diferentes seminarios, mesas redondas y conferencias son idénticas, se discuten las mismas cosas por los mismos participantes, con una o dos excepciones. Brevemente, podemos concluir afirmando que se debe hacer todo lo posible para ampliar la finalidad de los esfuerzos que se hacen durante las convenciones y los encuentros a nivel nacional e internacional.

Estrategias de intervención y programas de la Iglesia hindú: 1992

La Conferencia de los Obispos Católicos de India (Catho-

lic Bishops' Conference of India: CBCI) ha iniciado puntualmente una acción que trata de dar una respuesta a las cuestiones referentes al VIH-SIDA. La política y la estrategia de la CBCI se encuentran claramente en la *Política Sanitaria de la Iglesia* en India, que ha sido enviada a todos los obispos y a las instituciones sanitarias católicas del país. Llama la atención acerca de una "corrección de las costumbres permisivas y de la promiscuidad sexual, y la necesidad de educar a las personas en lo que concierne el SIDA". Los puntos salientes de la política y de la estrategia son (CBCI: 1992) los siguientes:

Política:

Nuestras instituciones proporcionarán cuidados amorosos y llenos de compasión a todos los enfermos de SIDA. Como están las cosas, la prevención es el único modo para contrarrestar el SIDA. Nos estimula a corregir las costumbres permisivas y la promiscuidad sexual y a prevenir la difusión a través de la sangre y de las jeringas y a dirigir la atención a los grupos de elevado riesgo.

Estrategia:

a. Crear una toma de conciencia del problema y educar a las personas acerca del SIDA.

b. Aceptar a los pacientes con SIDA; al mismo tiempo se deben tomar las debidas precauciones para que la enfermedad no se difunda inadvertidamente en los demás pacientes, en el público o en el personal sanitario.

c. Orientar a las personas a un comportamiento sexual regulado.

d. Promover la donación voluntaria de la sangre a través de donadores sanos, después de haber efectuado los tests para identificar el virus VIH, y desanimar a los donadores de profesión.

e. Usar agujas y jeringas estériles y ponerlas a disposición según la necesidad y posibilidad.

f. Mantener la reserva más estrecha en todos los productos de la sangre que certifican el test para identificar el VIH.

g. Colaborar en el programa nacional contra el SIDA.

La respuesta de la CBCI al VIH-SIDA: 1996

En 1996, la CBCI emitió su segunda declaración política sobre el VIH-SIDA, a la que luego se dio una amplia difusión. La declaración tenía como título "*La respuesta de la Conferencia de los Obispos Católicos Hindúes al VIH-SIDA*", a través de la cual ha animado a las instituciones católicas que trabajan en el campo de la educación para que se lance un *programa general de educación a la vida familiar*, con una información particular y completa sobre el VIH-SIDA. La declaración afirma que "ha llegado el momento para los educadores que trabajan en el campo de las instituciones católicas y para los padres para que sean cada vez más conscientes de los rápidos cambios de las perspectivas sociales de los jóvenes. Es importante y adecuado que nuestros hijos reciban respuestas inmediatas, puntuales y verdaderas a sus preguntas sobre el sexo, la sexualidad y el VIH-SIDA. La CBCI hace un llamado a todos los católicos para que *reconozcan los grandes valores que se encuentran en la Biblia y en las enseñanzas de la Iglesia* con respecto a la relación hombre-mujer, al plan de Dios en lo que se refiere a la procreación y la realización de su amor a través de la participación total e incondicional de una persona con el partner" (CBCI: 1996).

La política para el tratamiento de los pacientes con VIH-SIDA: 1997

El St. John's Medical College de Bangalore (el único College médico católico del país), ha propuesto su política para el tratamiento de los pacientes con VIH-SIDA que ha sido aprobada por la CBCI en septiembre de 1997. La política afirma: "*Una continua educación debería ser organizada por todas las categorías de empleados*, con especial énfasis con referencia a las personas que son a riesgo. Los objetivos de estas sesiones deberían hacer surgir la conciencia

de que el tratamiento de una persona afectada por el VIH no es peligroso si se toman las debidas precauciones" (St. John's Medical College: 1997).

La política de la CHAI sobre el SIDA

La Asociación Hindú de los Hospitales Católicos (CHAI) afirma en su declaración de 1994 (CHAI: 1994):

La CHAI se compromete en un programa para prevenir la difusión de la infección de VIH a través de un proceso de educación y training en todos los niveles y mediante el cuidado incondicional de los que están afectados.

La política de la CHAI pone su atención en los *valores éticos, sociales y espirituales* además que en las necesidades físicas y de curas, así como en las dimensiones de la justicia sin juzgar.

La CHAI y las instituciones que la componen promoverán *una educación que comprenda la sexualidad humana y los valores para una vida densa de significado* con comportamientos sexuales responsables.

Crítica

Un análisis sobre las arriba mencionadas declaraciones de las diferentes entidades de la Iglesia en India muestra que la Iglesia católica está respondiendo a los problemas concernientes al VIH-SIDA desde cuando esta enfermedad ha aparecido en el sub-continente hindú. La Iglesia y sus institu-

ciones educativas y sanitarias están muy preocupadas ante los asaltos del VIH-SIDA y están empeñadas para proporcionar a las masas en general y a los empleados en particular, una educación que se base en los valores, además de proporcionar tratamiento, cuidado y sostén espiritual a los que ya han sido infectados por el VIH y a sus familiares con recursos limitados, tanto financieros como en lo que respecta a la experiencia personal.

Otras intervenciones educativas basadas en los valores

Publicaciones

La comisión de la CBCI para la Salud ha preparado y publicado material impreso sobre el VIH-SIDA, proporcionando una política de trabajo y de líneas-guía para los sacerdotes, los religiosos, los educadores y otras personas. Algunas de dichas líneas-guía son:

a. *HIV y pastoral*: comprende 14 capítulos, un glosario, una bibliografía y detalles referentes a los Centros de control del HIV y a los Centros zonales para los test sobre la sangre en el país. Este libro ha sido escrito teniendo presente la perspectiva bíblica, particularmente el Nuevo Testamento. El libro ha sido escrito por un sacerdote y por un laico, está comentado por un teólogo moral y tiene una introducción del Presidente de la CBCI, S.E. Revma. Alain de Lastic, Arzobispo de Delhi.

b. *Prevención del VIH-SIDA: Un libro de texto para la escuela*. Comprende 12 capítulos con 5 ejercicios en cada capítulo bajo forma de roles, debates, discusión en grupo y otras actividades para que se desarrollen durante las clases. Contiene cierto número de ilustraciones y ha sido preparado teniendo en cuenta los valores morales, sociales, culturales, espirituales y de la familia. Este libro es disponible en dos idiomas: inglés e hindi.

c. *El HIV/SIDA, la educación sexual y la vida familiar*. Ha sido preparado con la colaboración de expertos de varios campos, como médicos, psicó-



logos, agentes sociales, consultores y otros especialistas. El volumen quiere ayudar a las instituciones educativas a desarrollar los programas de estudio basados en los valores en los campos arriba mencionados, según las necesidades locales.

d. Una publicación sobre: *SIDA: llamado de la CBCI a la prevención y al control del VIH-SIDA*. Ha sido preparado para que se distribuya gratuitamente entre las personas durante encuentros, conventions, programas de formación, etc. En vista de la demanda, la publicación ha sido impresa con algunas modificaciones con el título “*Un llamado a la prevención y al control del VIH-SIDA*”. El librito contiene valores morales y espirituales.

La colaboración con la National Open University

La CBCI ha llegado a un acuerdo con la *Indira Gandhi National Open University* (IGNOU) para desarrollar y lanzar programas de estudio sobre el VIH-SIDA, la educación a la vida familiar y el servicio social en más amplio interés de maestros, personal médico, padres, funcionarios de ONGs, etc. y sean difundidos en el país.

La Universidad ha iniciado el proceso desarrollando un programa de estudio certificado sobre “*VIH y Educación Familiar*” para que sea divulgado a través de un sistema de aprendizaje a distancia. Es la primera vez que una Universidad hindú (India tiene cerca de 250 universidades) desarrolla y lanza un programa acerca de este tema. Los destinatarios se cuentan por miles.

Es de gran satisfacción poder referir que la Universidad ha apoyado la posición de la Iglesia en lo que concierne el acercamiento y las estrategias para la prevención del VIH-SIDA en el país.

Entre los miembros que forman parte del Comité de expertos constituido por la Universidad se encuentran varios cristianos (sacerdotes, teólogos morales y otros eminentes académicos). El programa que han desarrollado cuenta con la aprobación de la Universidad y

está en línea con la posición de la Iglesia sobre los temas morales y los valores.

Tengo el placer de afirmar que IGNOU ha aceptado el volante titulado “*Guía para el estudiante a la prevención del VIH-SIDA*”, preparado por la única facultad católica de dicha Universidad. También este volante sostiene los valores morales, sociales y familiares y cuenta con la aprobación de la NACO y de la OMS. En efecto, tanto la NACO como la OMS se han demostrado de acuerdo para imprimir este volante, que ha sido expedido por la Universidad a un total de 800,000 estudiantes.

En síntesis, podemos afirmar que el acercamiento seguido por la Iglesia en India en áreas muy delicadas como el VIH-SIDA y la educación Familiar, está obteniendo la venia de las instituciones académicas del país. Todavía se puede hacer mucho si habrán fondos suficientes para iniciativas de este género.

Estudios sobre iniciativas a nivel diocesano

La Comisión para la Salud de la CBCI ha emprendido un estudio en el país para conocer las iniciativas tomadas por las 144 diócesis con respecto a la prevención y al control del HIV-SIDA. Con este fin, se ha redactado un cuestionario para poner de relieve varios aspectos del programa, como la información sobre el VIH-SIDA, la educación a la vida familiar, la toma de conciencia del SIDA, programas de capacitación, seminarios, rehabilitación, equipos para el tratamiento, cura, sostén, consejos



e instrumentación para los test VIH, etc. Este cuestionario ha sido expedido a todos los obispos y las respuestas están llegando abundantemente. Esperamos que este estudio será completado dentro de seis meses. Teniendo en cuenta los datos recopilados, quisiera presentarles un par de casos de estudio referentes a experiencias iluminadoras de algunas de nuestras instituciones comprometidas en el trabajo sobre el VIH-SIDA.

Casos de estudio

St. John's Medical College de Bangalore

El St. John's Medical College se encuentra en Bangalore, que es la capital del estado de Karnataka, en el sur de India. Se encuentra en la Archidiócesis de Bangalore.

Cuando el Consejo Hindú de Investigación Médica (ICMR) comenzó la creación de centros nodales en todo el país a fines de los años 80, el St. John's rehusó ser uno de estos. Sólo en 1990 el hospital introdujo el laboratorio de análisis ELISA para el VIH-SIDA ya que el análisis para el VIH se volvió obligatorio en el país.

Se proporciona a las personas un asesoría antes del test sanguíneo, que es llevada a cabo y protegida de manera confidencial. Incluso cuando un paciente es dado de alta, la ficha respectiva menciona sólo que sufre una infección humana retroviral.

El primer caso de SIDA se diagnosticó en 1989 y se destinó una sola cama en la sección aislamiento para el cuidado del paciente enfermo. A partir de 1992, el hospital comenzó a ocuparse de un número cada vez mayor de casos y ahora los pacientes son curados sin discriminaciones, ya no separados o aislados. A comienzos de 1992, se destinó una sala parto para madres infectadas de VIH. Ahora ya no hay una sala parto separada; se toman las precauciones adecuadas para prevenir la transmisión del VIH durante el parto.

El staff de enfermería y de asistencia no expresa aprensión por ocuparse de pacientes

con VIH, aunque muchos cirujanos manifiesten sus temores. Durante los últimos tres años, se han registrado en los médicos cinco heridas por aguja y todas han ocurrido por falta de precauciones o por cansancio. Los patólogos todavía rechazan efectuar la autopsia a pacientes que han muerto por el VIH-SIDA.

El departamento para el trabajo social proporciona los tipos de asistencia a los pacientes y a sus familias, como encontrar un trabajo, un alojamiento, un apoyo psicológico y a veces incluso una ayuda económica para que enfrenten necesidades urgentes.

La educación continua del staff sobre el VIH-SIDA es un aspecto importante en el St. John's. Se realizan cursos regulares para médicos y paramédicos, que trabajan no sólo en este hospital, sino también para el staff de instituciones médicas y otras que operan en campo sanitario.

Para coordinar e impartir directivas al programa sobre el VIH-SIDA, el St. John's ha establecido una célula SIDA, que comprende físicos, microbiólogos, dermatólogos y psiquiatras. Cuenta además, con un grupo consultivo, formado por miembros de la administración y de los responsables de los principales departamentos. Ellos se reúnen periódicamente para revisiones y para planificar el futuro.

Shalom – un centro de rehabilitación

Shalom es un centro para la rehabilitación de personas que abusan de sustancias estupefacientes (la mayoría de las cuales son infectadas por de VIH) y para suscitar una toma de conciencia sobre el VIH-SIDA. Se encuentra en Dimapur, en la diócesis católica de Kohima, en el estado de Nagaland, en el noreste de India. Nagaland y su cercano estado de Manipur reúnen respectivamente el mayor número de drogadictos y de casos de VIH+ del país.

La fácil disponibilidad de las drogas a un precio relativamente económico es la causa principal para esta costumbre mortal entre los jóvenes de la

región. Se trata de región que marca el límite para pasar al Triángulo de Oro, la tradicional vía del tráfico de droga global.

Se considera que cerca del 2,4% de la población total del Nagaland es dependiente de drogas, sin contar los que abusan de alcohol y de otros tipos de drogas ligeras. La mayoría de estos drogodependientes utiliza I.V.

Shalom tiene la posibilidad de aceptar 20 pacientes cada vez. Aprovechan el tratamiento y pueden seguir un programa por cerca de 6 meses. Se proporciona, además, un servicio de asesoría para los alcoholizados que se encuentran en la prisión central de Dimapur y una ayuda médica profesional de parte de los médicos residentes y del staff del cercano centro sanitario.

Durante los últimos siete años de su creación, Shalom ha tenido como prioridad proporcionar tratamiento y rehabilitación a los VIH+ indigentes y a los drogadictos que no podrían afrontar el costo del tratamiento.

La característica única de Shalom es que se emplean tres ex-drogadictos en calidad animadores y asesores. Además de ellos, hay otros ex-drogadictos que han gozado del tratamiento y que trabajan en otros centros de recuperación y en el consultorio. La experiencia ha demostrado que estos animadores son muy eficaces para proporcionar servicios de rehabilitación y consejos a otros pacientes.

Durante el breve espacio de tiempo de su acción, Shalom ha extendido sus programas educativos y de toma de conciencia a unas veinte escuelas, colleges y grupos juveniles del noreste, organizando espectáculos cinematográficos sobre droga y el VIH y mesas redondas.

Shalom está ofreciendo también un programa para el aprendizaje a distancia, que comprende 8 clases sobre el abuso de drogas y sobre el VIH-SIDA. En este programa participan más de mil estudiantes. Shalom proporciona también con regularidad mesas redondas para el training sobre VIH y la drogadicción a sacer-

dotes, religiosos, profesores de escuelas y de colleges, médicos profesionales y otros agentes en campo juvenil. Asimismo, Shalom tiene programado introducir también un recorrido de training vocacional para los drogadictos que han gozado del tratamiento y para los que se encuentran en diferentes niveles del proceso de rehabilitación.

Los esfuerzos de Shalom en esta parte del país parecen tener un razonable éxito en lo que se refiere a la intervención en el campo de la prevención y del control del VIH-SIDA y de la drogadicción.

Snehadaan: Casa de la Caridad de San Camilo

Snehadaan pertenece a la Sociedad de la Orden de San Camilo. Los Camilianos están presentes en 3 estados de India desde 1980. La organización tiene una opción preferencial por el cuidado de las personas con VIH-SIDA y como resultado de esto, Snehadaan comenzó formalmente su actividad el 14 de julio de 1997 en Bangalore.

Snehadaan tiene una visión profética para los que viven con el VIH-SIDA, considera que existe una esperanza incluso después que un ser humano es diagnosticado VIH+. La prognosis depende de manera significativa del modo como es tratado el enfermo por los servicios sanitarios. Los que son admitidos a Snehadaan son animados para formar parte de la familia en la que cada individuo puede amar y ser amado por los demás miembros de la comunidad. Por esto, cada residente es aceptado teniendo en cuenta el propio carácter y se convierte en parte de toda la comunidad.

Snehadaan acepta a estos enfermos como prioridad para el cuidado, en cualquier estadio de la enfermedad se encuentren. Sin embargo, se da cierta preferencia a los que están más enfermos, a las personas que ya han sido devastadas por la enfermedad. La comunidad de Snehadaan ofrece curas 24 horas sobre 24 y trata todo tipo de enfermedad conexas con el VIH. Ofrece también un sostén al ambiente familiar de la persona cuando es inadecuada.

cuado, cuando la puede poner en riesgo o simplemente no existe.

Snehadaan es una residencia para quienes tienen necesidad de alojamiento y recuperación mientras son curados. Actúa como una casa a mitad camino después que un individuo ha sido dado de alta del hospital y no puede regresar a su ambiente familiar. Ambos aspectos de la cura proporcionan intervenciones inmediatas para un disturbio de menor o mayor entidad que pueda ocurrir en el curso de la enfermedad. Proporciona seguridad a los residentes. Especial atención se concede a las personas que necesitan de una rehabilitación física. Asimismo, Snehadaan proporciona cuidados paliativos (de tipo 'Hospice') para los que se encuentran en el estado terminal de su vida. Esta última es considerada como una prioridad. Snehadaan tiene una visión de la existencia digna para los que viven con el VIH. Esto significa ayudarles a aceptar con dignidad sus privaciones: ya sean de tipo físico, familiar, psicológico, financiero o emotivo.

En línea con sus valores principales, Snehadaan promueve una visión holista de los cuidados y hace todo esfuerzo posible para la máxima rehabilitación. La vida de los enfermos de SIDA en Snehadaan es programada para crecer moral, espiritual y socialmente, en el límite de sus capacidades. Cada persona es tratada como un individuo único, con la capacidad de cambiar y de controlar su vida. Al término de la permanencia de la persona en Snehadaan, se busca y se estimula animadamente la reinserción social y la reconciliación familiar.

Snehadaan siente que la necesidad más urgente es la de enseñar a las familias y a las comunidades como curar a estos enfermos. Además, el personal es estimulado constantemente para realizar programas de formación adecuados a las necesidades de una Organización no gubernamental o gubernamental: Escuelas de Enfermería, Radiólogos, estudiantes del Instituto de Management, agentes de Pastoral Sanitaria, grupos que trabajan en Hospice, etc. Los Camilia-

nos están proporcionando un maravilloso servicio a los pacientes de SIDA.

Otras tentativas parecidas

Varias comunidades religiosas y diócesis están trabajando de diferente modo en el campo del VIH-SIDA. Les proporcionamos ahora una breve nota sobre algunos de sus experimentos.

Casa de Santa Catalina: Snehalia

Snehalia, en Bombay, se ocupa de la cura y de la rehabilitación de los niños nacidos de madres con VIH-SIDA. Están alojados 24 niños, casi todos con problemas físicos y mentales. Tres de ellos han resultado negativos al test. Algunos de ellos que han resultado negativos al test del VIH han sido adoptados, o han regresado a su casa o de sus parientes. Los cuidados de tipo 'home care' y la aceptación son las estrategias principales adoptadas por las religiosas en esta casa dedicada a la cura y rehabilitación.

Sneba Bhawan

Sneba Bhawan se encuentra en Imphal, la capital de Manipur, en el noreste de India. Se proporcionan curas y un sostén a las mujeres drogadictas y a las seropositivas. La mayoría de las huéspedes tiene entre 15 y 25 años. Sneba Bhawan proporciona un servicio de consultorio, 'home care' y otros servicios de rehabilitación a pacientes mujeres. A casi todas las huéspedes de esta casa se les ha detectado el VIH+ en el test al que han sido sometidas.

Hospital del Redentor: Theni

El Hospital del Redentor se encuentra en el estado de Tamil Nadu, en el sur de India. Las religiosas están comprometidas en un modo particular para difundir la toma de conciencia de la realidad VIH-SIDA. Su punto de entrada es a través de la comunidad de los peluqueros. Más de 200 peluqueros están asociados con el

proyecto de difusión de la toma de conciencia del VIH-SIDA. Los hombres se acercan al peluquero al menos una vez cada dos meses. Por esto es un modo cierto de alcanzar cada casa a través de este medio.

El programa de intervención sobre el VIH-SIDA en Theni integra también el programa sanitario de reproducción así como aquel para el control de la TBC, en colaboración con el gobierno. Las religiosas de Theni trabajan también con grupos nómadas, los choferes, los trabajadores en construcción y los agentes del sexo.

Experiencia, resultados y límites

El análisis de algunas de las respuestas iniciales recogidas desde varias partes del país muestran que nuestros proveedores de curas sanitarias, los maestros, los agentes sociales, los sacerdotes y los religiosos han alcanzado, en su trabajo en el ámbito del VIH-SIDA experiencias ricas y variadas. Las metodologías y la estrategia de intervención adoptadas comprenden: los servicios de consultorio, la terapia ocupacional, el yoga y el ejercicio físico, la toma de conciencia, la educación, la formación vocacional, programas recreativos, la atención espiritual y el apoyo emotivo.

Muchas de nuestras instituciones están comprometidas en una red operativa a través de la organización de grupos de sostén para las personas VIH+, encuentros de grupos de cura y sostén en los hospitales, un tema para las curas en casas-familia, cuidados institucionales descentralizados, compartición de informaciones y la difusión de conocimientos a personas con diferentes tipos de vida.

Algunos límites y áreas que requieren una mejora son:

- a. Dificultad para encontrar fondos a largo plazo.
- b. Falta de disponibilidad de medicinas a un precio asequible.
- c. Actitud indiferente de los hospitales y de los staff.
- d. Dificultad en el monitoreo

de los miembros familiares y de los proveedores de cuidados.

e. Rehabilitación y el descargar el peso en la comunidad.

f. Falta de participación y de aceptación de parte de la comunidad.

g. Stress de parte del staff, etc.

Sugerencias

La Iglesia en India ha iniciado cierto número de programas en el país para la prevención y el control del VIH/SID, especialmente en las áreas donde los problemas han comenzado a surgir. Sin embargo, la amplitud geográfica del área, la extensión de la población, los recursos limitados, los sistemas sanitarios con escasas inversiones y poco personal, y las diferentes necesidades de los enfermos, han planteado a la Iglesia la tarea casi insuperable de dar una respuesta inmediata. Algunos de los aspectos sobre los que la Iglesia debe responder inmediatamente son:

a. Es necesario crear una "política común" fuerte, de amplio alcance y factible para confrontar en el país el problema del VIH-SIDA. Actualmente, varias entidades de la Iglesia han expuesto sus políticas. Esta necesidad debe integrarse con un acercamiento holista que, entre otros, comprenda: los grupos socialmente menos favorecidos, las mujeres, los jóvenes, las comunidades parroquiales, etc.

b. Es necesario desarrollar estrategias de trabajo que deberán coprender adecuadamente: la comparticipación de experiencias a nivel nacional, regio-

nal, diocesano y parroquial. Existe la urgente necesidad de movilizar los recursos (para proyectos a breve y a largo plazo) en lo que concierne fondos, conocimientos de expertos y equipos infraestructurales.

c. Para perfeccionar adecuadamente las políticas y las estrategias, la Iglesia debe capacitar a un amplio contingente de personal entre los agentes sanitarios, los maestros, los agentes sociales y los consultores, etc.

d. La Iglesia en India debe discutir e idear planes para enfrentar la eventualidad de que un número cada vez mayor de niños permanezcan huérfanos, que nazcan más niños VIH+, que cada vez más las esposas sean infectadas y haya un número cada vez mayor de muertos por VIH-SIDA.

e. No es suficiente decir que el proyecto de la Iglesia se limita a su fuerte oposición a la 'cultura del preservativo y a las campañas para el sexo seguro'. Ella debe propagandar sus estrategias, las propias políticas, los resultados y las experiencias de un trabajo con las personas afectadas de VIH que ha traído frutos en todo el país, sin adoptar prácticas inmorales.

f. La Iglesia en India y la Iglesia mundial, deben educar a sus miembros a no dejarse transportar por aquellos consejos y enseñanzas que son contrarios a los valores humanos, a aquellos éticos y a la justicia social y que están planteando un desafío a la estructura de nuestra comunidad católica.

El reciente informe de UNAIDS de junio de 1999 afirma en las páginas 35-36: "Los opositores de las campañas a favor del sexo seguro han diseminado una mala información sobre el preservativo – uno de los medios más eficaces para contrarrestar la transmisión del VIH – aduciendo que no actúa y que contribuye a la difusión del VIH. Hay necesidad de defender obstinadamente y contrarrestar argumentos no científicos y para sostener los gobiernos y las instituciones que hacen efectiva su práctica". *¿Tiene la Iglesia una respuesta a esta afirmación? ¿Es verdad que ignoramos estos argumentos?*

Resumen

Los informes redactados y publicados en varias 'conventions' nacionales e internacionales indican que entre todas las naciones India tiene el más elevado número de individuos afectados de VIH. Se ha aducido que India tiene el equívoco primado de ser la capital del SIDA en el siglo XXI. La inexorable difusión del VIH-SIDA en el país de los últimos años ha revelado sus graves consecuencias para la salud y las costumbres comportamentales de las personas de cada tipo.

En la ausencia de un fármaco para la cura y de una vacuna para la prevención, la educación es la única opción efectiva para contener una ulterior difusión del VIH. La Iglesia en India y la Comisión Sanitaria de la CBCI en particular, han emprendido la misión de afrontar esta cuestión promoviendo una *educación basada en los valores*, no obstante sus propios límites, especialmente de tipo financiero. Se espera que la Iglesia en India continúe sus esfuerzos para detener la ulterior difusión del virus del SIDA a través de la *educación basada en los valores* y en las campañas para una toma de conciencia. La Iglesia debe hacer también una introspección referente a sus políticas, a las estrategias y a las metodologías adoptadas para la mejora de los diferentes programas, de manera que se tomen adecuadas medidas para afrontar cualquier eventualidad futura.

Dr. GRACIOUS THOMAS
Coordinador del Programa
VIH y Educación Familiar
Indira Gandhi National
Open University
Nueva Delhi, India

Bibliografía

- CBCI (1992). *Health policy of the Church in India: Guidelines*, CBCI, New Delhi, p. 24.
- CBCI (1996). *The Response of the Catholic Bishop's Conference of India to HIV/AIDS*, CBCI Centre, New Delhi.
- CHAI (1994). *Policy on AIDS*. The Catholic Hospital Association of India, Secunderabad, p. 2.
- CHAI (1999). *Proceedings of the consultation of Church Bodies in India on HIV/AIDS*. CHAI, Secunderabad.
- GANGURDE, R.P. (1994). *Action plan for preventing and controlling AIDS*



with the help of University and college community (letter D.O. No. F. 291/93 (NFE-I dated March 1994), U.G.C., New Delhi.

INDERJIT, SABINA (1994). "No to sex Education in School", T 01, New Delhi, 22 September.

LEBEL (Most. Rev. Robert Lebel 1988). *AIDS: Is there a Catholic Response?* (extracts from the text of an address given by His Grace, Bishop of Valleyfield and Vice President of the Canadian Conference of Catholic Bishops, at the 1988 CHAC Annual Convention) Chac Review, Summer 1988.

MANORAMA (1994). *India and the states: The principal lang ages (The Manorama Year Book)*, Malayala Manorama, Kottayam.

NACO (1998). Country Scenario 1997-98, National AIDS Control Organization, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India, New Delhi, p.1.

NACO (1999). *AIDS update* (reported to NACO by the 32 States and Union

Territories every month), NACO, New Delhi, September.

OUSEPARAMBIL, SEBASTIAN (1999). *St. John's Experience with AIDS: Achievements, failures and aspirations*. (paper presented at the consultation of Church Bodies in India on HIV-AIDS organized by Catholic Hospital Association of India in New Delhi on 28-29 April 1999).

Panos Dossier (1990). *The 3rd Epidemic-Repercussion of the fear of AIDS*, The Panos Institute, London, pp. 5-6.

SIV LAL (1993). *Preventing AIDS: Educating youth to protect themselves from infections*, Swasth Hind, (Nov-Dec) Central Health Education Bureau, New Delhi, p. 270.

SHIV, LAL AND DR. SENGUPTA (1995). *HIV-AIDS pandemic: The Indian context*, in AIDS in India, NACO, New Delhi.

St. John's Medical College (1997). *Policy for management of HIV/AIDS patients*, Bangalore, p. 9.

THOMAS, GRACIOUS & V. RANGA (1995). *Prevention and Control of AIDS*

Through Distance Education. In: "One World, Many Voices (Conference paper): 17th World Conference for Distance Education, Birmingham, 26-30 June 1995.

THOMAS, GRACIOUS (1996). Concept paper on establishment of a 'Teaching, Research and Extension Centre for AIDS Programme' at Utkal University (Unpublished), Bhubaneswar.

THOMAS, GRACIOUS (1998). "Need for programmi of study on AIDS and Family Education" in Contemporary Social Work, Lucknow University, vol XV April, pp. 37-44.

THOMAS, GRACIOUS (1998). *Situation of AIDS in India: Strategies for prevention* (Thesis for Doctor of Letters), Utkal University, Bhubaneswar, p. 212.

THOMAS, GRACIOUS AND PEREIRA GEORGE (1999). *HIV and Pastoral Care*, CBCI Commission of Health, New Delhi, p. 76.

UNAIDS (1999). *The UNAIDS Report - A joint response to AIDS*, UNAIDS, Geneva, Switzerland, p. 16

III: España, la fundación *Dimensió SIDA*

1. Introducción

La Fundación *Dimensió Sida* de Barcelona agradece cordialmente a la Conferencia Episcopal Española el haberle confiado su representación en este Congreso sobre el Sida, organizado por el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud (Ciudad del Vaticano, 9-11/12/99).

Queremos dejar constancia – para evitar posibles confusiones – que la Fundación *Dimensió Sida* no depende de ningún modo de la Conferencia Episcopal Española ni de ninguna otra entidad de la Iglesia Católica o de otra institución. Somos una fundación *privada y civil* (no eclesial), de inspiración cristiana, con ámbito interreligioso, legalmente constituida en España y en Cataluña. Somos, simplemente, una Organización No Gubernamental de Servicio en Sida (ONG-SIDA) con las ventajas e inconvenientes que ello supone.

El SIDA, tres epidemias

Hemos de partir de la base de que el SIDA comprende tres epidemias distintas aunque interdependientes:

1) epidemia del VIH (infección)

2) epidemia del SIDA (enfermedades oportunistas)

3) epidemia del impacto psicológico y rechazo social que afecta a las personas que viven con VIH-SIDA.

Conviene recordar los datos epidemiológicos del VIH-SIDA en el mundo, con el gran desnivel entre los países llamados desarrollados y los países en vía de desarrollo. Es evidente que se han de establecer intercambios y políticas realistas de colaboración y ayuda entre los países, especialmente con los que se hallan en mayores dificultades.

España es el país europeo con más casos de SIDA "declarados"

La situación de casos de SIDA "declarados" en Europa nos muestra que España es el país europeo con más casos, duplicando los casos de los países con más incidencia, como Italia y Suiza, y triplicando los de Francia.

2. El SIDA, un reto para las Iglesias

Atención pastoral en SIDA de la Iglesia en España

La atención pastoral de la

Iglesia Católica en España sobre el SIDA se realiza básicamente en:

- 1) Delegaciones diocesanas de Pastoral de la Salud
- 2) Cáritas diocesanas
- 3) Congregaciones religiosas
- 4) Atención religiosa en hospitales
- 5) Cristianos/as en ONG-SIDA.

ICASO

Con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa ONU-SIDA, existe un organismo internacional llamado ICASO (International Council of Aids Service Organizations = Consejo Internacional de Organizaciones de Servicio en Sida) que promueve a nivel mundial la acción voluntaria ciudadana de las Organizaciones No Gubernamentales de Servicio en Sida. Tiene una sencilla estructura en los cinco continentes.

II Congreso internacional de ONG-SIDA (París, 1-4 noviembre 1990)

En los días 1-4 de diciembre de 1990 se celebró en París la II Conferencia Internacional de Organizaciones No Guber-

namentales de Servicio en Sida (ONG-SIDA) con el lema “Políticas de solidaridad”. Participaron 1.200 personas de 80 países del mundo, entre las cuales había un notable número de personas que vivían con el VIH-SIDA.

El grupo de trabajo “Religión y Sida” elaboró una recomendación que fue presentada a la Asamblea de clausura y fue ampliamente aprobada por los asistentes. Fue un grito de alerta a las diversas religiones y confesiones religiosas del mundo. El texto dice así:

“Los participantes en la II Conferencia Internacional de Organizaciones No Gubernamentales de Servicio en Sida (ONG-SIDA), *Políticas de solidaridad*, creyentes, cristianos de diversas iglesias y ateos, manifiestan a los miembros de estas iglesias y a sus autoridades:

1) Que las personas que viven con el virus del SIDA esperan cada vez más la ayuda de los creyentes en la búsqueda de sentido de vida y en el acompañamiento espiritual.

2) Que si bien es cierto que a veces reciben esta ayuda, frecuentemente encuentran en las iglesias incompreensión, desconfianza o rechazo.

3. Afirmamos que el SIDA no es un castigo ni un don de Dios, sino una enfermedad que implica un riesgo:

- el riesgo de vivir positivamente en un mundo afectado por el virus del SIDA,
- el riesgo de compartir los recursos en una sociedad fundamentalmente desigual,
- un reto para la verdad y el espíritu,
- un reto para las iglesias”.



ICAN (International Christian Aids Network)

En el ámbito cristiano y ecuménico existe ICAN (International Christian Aids Network = Red Internacional de Cristianos y Sida) que tiene actualmente su sede en Amsterdam. Agrupa Organizaciones No Gubernamentales de diversos países del mundo que trabajan en el campo del SIDA, tomando como punto de referencia el mensaje evangélico.

3. Naturaleza y objetivos de la Fundación Dimensió Sida

Es desde la perspectiva y la libertad de ser una ONG/SIDA y miembro de ICAN que la Fundación Dimensió Sida de Barcelona presenta en este Congreso del Vaticano su aportación sobre *Experiencias y perspectivas en la prevención del VIH-SIDA: educación de valores*.

Naturaleza

La Fundación Dimensió Sida se creó en Barcelona el 7 de marzo de 1995. Es una fundación privada, civil (no eclesiástica), de inspiración cristiana y con ámbito interreligioso.

Objetivos

Los objetivos de la Fundación Dimensió Sida son:

1. Estimular la *dimensión interior, espiritual*, de las personas que viven con el virus del SIDA, respetando su trayectoria particular.
2. Fomentar la sensibilidad y la actuación de las *diversas Iglesias y Confesiones Religiosas* en:
 - la *acogida* de las personas afectadas,
 - el *acompañamiento espiritual* que piden o necesitan los propios afectados y sus familiares y amigos,
 - la *solidaridad* y convivencia entre personas de distintas opciones de vida,
 - la *prevención* de la infección.
3. Recopilar y publicar *material de información y documentación*, especialmente so-

bre *Espiritualidad y Sida*, que pueda ayudar a personas, grupos, iglesias y confesiones religiosas.

4. Llevar a cabo *otras actividades* convenientes, sobre todo respecto a los *jóvenes*, y *colaborar* con las Administraciones Públicas y las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs).

4. Valores y actividades de la Fundación Dimensió Sida

Varios de los actuales miembros de la Fundación *Dimensió Sida* hemos trabajado en diferentes organizaciones y actividades en VIH-SIDA desde 1985. La Fundación Dimensió Sida se creó en 1995 para aunar esfuerzos en la consecución de unos valores que creemos fundamentales. Señalamos a continuación los valores que nos guían y las actividades principales con las que los fomentamos y difundimos.

Valor 1: CORAJE

La pandemia del VIH-SIDA pide a todos – y también a la Iglesia Católica y a las iglesias y confesiones religiosas – CORAJE para ver la realidad en sus múltiples facetas.

Hablar de SIDA en nuestras iglesias

En un cartel de “Chrétiens et Sidá” de Francia hay una inscripción que dice: *SIDA, nous en pouvons parler aussi dans nos églises* (SIDA, nosotros también podemos hablar en nuestras iglesias). Ningún aspecto del VIH-SIDA ha de ser ajeno a la Iglesia.

Actividades valor 1:

La Fundación *Dimensió Sida* procura hacer frente a la triple epidemia del VIH-SIDA con diversas actividades. Algunas nos han pedido y exigido un notable CORAJE. Señalamos dos de ellas que destacan por su repercusión pública:

1) *Publicación “Iglesia de Cataluña y el Sida” (1997).*

Elaboración y publicación

del libro en catalán: *L'Església de Catalunya i la Sida: experiències, reflexions i propostes (la Iglesia de Cataluña y el Sida: experiencias, reflexiones y propuestas)*.

El libro tiene tres grandes partes:

- Una REALIDAD de nuestro tiempo
- Unas PERSONAS opinan, actúan y viven
- Unos SERVICIOS de atención, acompañamiento y sensibilización.

2) *Informe presentado y expuesto en el Vaticano (1998)*.

Elaboración y publicación del Informe presentado en la reunión del Grupo Sida del Vaticano (18-19 diciembre 1998) en representación de la Conferencia Episcopal Española: *Acción pastoral en VIH-SIDA de la Iglesia Católica en España*.

El Informe consta de:

- Aspectos epidemiológicos y sanitarios
- Aspectos psicológicos y sociales
- Aspectos pastorales y acción de la Iglesia
- La Fundación *Dimensió Sida*
- Anexos.

El Secretario de la Conferencia Episcopal Española, Mons. Asenjo, envió copia de dicho Informe a cada uno de los obispos de España. Posteriormente, la misma Conferencia Episcopal nos pidió que enviáramos un ejemplar del Informe a los Delegados de Pastoral de la Salud de cada uno de los obispados de España. La Fundación *Dimensió Sida* lo hizo gustosamente, con notable esfuerzo económico.

Valor 2:
ESCUCHAR a los científicos y profesionales

Otro de los valores que constantemente estamos fomentando es el de ESCUCHAR a los que saben sobre el VIH-SIDA en el campo de la epidemiología, la medicina, la psicología, la sociología, los derechos humanos, etc. Procuramos estar atentos a las continuas aportaciones de científicos y profesionales en distintos aspectos de esta pandemia.

Estamos en contacto permanente con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con ONUSIDA, y también con personas y organizaciones nacionales e internacionales.

Actividades valor 2:

Señalamos dos actividades principales referentes a este valor 2:

1) *SIDA, los Hechos, la Esperanza*

Algunos de los miembros de nuestra Fundación fueron los promotores de la traducción, publicación y difusión en catalán y en castellano, en 1993, de la obra del Profesor Luc Montagnier, descubridor del VIH en el Instituto Pasteur de París, titulada *SIDA, los Hechos, la Esperanza*.

Tiene tres apartados:

- El virus del SIDA y su transmisión
- La infección por el VIH y su tratamiento
- La prevención.

2) *Edición y dilución de un millón de ejemplares*

La banca “La Caixa”, que tiene muchísimas sedes en Cataluña y en toda España – y también algunas en el extranjero – acogió nuestro trabajo e hizo una edición de un millón de ejemplares (500.000 en catalán y 500.000 en castellano) de *SIDA, los Hechos, la Esperanza*, que distribuyó gratuitamente a sus clientes, escuelas y organizaciones juveniles. La Fundación *Dimensió Sida*, como muchas otras ONG/SIDA, utiliza este material en conferencias y charlas de formación.

¡Escucha tú!

La ciencia y cuantos trabajan en la investigación, el tratamiento y la prevención del VIH-SIDA dan un grito de alerta *¡Escucha tú!* a los ciudadanos/as, las asociaciones, las instituciones civiles y religiosas – y también a la Iglesia – sobre los datos de la ciencia y de la experiencia que invitan a un cambio de actitudes y de comportamientos de riesgo. Conviene estar atentos a las nuevas aportaciones científicas en este campo sin certarse en concepciones y actitudes trasnochadas.

Valor 3:
CONDUCTAS científicamente “saludables”
(Diálogo interdisciplinario)

Muchos ciudadanos y también miembros de la Iglesia Católica y de otras iglesias han dado y están dando, en distintas partes del mundo, un gran testimonio de solidaridad y fraternidad en la atención de personas que viven con VIH-SIDA. Existen en todas partes residencias para afectados de VIH-SIDA – llevadas por religiosas, religiosos, sacerdotes y laicos – que merecen el reconocimiento y la felicitación de muchos.

Valor 4:
ACERCARSE a los que viven con el VIH-SIDA

En el Evangelio Jesús nos presenta la parábola del “Buen Samaritano” (Lc 10, 25-37) que es un modelo y ejemplo de actitud y conducta ante cualquier persona marginada y necesitada. Lo primero que debemos hacer es ACERCARNOS a estas personas donde sea que se hallen.

“Pero un samaritano que iba de viaje, al llegar junto a él y verlo, sintió lástima. SE ACERCO y le vendó las heridas, después de habérselas curado con aceite y vino; luego lo montó en su cabalgadura, lo llevó al mesón y cuidó de él. Al día siguiente, sacando dos denarios, se los dió al mesonero, diciendo: *Cuida de él, y lo que gastes de más te lo pagaré a mi vuelta*” (Lc 10, 33-35).

Juan Pablo II y los afectados del VIH-SIDA

El Papa Juan Pablo II nos ha dado numerosos ejemplos de ACERCARSE a las personas que viven con VIH-SIDA. Recordemos su visita pastoral a USA cogiendo en sus brazos a un niño con SIDA (1987) y en el Africa acercándose a muchos afectados.

Ciudadanos, creyentes y no creyentes, junto a afectados del VIH-SIDA

Numerosos ciudadanos – creyentes y no creyentes – están junto a afectados del VIH-SIDA. Diversos religio-

sos y religiosas, sacerdotes y laicos dedican notables energías a la atención y el acompañamiento de personas que viven con VIH-SIDA, especialmente a los más necesitados de la sociedad. Son una auténtica personificación del Buen Samaritano.

En este acercamiento lo primero que hemos de hacer es descubrir las heridas, el dolor, los sentimientos y los deseos de la persona a la que nos acercamos. Necesitamos, sobre todo, ver y escuchar. También son para nosotros las palabras de un enfermo a su médico:

Palabras auténticas de un paciente a su médico

Doctor, por favor, escúchame
sin juzgarme
sin evaluarme
sin etiquetarme.

Doctor, por favor, sé justo conmigo
y, para esto, sé justo contigo mismo
y ten serenidad.

Doctor, por favor, que para entenderme,
no te da miedo el silencio
y ofréceme tu paciencia:

yo encontraré el momento de mi palabra auténtica
cuando hable este cuerpo que no conozco bien,
cuyos dolores

a menudo esconden un gran sufrimiento.

Doctor, por favor, enséñame a arriesgarme
y a afirmar mis pasos en este camino fructuoso
donde tú caminas a mi lado
donde tú me enseñas a aceptarme.

Yo quiero curarme o, al menos, superarme.

Dra. Françoise RODARY
Docteur, si vous plat, coutez-moi!
Pour une médecine relationnelle
Editions Jouvence, Genève 1992

Actividades valor 4:

Señalamos cuatro principales actividades de la Fundación *Dimensió Sida* sobre su acercamiento a personas que viven con el VIH-SIDA.

1) Atención y acompañamiento personal

La Fundación *Dimensió Sida* atiende y acompaña a diversas personas con VIH-SIDA y a sus familiares y amigos que lo requieren. Algunos viven actualmente, pero otros han fallecido. Sus necesidades psicológicas y sus inquietudes espirituales y religiosas son objeto de especial atención.

2) Publicaciones sobre personas que han muerto de SIDA.

Como exponente de nuestra

labor de acompañamiento mencionamos dos publicaciones sobre personas que han muerto de SIDA. Hemos contribuido a ambas publicaciones porque hemos acompañado a estas personas en su proceso personal:

– Josep M. Mercader. *Búsqueda secreta*

– Joan Ferrer i Sisquella: *SI-DA ¿estímulo de vida?*

3) Memorial Proyecto de los Nombres

También colaboramos con la asociación “Proyecto de los Nombres” que fomenta el recuerdo de los que han fallecido por el VIH-SIDA.

4) Guía para el acompañamiento pastoral de personas que viven con VIH-SIDA

El Consejo Mundial de Iglesias (Ginebra) publicó en inglés y en francés una Guía para el acompañamiento pastoral de personas que viven con VIH-SIDA.

Nuestra Fundación la ha traducido al catalán y castellano:

– *Guia per a l'acompanyament pastoral de persones que viuen amb VIH-SIDA*. Editorial Claret, Barcelona 1996.

– *Guía para el acompañamiento pastoral de personas que viven con el VIH-SIDA*. Gayata ediciones. Rubí (Barcelona) 1997.

Valor 5:

DERECHOS HUMANOS (justicia y solidaridad)

Constatamos muchas veces una falta e incluso violación de los derechos humanos en el trato con las personas que viven con el VIH-SIDA. Es necesario estar alerta, velar contra las discriminaciones que sufren dichas personas y defender sus derechos humanos.

Actividades valor-5

Señalamos una publicación sobre *Derechos humanos y VIH-SIDA*:

Publicación *Derechos humanos y VIH-SIDA*

Con motivo de celebrarse el día 10 de diciembre de 1998 el 50 aniversario de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (Ginebra, 10 diciembre 1948), la Fundación *Dimensió Sida* publicó el Cuaderno de Trabajo nº 4 (de 157

páginas) con el título *Derechos humanos y VIH-SIDA*.

La recopilación de los documentos que incluye esta publicación ha sido realizada por David Xancho, coordinador de nuestra Fundación. La publicación tiene tres partes y anexos.

Las tres partes son:

– Documentos generales sobre Derechos humanos

– Documentos específicos sobre VIH-SIDA y Derechos humanos

– Resolución del Parlamento de Cataluña sobre la garantía de la intimidad personal y de la confidencialidad en las pruebas diagnósticas del SIDA.

Los anexos son:

– Documento de las Naciones Unidas sobre la historia del reconocimiento de los Derechos humanos en VIH-SIDA (Nueva York y Ginebra, 1998).

– Mensaje de Juan Pablo II con motivo del 50 aniversario de la Declaración Universal de la ONU (*L'Osservatore Romano* nº 51, 18-12-98).

Fundación *Dimensió Sida*

Valor 6:

REFLEXIÓN RELIGIOSA

“El VIH-SIDA

signo de los tiempos”

Nuestra Fundación constata la necesidad de una mayor reflexión religiosa sobre el VIH-SIDA por parte de todos los integrantes de la Iglesia considerada como “Pueblo de Dios”. La pandemia del VIH-SIDA es un auténtico “signo de los tiempos” actuales. Dios nos habla a través de esta realidad dura y universal, nos invita a la solidaridad hacia los afectados y a la prevención de



la infección para evitar su expansión. Es por ello que recogemos documentos de la Jerarquía de la Iglesia y los acompañamos, a veces, de la reflexión y crítica de personas que viven con el VIH-SIDA.

Actividades valor 6:

Señalamos tres de las publicaciones de nuestra Fundación:

1) Juan Pablo II y el Sida (1987-1997)

Contiene 17 discursos y escritos del Papa Juan Pablo II sobre el SIDA durante los años 1987-1997: dos en Estados Unidos de América, siete en el Vaticano y ocho en África (Burundi, Madagascar, Malawi, Rwanda, Tanzania y Uganda). La introducción al dossier está hecha por una persona afectada desde 1989: "A mi hermano Juan Pablo II desde la vivencia del VIH-SIDA".

2) Declaración del Consejo Mundial de Iglesias (Ginebra, 1998)

Nuestra Fundación ha traducido y publicado en castellano la Declaración del Consejo Mundial de Iglesias, con sede en Ginebra, editada en 1998.

3) Obispos y Conferencias Episcopales del mundo sobre el Sida (1986-1999)

Cuarenta y nueve son los documentos que hemos recopilado y publicado provenientes de veinte países diferentes de los cinco continentes. Algunos de los documentos de obispos y conferencias episcopales del mundo sobre el SIDA sólo los ofrecemos en una lengua y otros en dos o tres lenguas. El total de documentos que presentamos, incluidas las diversas lenguas, es de setenta y seis.

Queremos dejar constancia que hemos transcrito todos cuantos documentos hemos podido conseguir en diversas revistas, bibliotecas y lugares. Por ningún motivo hemos hecho selección o exclusión alguna entre los documentos que han estado a nuestro alcance de obispos y conferencias episcopales del mundo sobre el SIDA. Nuestro trabajo pedía honestidad en la labor y respeto a la "colegialidad episcopal" con sus diversas manifestaciones. Hemos ac-

tuado con la libertad que pide cualquier búsqueda de material existente y que caracteriza los planteamientos y las actuaciones de la Fundación "privada y civil" *Dimensió Sida*.

El documento que en su tiempo tuvo más resonancia en la prensa internacional fue el de los obispos de Francia (cf. *Le Monde*, 13-2-96).

Valor 7:

PLEGARIA INTERRELIGIOSA

La Fundación *Dimensió Sida* cree profundamente en el valor de la plegaria, tanto individual como comunitaria. Jesús nos dice: "Pedid y recibiréis, buscad y encontraréis, llamad y os abrirán. Porque todo el que pide recibe, el que busca encuentra, y al que llama le abren" (*Mt 7, 7-8*). "Os aseguro que, si dos de vosotros se ponen de acuerdo en la tierra para pedir cualquier cosa, la obtendrán de mi Padre celestial. Porque donde están dos o tres en mi nombre, allí estoy yo en medio de ellos" (*Mt 18, 19-20*).

Actividades valor-7:

Destacamos dos actividades de plegaria comunitaria de nuestra Fundación:

1) Encuentro mensual de plegaria

Cada segundo jueves de mes realizamos un encuentro de plegaria para orar por las personas que viven con VIH-SIDA, por las que han fallecido y por sus familiares y amigos. También oramos para que todos los integrantes de la sociedad demos mayor pruebas de no discriminación, de respeto a los derechos humanos y de solidaridad fraterna.

Estos encuentros mensuales tienen lugar en la cripta de la Basílica de Santa María del Pi de Barcelona, a las 20,30 horas, para terminar a las 21 horas. Desde noviembre de 1995, que empezamos, hasta la actualidad (diciembre 1999), hemos realizado 45 encuentros mensuales. Normalmente participan unas 30 ó 40 personas.

2) Encuentro anual de plegaria interreligiosa sobre el SIDA

Con motivo del Día Mun-

dial del Sida (1º de diciembre) celebramos todos los años, desde 1996, un Encuentro de Plegaria Interreligiosa sobre el Sida con participación de representantes de diversas iglesias y confesiones religiosas.

El SIDA hace que muchas personas se encuentren solas, pero también une a anglicanos, budistas, católicos, judíos, musulmanes, ortodoxos, protestantes y gente de todas las creencias e inquietudes.

En 1999 hemos celebrado el IV de estos Encuentros con una participación de más de 1000 personas.

Valor 8:

COMUNICACIÓN Espiritualidad y Sida (página web)

La Fundación *Dimensió Sida* se ha especializado en el acompañamiento interior, espiritual, de las personas que viven con el VIH-SIDA y en la sensibilización de las fuerzas espirituales y religiosas ante esta pandemia. Para ello ha querido conocer, tener y poner al alcance de cuantos lo requieran el material existente sobre "Espiritualidad y Sida". Este material pide una comunicación e interacción.

Actividades valor 8:

Señalamos dos de nuestras principales actividades:

1) Centro de documentación y publicación "Espiritualidad y Sida"

Acompañamos en el anexo-1 la relación de publicaciones de nuestra Fundación en sus cinco apartados:

- a) Libros
- b) Documenta "Iglesias y Sida"
- c) Cuadernos de Trabajo
- d) Colección "Espiritualidad y Sida"
- e) Memorias de la Fundación y Proyectos prioritarios.

2) Página web "Espiritualidad y Sida"

Con la página web y el correo electrónico de nuestra Fundación pretendemos facilitar a los usuarios:

- Acceder a la documentación y a las publicaciones de la Fundación
- Conocer la Fundación
- Opinar acerca del material existente y disponible

- Comunicarse con la Fundación y sus usuarios
- Relacionarse con otras instituciones y páginas web que tratan el tema "*Espiritualidad y Sida*".

4. Síntesis y conclusión

Como síntesis de nuestra ponencia ofrecemos un resumen de los valores y de los ámbitos de actuación de la Fundación *Dimensió Sida*.

Resumen de valores

- Valor 1: CORAJE ante la pandemia del VIH-SIDA
- Valor 2: ESCUCHAR a los científicos y profesionales
- Valor 3: CONDUCTAS científicamente "saludables" (diálogo interdisciplinar)
- Valor 4: ACERCARSE a los

que viven con el VIH-SIDA
Valor 5: DERECHOS HUMANOS (justicia y solidaridad)

Valor 6: REFLEXION RELIGIOSA "*El VIH-SIDA signo de los tiempos*"

Valor : PLEGARIA INTERRELIGIOSA

Valor 8: COMUNICACION "*Espiritualidad y Sida*" (página web).

Ámbitos de actuación de la Fundación *Dimensió Sida*

Los principales campos o ámbitos de actuación de la Fundación *Dimensió Sida* son:

- 1) Atención y acompañamiento pastoral de personas que viven con VIH-SIDA.
- 2) Sensibilización de Iglesias y Confesiones Religiosas.
- 3) Plegaria comunitaria e interreligiosa.
- 4) Publicaciones.

5) Centro de documentación (página web "*Espiritualidad y Sida*").

Conclusión

Terminamos con la reproducción del cartel alemán del Congreso sobre Sida celebrado en Hamburgo el año 1992: "*Si no nos comunicamos, el SIDA nos vencerá*". Es decir, si cerramos nuestros sentidos y nuestra mente a la compleja realidad del VIH-SIDA y de sus diversas facetas; si no nos comunicamos con las personas afectadas del VIH-SIDA y de su entorno cercano; si no dialogamos con los científicos y profesionales sobre los distintos modos de prevención y atención; *el SIDA nos vencerá*.

Dr. ANTONI MIRABET
Presidente de la Fundación
Dimensió Sida
España

63

IV: SIDA y Caritas Internationalis

Desde hace más de un decenio, el VIH se ha convertido en una realidad de nuestra vida. No obstante sus límites, la llegada de la terapia combinada ha cambiado fundamentalmente nuestra percepción del impacto del virus. La tecnología biomédica se está moviendo de manera tal que en el Norte del mundo el VIH es tratado cada vez más como una infección crónica. Con razón ahora es posible esperar mientras antes habían pocas esperanzas de combatirla.

Sin embargo, el creciente suministro de la terapia combinada en el Norte muestra de manera muy intensa el enorme abismo entre lo que hay disponible en esta parte del mundo y lo que, en cambio, hay disponible en la parte Sur. Las estadísticas más recientes de UNAIDS (diciembre 1998) muestran que, desde el inicio de la epidemia, más de 47,3 millones de personas han quedado infectadas por el virus y que 14 millones de adultos han muerto por enfermedades

relacionadas con el VIH.

Muchos se preguntan por qué debemos concentrarnos en el VIH-SIDA mientras numerosas personas mueren por enfermedades curables como la malaria. El año pasado, la OMS calculó en 2 millones los muertos por malaria. Durante el mismo período los muertos por SIDA llegaban a 2,5 millones. Por primera vez las muertes debidas al SIDA han superado aquellas causadas por la malaria.

Una mirada al cuadro de la difusión del VIH en el mundo hasta diciembre de 1997 muestra la cruda realidad que la pandemia está concentrada en los países del hemisferio meridional.

La reducción de la expectativa de la vida para los adultos se está volviendo un aspecto triste para los varios países africanos y da un vuelco a los logros alcanzados en el campo de la salud y de la economía en los últimos decenios. Se trata de otra indicación de los efectos devastadores de la pandemia, espe-

cialmente para dichos países.

Cada hora que pasa la mayoría de las personas que viven con el virus y que se encuentran en el Sur del mundo, reciben una proporción cada vez menor de los recursos mundiales que se gastan para el VIH-SIDA. La UNAIDS considera que menos del 10% de los fondos destinados al VIH-SIDA y el SIDA es gastado en favor del 95% de la población global de seropositivos en el Sur.

En países como Zambia, Malawi, Tanzania y Zimbawe, los gobiernos nacionales no tienen la capacidad de asegurar a las personas que viven con el VIH y el SIDA ni siquiera los medicinales esenciales como los anti-bacterianos, los fungicidas, los anti-diarreicos y los antidolorosos. El influjo de la TBC ha aumentado de manera exponencial en las zonas en las que es elevada la prevalencia del VIH y donde los programas nacionales contra la TBC tratan de controlarla o a menudo fallan miserablemente la diagnosis y el tratamiento de los que

han sido infectados. A las ONGs se les pide cada vez más que sostengan los sistemas sanitarios que habían estado funcionando. Aunque se trata de una infección curable, cada año la TBC causa aún 3 millones de víctimas en el mundo. Del 30 al 40% de las personas que mueren por esta enfermedad, también serán infectadas por el VIH. En los países en vías de desarrollo cada minuto hay personas que mueren por infecciones y condiciones que se podrían curar fácilmente con medicinas cuyo costo es menor del precio de un periódico. Es un escándalo.

El impacto en las comunidades locales es enorme. Los padres mueren de modo prematuro dejando a sus hijos huérfanos y sin recursos. Más del 95% de los niños que se han quedado huérfanos por el SIDA viven en África.

Durante las recientes visitas del staff del CAFOD al África oriental y del sur, el problema del creciente número de huérfanos ha sido la preocupación principal que han expresado los partners locales. La familia tradicional y las estructuras de la comunidad ya no pueden responder de manera adecuada a este problema y desesperadamente piden que se les ayude. En Zambia, menos del 50% de los niños van a la escuela. Nos atemoriza el impacto que este fenómeno tendrá a largo plazo en el país.

Otra área cada vez más amplia de desigualdad es que en los últimos seis o siete años las terapias para la prevención de la transmisión de madre a hijo casi han eliminado en el Norte del mundo el riesgo de un niño nacido con el VIH, mientras que en el Sur cerca de cuatro de cada diez niños, hijos de madres infectadas, nacen con el virus. El problema de la falta de acceso a cuidados e intervenciones adecuadas ha llevado a algunos funcionarios de la salud pública de Zimbabwe y de los otros países, a interrogarse sobre la oportunidad de prescribir ahora esa intervención ya que los niños inevitablemente permanecerán huérfanos, pues sus madres ya no tendrán más acceso al tratamiento a largo plazo. Se trata de un triste

ejemplo que demuestra la crueldad y la injusta desigualdad entre Norte y Sur y las cuestiones éticas que dichas desigualdades hacen surgir.

Pero no existe desigualdad entre Norte y Sur sólo en lo que se refiere al tratamiento y los recursos. Según los cálculos de UNAIDS, sólo un seropositivo de cada diez es consciente de ser tal. Lamentablemente, el acceso a la consulta y al test voluntario es inadecuado a nivel mundial. Muchos afirman que no es oportuno ofrecer tests allí donde no se asegura el tratamiento y los cuidados a favor de los que son seropositivos. Bajo muchos puntos de vista, tienen razón. Sin embargo, muchas personas que sospechan estar infectadas quieren conocer su condición y ven negarse ese derecho porque en el lugar no hay disponibilidad para la consultación y el test voluntario.

El VIH prospera en donde existen condiciones de pobreza. Fikansa Chanda, miembro del Programa SIDA de la Diócesis de Ndola, Zambia, frente a preguntas referentes al acceso a la terapia combinada, ha hecho notar durante un programa de la televisión británica, que la preocupación principal para la mayoría de los habitantes de la región Copperbelt en Zambia era tener alimentos suficientes para comer. Cito textualmente: “¿Para qué dar a las personas medicinas sofisticadas visto que de todos modos morirán de hambre?”.

En un análisis realizado sobre el bienestar comunitario en el sector rural de Uganda, Seeley y otros (*Medical Anthropology Quarterly* 1994, 8(1): 78-89) ha llegado a la conclusión de que tanto entre los hombres como entre las mujeres de las familias más pobres, casi con toda probabilidad el jefe de familia es VIH-1 positivo (0.02(p)0.002). Dado que el SIDA afecta a estas sociedades, el resultado de los cultivos se reduce por razones de la enfermedad, de la muerte y por el tiempo empleado para los enterramientos.

Sabemos que muchas jóvenes piensan que el único modo para dar de comer a sus familias es vender su cuerpo. Se de-

ben idear estrategias realistas e importantes para reducir el riesgo en el contexto de la más amplia realidad de las barreras económicas y estructurales que se ponen frente al desarrollo. Quisiera narrarles la historia de Margaret.

Margaret tiene nueve años y vive en Kitovu, una zona rural de Uganda. Su madre mantuvo a su familia prostituyéndose para conseguir los alimentos, para los gastos de la escuela o para vestir a su niña. Nadie, incluida Margaret, la consideraba una prostituta. Margaret, su madre y la comunidad sabían que era el único modo a su alcance para asegurar la supervivencia a su familia. La madre de Margaret ha muerto de SIDA lo mismo que varios tíos y tías: Margaret es una de los 13 nietos a los que acude su abuela. También Margaret es seropositiva. Sola, hace su fila en la sección del hospital reservado a las personas con VIH; la única niña entre centenares de adultos. Cuando llega su turno, se acerca al agente sanitario llevando su cartilla sanitaria. Manifiesta que que ha estado mal en los últimos meses, pero que ahora está mejor. Cuando le preguntan por qué no ha venido al hospital durante tanto tiempo, contesta que su abuela no tenía dinero para pagar los (insignificantes) gastos que el hospital ha introducido recientemente (se rumoreaba que la clínica proporcionaba alimento gratis durante el mes, ¡un estímulo para ser curados!).

Caritas Internationalis considera que, así como las comunidades eclesiales presionan sobre la responsabilidad individual, también nosotros debemos elevar nuestra voz contra la injusticia del pecado estructural y corporativo perpetuado por el IMF/World Bank Structural Adjustment Programmes y debemos poner de relieve que estos programas afectan directamente a los pobres.

¿Futuro incierto?

Las desigualdades que el VIH-SIDA ha hecho surgir producen un cuadro de enorme incertidumbre para el futuro.

¿Qué futuro pueden esperar

las personas del Sur del mundo en lo que respecta los tratamientos y las vacunas? Las terapias combinadas que en el Norte dan la impresión de que el VIH sea sólo una infección crónica pero curable, van más allá de los sueños más fantasiosos de las personas del Sur. El empleo esporádico e incontrolado de estas terapias en el contexto de infraestructuras sanitarias inadecuadas, si es que las hay y según como lo permitan los fondos, evoca un potencial y estremecedor escenario de un VIH resistente a los medicinales que se convierte en la cepa viral prevaleciente en enormes extensiones de Africa y Asia del Sur. Es necesario tener en cuenta que recientemente los medios de comunicación del Reino Unido se han ocupado con abundancia de la cuestión del acceso al tratamiento; esto ha puesto en evidencia el riesgo para el Norte de importar del Sur del mundo formas de VIH resistentes a los medicinales. En efecto, sabemos que esto ya es uno de los principales problemas para EE. UU. y Europa, con la aparición de cepas del VIH resistentes a la terapia anti-retroviral en un considerable número de personas bajo tratamiento.

En todo caso, ¿de qué modo las personas pueden aspirar a acceder a los anti-retrovirales cuando el armario de los medicamentos no cuenta con antidiuréticos o con antibióticos básicos y económicos? El Dr. Kevin de Koch, que formara parte de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, hizo notar en su informe sobre SIDA en la Conferencia Africana que se realizó en Kampala en

1995: “Contamos ya con tratamientos eficaces y al alcance para la TBC, pero no obstante esto la incidencia de esta enfermedad, especialmente en los países del Sur, es más elevada que antes y está en continuo aumento. Si no podemos derrotarla ¿cómo esperamos afrontar el VIH eficazmente?”

Un vasto campo de incertidumbre es el que respecta el desarrollo de la vacuna. No obstante que las tentativas actuales de prevenir el VIH hayan mostrado pequeños signos de éxito en algunos países del Sur, los hombres de ciencia concuerdan que la mejor esperanza a largo plazo para acabar con la epidemia es la de desarrollar una vacuna. Pero, por razones de las dificultades técnicas inherentes a las tentativas de desarrollar cualquier vacuna, el éxito en este campo es ante todo una cuestión de objetivos alcanzados y de derrotas. Las sociedades farmacéuticas y las instituciones que se ocupan de la investigación apenas han logrado desarrollar una vacuna para el VIH, y se han concentrado más bien en tratamientos que están orientados más a los provechos que han tenido un considerable impacto durante la infección para miles de personas en los países del Norte.

Por contraste, parece que existe cierta renuencia para invertir dinero en una investigación difícil que promete un exiguo retorno financiero. Los países que tienen gran necesidad de una vacuna son aquellos en los que probablemente las sociedades están menos intencionadas al provecho. Asimismo, el desarrollo de la vacuna está cargado de retos éticos. En nuestro hemisferio, cualquier investigación está sujeta a rigurosas líneas-guía éticas, que no siempre se pueden aplicar de manera tan escrupulosa cuando los experimentos se aplican en el Sur. Indudablemente, parte del primer trabajo realizado en el Sur por los investigadores de una vacuna provenientes del Norte, ha hecho surgir importantes cuestiones éticas en lo que se refiere a quienes eran los beneficiarios de su investigación.

Es muy animadora la noticia de este año de que la Internatio-

nal AIDS Vaccine Initiative (IAVI) está invirtiendo 9,1 millones de dólares en dos partnerships internacionales de investigación de una vacuna. La primera involucra a investigadores de la Universidad de Oxford y de la Universidad de Nairobi, Kenya, mientras la segunda es entre la Universidad de Ciudad de El Cabo y la AlphaVax Corporation de Carolina del Norte. Las vacunas que se encontrarán derivarán de cepas de VIH presentes en Kenya y en Sudáfrica; ambas iniciativas implican una preparación de calidad a nivel organizativo e intelectual para asegurar que los frutos de la investigación sean rápidamente disponibles en los países afectados más gravemente por el VIH.

Las estadísticas sobre VIH-SIDA añaden incertidumbre al futuro. La enormidad de la epidemia y su impacto en Africa hacen que muchas personas se desesperen afirmando que el problema es demasiado grande para saber por donde iniciar. Otros no lo considerarán viéndolo como “un problema de Africa, que nada tiene que ver con nosotros”. La mayoría de los países africanos preve un futuro en el que, por razones del SIDA, serán cancelados, “sin esperanza”, por quienes controlan las riendas de la bolsa en el Norte.

También es incierta la eficacia de la respuesta de la comunidad internacional al VIH en los países del Sur. Las ONGs internacionales, los gobiernos del Norte, los organismos de las NU y los de la Iglesia, muy a menudo realizan aún programas con escasa o ninguna participación o consultación con las comunidades locales. La implicación de los seropositivos a menudo no es tomada en consideración, particularmente en el proyecto y en la visión de las actividades programáticas. El VIH-SIDA nos desafía continuamente y nos interroga sobre la autenticidad del lenguaje de la partnership en nuestro trabajo de desarrollo.

Al final de este milenio, debemos estar orgullosos de los enormes pasos realizados para reconocer los derechos humanos básicos de cada persona. Bajo muchos aspectos la pan-



demia del SIDA ha afinado nuestra conciencia sobre muchos abusos dentro de nuestras sociedades y ha aumentado los esfuerzos para combatir la discriminación basada en el sexo, en la orientación sexual o en el estado de la salud. Sin embargo, en muchos países del Norte o del Sur, el prejuicio provocado por el VIH o sólo el interés pragmático en la eficacia del gasto, ha hecho que se intensifique la discriminación contra las personas infectadas o afectadas por el VIH, y el alejamiento de sus derechos humanos básicos como casa, instrucción y trabajo.

El test VIH obligatorio, muy a menudo usado como filtro en el campo del trabajo, de los seguros y de la selección de los estudiantes (en las instituciones de la Iglesia y en aquellas del Estado) y en la selección de los emigrados, se está volviendo una praxis aceptada en algunas zonas, como requisito pre-matrimonial. Cada vez más, en algunas partes de Africa, como por ejemplo en Tanzania y Malawi, las iglesias recomiendan el test obligatorio como requisito para los que desean casarse y rechazan el matrimonio a los que son encontrados seropositivos. Sostienen que dichas acciones se justifican por la amplitud de la epidemia que aflige a su país y a su diócesis, y consideran su acción como una necesaria medida preventiva del VIH. Indudablemente es recomendable ofrecer el test para el VIH voluntario y una consulta confidencial y parte del más amplio proceso preparatorio para las parejas que desean casarse. De todos modos la consecuencia más probable del test obligatorio es mover a la gente a esconder el problema; y es también una violación de uno de los derechos humanos fundamentales reconocidos, el derecho al matrimonio.

Hemos visto las enormes consecuencias sociales y económicas para las comunidades y los países con elevados niveles de infección por VIH. La pérdida de fuerza/trabajo calificada, tiene ya un impacto negativo en la productividad de los países de Africa oriental y meridional. En los sectores del comercio y de los servicios, el au-

sentismo debido a la enfermedad y a los lutos familiares está alcanzado proporciones impensables. En algunos casos, los empleadores limitan el staff a dos o tres sepelios por semana, o sólo a los sepelios de cónyuges, padres o hijos. En el sector agrícola, los campos permanecen sin cultivar, porque las personas están demasiado enfermas para la recolección. El SIDA debe ser reconocido cada vez más como un factor que, junto con las devastaciones de la guerra y los desastres naturales, provoca el hambre para millones de africanos. Dejar de lado la agricultura a largo plazo tiene consecuencias para el ambiente, ya que las áreas no cultivadas se vuelven territorios áridos a lo cual sigue la erosión del terreno si no se reimplantan los bosques. ¿Cuál será el aspecto de Africa en este tercer milenio?

Mencionar la guerra y los desastres naturales nos recuerda que en todos los continentes no es una simple coincidencia que en las áreas de mayor conflicto haya una incidencia de VIH-SIDA. El desplazamiento en masa de personas, la interrupción de los servicios y de infraestructuras básicas, y el movimiento de fuerzas militares indígenas e internacionales aumenta la vulnerabilidad de las personas al VIH. Por ejemplo, las estadísticas de las encuestas del UNAIDS/OMS muestran que en Rwanda, Liberia, Mozambique y Sierra Leona ha habido un sorprendente aumento de la incidencia del VIH durante el período que ha seguido a las respectivas "emergencias". Aunque la verdad de estas situaciones es más compleja de lo que podemos describir aquí, estas estadísticas indican un nexo entre las emergencias y las incidencias del VIH. Los datos de UNAIDS referentes a Cambodia hacen ver un aumento de la incidencia del VIH entre las prostitutas de Phnom Penh del 10% de 1992 a más del 40% del 1996. Se cree que la presencia en Cambodia de las fuerzas de paz de las NU sea uno de los factores que han contribuido en este fuerte aumento.

Leyendo la historia de Margaret, debemos entender las ra-

zones por las cuales su madre se comportaba de ese modo, si es que deseamos tener la capacidad de ofrecer a la hija y a las demás mujeres una ayuda real. Desde 1987, la congregación de los Misioneros Médicos de María, lleva adelante un programa de cuidados domiciliarios partiendo de su hospital de San José en Kitovu. El resultado de esta experiencia ha sido el desarrollo de un programa que prevé un cambio del comportamiento, y se denomina *Educación a la Vida*. Las religiosas habían sido testigos de la muerte de centenares de personas en los pueblos limítrofes, se habían ocupado de muchos de ellos hasta su muerte, y habían seguido trabajando en el ámbito de las comunidades para curar a los niños que se habían quedado huérfanos. Con el pasar del tiempo muchos de estos niños, ya adolescentes, estaban infectados por el VIH. Esto causaba mucho dolor a las Religiosas, a los hermanos de estos jóvenes, que dependían de ellos y, naturalmente, era una tragedia para todos los jóvenes. No obstante que durante años habían recibido una buena instrucción y se les hubiese responsabilizado sobre el VIH, los jóvenes se habían igualmente infectado. Las Religiosas entendieron que si no hubiesen afrontado argumentos más profundos, los jóvenes habrían seguido contagiándose y muriendo.

El cambio comportamental implica tres consideraciones principales y complementarias:

El cambio del comportamiento abarca actitudes y prácticas que permiten reducir al mínimo la vulnerabilidad a la infección por VIH. Esto requiere que a los individuos y a las comunidades se les permita hacer elecciones que, en las circunstancias específicas, reduzcan el riesgo de la infección. Esto pone un énfasis en la responsabilidad de los programas eclesiales para que, en el marco de una red operativa holista más amplia, proporcionen informaciones médicas cuidadosas y de amplio alcance, que reduzcan el riesgo de contraer el VIH.

Además, los programas de prevención del VIH que no tie-

nen en cuenta la privación económica, la desigualdad entre los sexos, y las presiones sociales, no lograrán disminuir la difusión del VIH. De la historia de Margaret se ve claramente que la pobreza es una de las causas principales de la difusión del VIH, especialmente para las mujeres y las jóvenes.

De un análisis efectuado por CAFOD en 1998, han surgido las siguientes recomendaciones.¹

Necesidades advertidas. Es esencial tener en cuenta el punto de partida de cada trabajo; de aquí la importancia de dedicar tiempo, explorar y conocer las necesidades que siente la comunidad y localizar un programa en este ámbito. En lo que se refiere a los partners en Zimbabwe se hizo la pregunta de por qué el VIH-SIDA no aparecía en la diagnosis de los problemas comunitarios; la respuesta ha sido que no era el caso de hablar de VIH-SIDA cuando ¡la preocupación principal de la comunidad era que los elefantes pisoteaban sus plantaciones!

Su programa y no el nuestro. Partir de las necesidades sentidas por las comunidades y asegurarse que en todos los sectores de la comunidad existan agentes en todo nivel, elementos clave para reforzar el sentido de pertenencia a la comunidad y minimizar los peligros de la dependencia.

Acercamiento holista. Esto pone el acento en la importancia para la agencia y sus partners de reconocer la complejidad de los temas implicados en cada programa VIH de trabajo y de acercamiento a un cambio comportamental.



Análisis sexual. Cualquier trabajo en favor del cambio de comportamiento debe examinar el papel de las mujeres y de los hombres, sus relaciones y los factores que determinan el poder o la falta del mismo en cada uno de ellos.

Necesidades de los que viven con el VIH y el SIDA. Es necesario ser conscientes y dar una respuesta a las diferentes necesidades de las personas que viven con el VIH y el SIDA. Tienen necesidad de cuidados, pero también de actividades que produzcan una renta, para desarrollar estrategias con el fin de reducir los riesgos para la propia salud sexual, para una asesoría confidencial y de sostén, etc. Las organizaciones deben asegurar también que los que viven con el VIH-SIDA tengan un papel activo en la planificación y en la puesta en marcha de programas y en los procesos o forum decisionales.

Claridad de la agenda/filosofía. Es esencial definir claramente cuál es la agenda y la filosofía que tienen como base los programas referentes al cambio comportamental.

Grupos paritarios/grupos específicos por edad o por sexo. La revista subraya la importancia que tiene trabajar con grupos paritarios separados, basados en el sexo o en la edad, y a veces en otros criterios importantes (ej. estado del VIH, bienestar socio-económico, grupos religiosos, posición de empleo en el ámbito de una organización, etc.). A fin de que un acercamiento de este tipo tenga éxito, es necesario reunir regularmente a los grupos paritarios separados, para permitir el aprendizaje y la comparticipación recíprocos. Esto asegura, además, que las actividades llevadas adelante con un grupo específico sean aprobadas por la comunidad en general.

Equilibrio entre necesidades prácticas o estratégicas. En lo posible, es importante asegurar que también se consideren las necesidades estratégicas de una comunidad, incluso si hay necesidades prácticas más inmediatas. Obrar en el ámbito de las necesidades estratégicas de manera holista requiere que las organizaciones incluyan un análisis del sexo y examinen

los factores tradicionales, religiosos, sociales y culturales que definen los papeles de las mujeres y de los hombres en el ámbito de las comunidades y que determinan así su comportamiento y sus recíprocas relaciones.

Observación y evaluación. Las agencias y los partners deben introducir y desarrollar a nivel local sistemas significativos y que se pueden emplear para definir objetivos y observar el progreso que pueden ser adoptados por los mismos miembros de la comunidad. Esto se basa en la asunción del hecho que si las personas están interesadas y son capaces de trazar su progreso, es más probable que se sentirán involucradas en el programa lo que hará que sea más fácil alcanzar los objetivos de dicho programa.

Violencia sexual. La violencia doméstica está difundida en las comunidades. Incluye violencia sexual, violencia física y abuso psicológico. La revista hace ver las conexiones con la vulnerabilidad al VIH y la necesidad de que todos los programas consideren este tema como la parte central de su actividad.

Jóvenes de sexo masculino: autoestimación, un futuro. Son muy inseguros en su papel a causa de la nueva independencia, incluso económica, de las jóvenes. Deben ser sostenidos para definir un trabajo futuro y sus relaciones, de manera que encuentren roles significativos y apreciados en la sociedad. Los programas deben identificar y desarrollar los modos para llegar a estas personas tal como son.

Peso de los programas basados en los cuidados a domicilio y de los huérfanos. Es necesario ser conscientes y afrontar el problema del enorme peso que estos programas imponen a las mujeres. Las comunidades deben comprometerse en el desarrollo de formas para reducir esta obligación, involucrando a los hombres y en especial a los jóvenes, en los cuidados, directos o indirectos. Es necesario desarrollar acercamientos metodológicos que permitan la actuación de estos cambios estratégicos en los papeles sexuales tradicionales.

Sostenibilidad y propiedades. Estos dos temas deben manifestarse de manera más explícita en el programa de trabajo. Se considera que muchos programas actuales pertenecen a las organizaciones partners, tanto a los mismos partners como a las comunidades con las que trabajan. Esto ha llevado a muchas comunidades a desarrollar una dependencia enfermiza en materia de beneficios sociales, de parte de quien lleva adelante el proyecto o de las agencias que invierten. Por su lado, al imponer un programa las organizaciones corren el riesgo de que no exista ninguna relación con las necesidades de la comunidad.

La tensión extrema a la que el VIH lleva a estas comunidades significa que la sostenibilidad del programa no es verosímil a breve plazo. Sin embargo, en términos de una sana práctica de desarrollo, es un elemento que por lo menos hay que tener en consideración. Aunque es auspicial que los programas de la Iglesia actúen con (y dentro) de una comunidad para el welfare, esforzarse para asegurar la sostenibilidad es la llave para la eficacia de un programa a largo plazo. Dicho concepto en el contexto africano es algo complejo y lleno de dificultades.

Ambiente rural/urbano. El VIH tiene cada vez más un efecto devastador en las comunidades rurales, así como en aquellas urbanas. Las organizaciones deben revisar constantemente sus programas para ver si están centradas exclusivamente en las áreas más urbanizadas o únicamente en aquellas rurales, con infraestructuras mayores (ej. barrios más cercanos al hospital, etc.).

Con base comunitaria pero con nexos más amplios. Las agencias y sus partners deben sostener y desarrollar un acercamiento que combine su visión de base comunitaria y los vínculos con las ONGs, otros grupos de la Iglesia y el gobierno local. Esta aproximación es importante para asegurar a las comunidades locales que se tienen en cuenta las necesidades y facilitar el aprendizaje recíproco y la comparticipación de experiencias. Asimismo, es im-

portante en términos de pertenencia y sostenibilidad del programa.

Conclusiones

Al aproximarnos al siglo XXI, en un número cada vez mayor de países y regiones continentales, el conflicto y el fermento político extremo prácticamente constituyen la norma. ¿Qué se puede prever en estas circunstancias para las comunidades afectadas de manera tan masiva también por el VIH-SIDA?

En un país del África meridional, un participante en un seminario describía un escenario típico, en el que el esposo a menudo maltrataba y violentaba a su mujer cuando regresaba por la noche a casa después de haber estado en el bar. Cuando la mujer finalmente se dirigió al sacerdote local para que interviniese en esa insoportable situación, la única cosa que le dijo el sacerdote fue que regresara a su casa y soportara con valentía el sufrimiento.

En un país de África oriental, todos los sacerdotes locales rechazaban visitar a una enferma de SIDA porque había sido una prostituta. Ante esta noticia, el Obispo comenzó a visitarla con regularidad hasta su muerte. Cuando la mujer murió, el Obispo celebró una Misa solemne en la catedral.

En un país de Asia, al conocerse que un sacerdote era VIH positivo fue alejado de su parroquia y más adelante de todas las actividades diocesanas; lo enviaron a una casa de retiro lejana centenas de millas y nunca más ha vuelto a tener contacto con su diócesis.

En una conferencia realizada en julio en África meridional, a un obispo a quien se le preguntaba qué consejos habría dado a una mujer cuyo esposo era VIH positivo, respondía que ella debería sacrificar su vida para salvar el matrimonio. Un signo de valentía fue mostrado por las demás mujeres participantes, que abandonaron el local como señal de protesta.

En los países del Sur las mujeres son las más vulnerables sexualmente. Ciertamente la mayoría de las mujeres en el

mundo que viven con el VIH han sido infectadas por la persona a quien ellas consideraban su único partner, el de toda su vida: su esposo. Las desigualdades sexuales presentes en muchas culturas y sociedades dejan a las mujeres sin poder y bajo la dependencia de los hombres en la esfera doméstica, social y económica.

Recientes estadísticas sobre el VIH nos proporcionan razones de esperanza. Los informes de Uganda, Tailandia y últimamente de Zambia, indican que en algunas partes de estos países está disminuyendo el número de los jóvenes infectados por VIH. Esto se atribuye a los esfuerzos conjuntos de las iniciativas de los gobiernos y de las comunidades para informar a las personas acerca del VIH-SIDA. Todavía estamos al comienzo y quizás es prematuro querer ver que estos resultados sean más evidentes. Pero ya osamos esperar.

Junto a la evidencia de las estadísticas, vemos signos de cambio de vida en los cultivos y en las tradiciones. La discriminación, que es el resultado del temor y de la ignorancia, en muchos países está cediendo gradualmente el paso a la comprensión y a la aceptación. Las prácticas tradicionales (p.e. legado de las mujeres, dry sex, escarificación y circuncisión ritual con instrumentos no esterilizados, etc.) que han aumentado los riesgos de contraer al VIH mediante el sexo o la sangre, son sustituidos en muchos lugares por rituales alternativos o con prácticas de incisión de la piel más seguras. También esto nos permite esperar.

En el trabajo de Caritas con sus numerosos programas partners en materia de VIH, renovados constantemente y reforzados por el testimonio de centenas de voluntarios movilizados por varios programas de cuidados domésticos, sostén de los huérfanos, educación y asesoría. La siguiente reflexión escrita por el Revdo. Jon Sobrino, S.J., referente a la situación política en El Salvador, expresa en el mejor modo posible que también nosotros podemos esperar, cuando nos encontramos frente a dicha fuerza de testimonio, frente al

dolor y a las injusticias causadas por el VIH.

No es fácil saber cómo seguir esperando

A nuestra manera todos debemos responder.

Al parecer todo es contra la esperanza.

Pero, al menos para mí, donde veo que ha habido gran amor,

veo renacer una gran esperanza.

No es una conclusión racional y quizás ni siquiera teológica.

Es simplemente algo verdadero. El amor produce esperanza.

Y un gran amor produce una gran esperanza.

Jon Sobrino, El Salvador

Estos voluntarios dedican con mucho altruismo su tiempo y sus recursos, no su tiempo libre (que en general no existe), sino el tiempo precioso que de lo contrario sería empleado para ocuparse de sus familias o para procurarse más alimento o ingresos. A menudo son contagiados o infectados por el VIH, sin embargo siguen adelante sin cansarse hasta dar testimonio de la vida y no de la muerte, al lado de las personas a quienes sirven. Son nuestra fuerza y nuestra inspiración. Con su grande amor generan nueva esperanza y, por tanto, nosotros osamos esperar.

También en la Iglesia vemos indicaciones de esperanza. Encontramos cada vez más comunidades dispuestas a abrazar el mensaje evangélico de justicia y de aceptación que es predicado por los que viven con el VIH o con el SIDA. Vemos ca-

sos en los que los marginados por su comportamiento o su orientación sexual, son nuevamente reconocidos como hermanas y hermanos del mismo Cristo. Vemos aparecer lentamente rupturas en nuestras máscaras de rectitud cuando comprendemos las palabras de los leprosos de hoy que se han vuelto profetas. En fin, inician a admitir que la Iglesia, en cuanto cuerpo de Cristo, está afectada por el SIDA. Asimismo, vemos a nivel pastoral señales que las diferencias aparentemente insuperables entre y dentro de las iglesias, y entre las poblaciones de diferente fe, se superan con las tentativas de afrontar la pandemia del VIH.

Un miembro importante del programa de educación y salud en materia de VIH de la Arquidiócesis de Khartoum es un médico de religión musulmana.

En Etiopía, los leaders religiosos más inclinados a lograr lo mejor, han puesto de lado sus diferencias para participar en una conferencia sobre el VIH-SIDA patrocinada por CAFOD.

El personal de un programa diocesano de Dar es Salaam, que proporciona asesoría, tests y sostén voluntario al VIH, y cuidados a domicilio, está formado por cristianos de diferentes denominaciones y por musulmanes, que trabajan y oran juntos con alegría y éxito.

En Botswana, un reciente seminario patrocinado por UNAIDS con CAFOD y el Ejército de la Salvación, ha contribuido para unir a los leaders religiosos de varios continentes para que tengan en cuenta los desafíos pastorales planteados por el VIH-SIDA.

También sacamos esperanza de la experiencia de CAFOD en su calidad de agencia leader para Caritas Internationalis en los últimos 12 años. Durante este tiempo, y no obstante los enormes retos y dificultades, se han creado numerosos programas a nivel eclesial, que ofrecen asesoría y sostén a los que están afectados por el VIH, proporcionan educación, cuidados a domicilio, sostén de los huérfanos, proyectos para producir ingresos financieros y grupos a defensa y de presión en favor de las personas que su-

fren la discriminación por el VIH. Se han desarrollado reuniones nacionales y regionales de obispos y leaders de otras religiones que desean reconocer que el VIH-SIDA involucra también a sus iglesias. Estos leaders quieren poner en marcha respuestas pastorales dentro de su jurisdicción. Hemos visto la inversión de enormes recursos de parte de las agencias de Caritas para afrontar las necesidades impuestas por el VIH-SIDA en el mundo.

Dado que el jubileo del nuevo milenio es un tiempo para la reconciliación, hay indicaciones de que la Iglesia y los gobiernos de ambos hemisferios comienzan a reconocer los errores del pasado. A veces advertimos claramente los pecados de nuestra avidez y de la manipulación financiera actual de parte del Norte sobre el Sur, los pecados de la corrupción y de la apropiación indebida de los recursos perpetrada por los gobiernos del Sur y del Norte.

Un aspecto clave del jubileo bíblico es la cancelación de la deuda. Durante la Conferencia sobre "SIDA en Africa", que se desarrollara el mes pasado en Lusaka, el Hon. Godfrey Simasiku, Ministro de Finanzas de Zambia, ha repetido la propuesta de su país que al menos parte de la deuda internacional de Zambia sea "cambiado" con el fin de disponer de mayores recursos para que el país tenga la capacidad de afrontar el VIH-SIDA. El Revdo. Peter Henriot, SJ, del Jesuit Centre for Theological Reflection y de la Jubilee 2000 Campaign en Zambia, ha subrayado en su ponencia en el Forum "Vuestros preocupaciones sobre el VIH-SIDA - mirando el futuro - están vinculadas integralmente con lo que nosotros estamos haciendo en la campaña por la deuda: la construcción de un desarrollo justo, sostenible y centralizado en la persona, en los umbrales de nuevo milenio". Jonathan Simon de Harvard Institute for International development, ha observado que incluso si la suma absoluta del dinero puesto a disposición por los programas sociales de la cancelación de la deuda fuera modesto, podrá tener un efecto



significativo en los esfuerzos que se hacen para prevenir el VIH.

En tiempos de SIDA debemos denunciar a los que afirman que la pandemia es un cas-

	Gastos pro-capita para la prevención y cura del VIH en 1996	Ahorro potencial pro-capita del cambio bilateral de la deuda (al 1997)
Zambia	\$ 0.73	\$ 10.73
Kenya	\$ 0.76	\$ 5.24
Nigeria	\$ 0.03	\$ 1.69
Uganda	\$ 1.81	\$ 3.66

Fuente: Intervención de Jonathan Simon, Harvard Institute for International Development, presentado en la 11ª ICASA Conference, Lusaka, setiembre 1999.

Uganda, en donde la campaña nacional contra el SIDA ha logrado reducir la porcentual de prevalencia entre jóvenes del 28% de 1992 al 10% del 1996, no ha invertido en el control de la epidemia más de lo que podría ser condonado a la mayoría de otros países sub-saharianos a través del cambio bilateral de la deuda.

Cuando añadimos nuestra voz a la Campaña del Jubileo 2000 para el condono de la deuda para los países más pobres (entre los cuales podemos colocar algunos de los que son más afectados por la pandemia del SIDA), incluso en este caso osamos esperar.

Como cristianos, a menudo nos encontramos frente al interrogante de adónde está Dios en todo esto. Me recuerdo de una historia que narraba al respecto el Rvdo. Enda McDonagh, el teólogo moral irlandés consultor de Caritas Internacionales AIDS Task Force. Enda narra que en un campo de concentración de la Alemania nazi, tres prisioneros hebreos, dos hombres y un muchacho, fueron ajusticiados mediante la horca pública por algunas transgresiones menores. A todos los prisioneros se les obligó a salir para que asistieran a la ejecución. Los dos hombres murieron rápidamente mientras que el muchacho, más ligero, tuvo una muerte lenta y penosa; permaneció colgado y seguía luchando y sofocaba mientras los prisioneros marchaban delante de él antes de regresar a su barracas. Uno de los prisioneros gritó con voz amarga “¿dónde está vuestro Dios ahora?”; otro le respondió en tono solemne “nuestro Dios está aquí, colgado en el patíbulo”.

tigo de un Dios amargado. No conocen al Jesús de los Evangelios. Sólo según como nos alinearemos al Dios “colgado en el patíbulo”, sólo según como abrazaremos o proclamaremos al Dios presente en los que han sido contagiados o están afectados por el VIH, podemos ser lo suficiente audaces para osar esperar.

Informaciones generales

Introducción

En el curso de la Asamblea General de 1987, la Caritas Internationalis (CI), Confederación de organizaciones católicas por la asistencia humanitaria y el desarrollo, ha incluido entre sus programas prioritarios las actividades referentes al VIH-SIDA. Desde entonces, la Confederación ha puesto en marcha una respuesta al VIH-SIDA a la altura de su misión global de *Animación, Coordinación y Representación* y se ha comprometido en las siguientes actividades:

- Esponsorización de consultaciones patrocinadas regionales, nacionales y locales sobre el VIH-SIDA para asistir a los leaders religiosos así como a las personas comprometidas en los servicios eclesiales, socio-pastorales, sanitarios y espirituales de la Iglesia en favor de los afectados por el VIH-SIDA en el ámbito de sus respectivos apostolados;

- Recolección de fondos para sostener a nivel nacional y local las iniciativas de educación y servicio;

- Organización de consultaciones teológicas sobre el VIH-SIDA en Africa, Asia, Europa y

América del Norte;

- Papel de representación en las Naciones Unidas y en otros forum internacionales;

- Creación de un Grupo de Trabajo VIH-SIDA (entre 1988 y 1995) y una Task Force VIH-SIDA (1995-2003) para controlar la difusión de la pandemia, estimular una respuesta lo más compelta posible de parte de las organizaciones miembros de Caritas Internationalis y de otras organizaciones vinculadas con la Iglesia, y compartir experiencias a través de los continentes.

La cuarta y actual AIDS Task Force ha sido constituida en julio de 1999 por el Secretario General de Caritas para asistir a la Confederación en el desarrollo del Plan de Trabajo 1999-2003, que una vez más ha identificado el VIH-SIDA como un tema prioritario para la reflexión y la acción. La Task Force está estrechamente vinculada con la CI Liaison Agency for HIV/AIDS, CAFOD, y ha recibido el encargo de parte del Secretario General de Caritas de coordinar las actividades de la Confederación en este campo. Desde 1987, CAFOD, organización miembro de Caritas para Inglaterra y Gales, ha servido como la Liaison Agency de Caritas en las actividades en el ámbito del VIH-SIDA. De este modo la Task Force proporciona a la Liaison Agency un punto de referencia y un forum en donde discutir y referir sobre sus actividades de coordinación. El Director de la Liaison Agency CAFOD, Mr. Julian Filochowski y el Revdo. Robert Vitillo, han sido nombrados nuevamente como Vice-directores de la Task Force después de la Asamblea General de junio del presente año.

La Task Force actual ha recibido el siguiente poder: asistir a la Confederación de Caritas Internationalis (CI) para mantener una atención prioritaria ante la pandemia del VIH-SIDA en las actividades de sus organizaciones miembros y en otras organizaciones e importantes estructuras de la Iglesia católica.

Objetivos:

1. Compartir informaciones dentro de la Task Force y de la

Confederación Caritas sobre el estado de la pandemia con respecto a los problemas médicos, pastorales, espirituales, sociales y de desarrollo,

2. Apoyar la reflexión teológica sobre cuestiones y problemas que surgen como consecuencia de la pandemia;

3. Animar a la Confederación Caritas para profundizar o iniciar una acción como respuesta a quienes son afectados por el VIH-SIDA en el ámbito local;

4. Constituir un network por cuenta de Caritas Internationalis con las organizaciones católicas y otras, incluida UNAIDS, con el fin de asegurar una respuesta adecuada a los afectados de VIH-SIDA.

5. Construir el momentum de la Conferencia CI/CIDSE sobre VIH y TBC para asegurar que las enseñanzas captadas sean difundidas e incluidas en las actividades de la Confederación.

A partir de 1987, la Confederación Caritas ha dedicado muchas energías y experiencias para aumentar la toma de conciencia entre los leaders de la Iglesia y los agentes de otras Iglesias. Algunas publicaciones realizadas bajo los auspicios de la Task Force son: *Caritas Training Manual on the Pandemic of VIH-AIDS* (1994); *Proceedings of the CI/CIDSE Workshop on Sustainable Health Care* (1995); *The Church Responds to HIV-AIDS* (1996); *AIDS, Emergencia planetaria* (1997). Además, CAFOD ha emprendido varias evaluaciones de programas sobre los cuidados a domicilio en Kenya, Uganda y Brasil. Recientemente, ha llevado a cabo un estudio

sobre el cambio de comportamiento titulado: *Safely Through the Night* (1998) en colaboración con partners de Malawi, Tanzania, Zimbabwe y Zambia y ha producido un informe sobre el acceso al tratamiento y a los cuidados titulado *Valuing Life* (1999), basado en experiencias de partners en Zambia.

Caritas Internationalis ha implicado a los leaders y a los agentes de la pastoral de la Iglesia por medio de patrocinios o participaciones en cursos de formación sobre VIH-SIDA en muchas partes del mundo. En estos seminarios, los miembros del staff CAFOD y de la Task Force han intervenido como oradores o moderadores. Durante los años 1995-1999, dichos programas se han vuelto accesibles en varias partes del mundo:

AFRICA	Benin, Burkina Faso, Burundi, Camern, Congo, Congo-Brazzaville, Costa de Marfil, Etiopia, Ghana, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Niger, Sudfrica, Sudn, Swaziland, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe
ASIA	Burma/Myanmar, India, Corea, Filipinas, Tailandia
EUROPA	Lituania, Polonia
AMERICA LATINA - CARIBE	Repblica Dominicana, Per

Estos seminarios comprendían:

1. Consultación en Asia/Región del Pacífico

Con la ayuda de la Task Force de Caritas Internationalis sobre VIH-SIDA y de CAFOD, los representantes de 12 países de Asia y del Pacífico y colegas de Europa y de América del Norte, se reunieron del 2 al 3 de febrero de 1998 en Manila, Filipinas, para compartir las experiencias de los servicios católicos en materia de VIH-SIDA. La organización local acogedora fue Caritas Manila.

2. Seminario sobre los cuidados sanitarios sostenibles

Como resultado de su compromiso en la educación y en los servicios en materia de VIH-SIDA, las organizaciones miembros de Caritas Interna-

tionalis han dado testimonio del significativo impacto del VIH-SIDA en los servicios sanitarios administrados por la Iglesia en los países del Sur. Se ha hecho ver que la falta de infraestructuras sanitarias en dichos países ha sido una de las causas de la rápida difusión del VIH-SIDA entre las poblaciones más pobres y vulnerables. La Task Force sobre VIH-SIDA se unió con Caritas, CIDSE y otras organizaciones internacionales católicas para esponsorizar un Seminario sobre los cuidados sanitarios sostenibles, que tuvo lugar en Holanda en octubre de 1995.

3. Conferencia sobre Tuberculosis (TBC) y VIH-SIDA

La tuberculosis ha sido declarada una emergencia sanitaria global por la Organización

Mundial de la Salud (OMS). Como respuesta a esta terrible situación, la task Force de Caritas sobre el VIH-SIDA, junto con otras organizaciones de servicios sanitarios y sociales relacionadas con la Iglesia, patrocinó una Conferencia sobre Tuberculosis y el VIH-SIDA en Würzburg, Alemania, la misma que se realizó del 8 al 12 de marzo de 1999. La finalidad de la Conferencia fue dar vida a una respuesta mejorada de parte de las organizaciones CI/CIDSE con respecto al VIH y a la TBC, con el fin de reforzar estructuras adecuadas, asegurar que las operaciones sean más eficaces desde el punto de vista del costo, éticamente adecuadas y atentas a la evidencia científica.

4. Consultaciones teológicas sobre VIH-SIDA

En la tentativa de estimular



aún más la reflexión teológica acerca de las implicaciones de la justicia social de la pandemia, Caritas Internationalis, junto con otras organizaciones eclesiales ha invitado a los teólogos a conocer mejor este fenómeno global. Asimismo, se les ha invitado para compartir profundizaciones teológicas sobre la respuesta más adecuada de la Iglesia y de toda la familia humana. Estas consultaciones se han desarrollado en Francia (para la Europa de lengua francesa y África) y en África meridional en los años entre 1995 y 1999.

CI y UNAIDS

A partir de 1987, Caritas Internationalis ha emprendido una acción de defensa a nivel global y nacional, ya sea con los gobiernos nacionales así como con las organizaciones intergubernamentales, con respecto a las cuestiones que preocupan a los afectados de VIH-SIDA. El 7 de enero de 1999, ha suscrito un Memorandum de Entendimiento con el Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). El entonces Secretario General de CI, Mr. Luc Trouillard, y el Di-

rector Ejecutivo de UNAIDS, Dr. Peter Piot, han firmado el Memorandum para estimular una respuesta a la pandemia a nivel local, nacional e internacional.

En el acuerdo se especifican las siguientes áreas de cooperación:

ACCESO A LOS CUIDADOS: con el fin de dar una respuesta a quienes viven con el VIH-SIDA, UNAIDS trabajará con Caritas Internationalis para documentar la experiencia en el campo de los cuidados como un ejemplo de práctica mejor que podría ser usada por otras organizaciones para crear y reforzar sus programas. UNAIDS compartirá también la mejor práctica desarrollada por otras organizaciones con Caritas Internationalis.

POLÍTICA DE DESARROLLO: Con el fin de reducir la discriminación y la marca asociadas al virus y reforzar los acercamientos comunitarios a los cuidados, Caritas Internationalis y UNAIDS compartirán experiencias sobre el desarrollo de políticas relacionadas con el VIH sobre los derechos humanos, las cuestiones sexuales, la cultura, la ética y la ley y su difusión en el sector público y privado, incluidos los net-

work de la Iglesia, los lugares de trabajo, las asociaciones de profesionales, las organizaciones juveniles y las agencias gubernamentales, habida cuenta de sus diferentes perspectivas.

INFORMACIÓN PÚBLICA: La prevención del VIH-SIDA necesita una información cuidadosa e inmediata para estimular un comportamiento responsable, para tener el VIH-SIDA en la agenda mundial, con el fin de asegurar que se respeten los derechos humanos de los que viven con el virus y para informar a los que tienen cargos decisivos. Caritas Internationalis y UNAIDS reforzarán sus adecuadas actividades de información pública sobre el VIH-SIDA y se comprometerán para mantener los standards éticos más elevados.

S.E. Mons. FOUAD T. EL-HAGE
Arzobispo maronita de Trípoli
Presidente de Caritas Internationalis

Nota

¹ (1998) *Safely Through the Night: A report of the Thematic Review carried out by CAFOD and four partner organisations between October 1997 and October 1998 on behaviour change in the context of HIV and AIS*. CAFOD, London.

V: África

Introducción

Desde hace dos decenios, una terrible y temible enfermedad afecta a millones de personas en el mundo sin distinción de raza, etnia, condición socio-profesional, sexo o edad. Asimismo, ninguna otra afección había movilizó a tantos investigadores de todo ramo y considerables recursos financieros.

En el África sub-sahariana, donde ya existen problemas de recursos para asegurar la salud a la población, el SIDA está agravando la situación.

La pobreza empeora las condiciones de vida de las poblaciones:

- imposibilidad de acceder

incluso a los medicinales esenciales para la mayoría de la población

- imposibilidad de asegurar una buena alimentación

- malas condiciones higiénicas

- falta de educación sanitaria

La cura de esta enfermedad requiere la competencia de varias categorías profesionales: médicos, biólogos, investigadores, socio-antropólogos, psicólogos, religiosos, comunidades, etc.

Durante esta intervención, afrontaremos:

- la situación actual en función de grupos específicos

- el dispositivo actual existente para afrontar esta epi-

demia y la relación entre dicho dispositivo y la respuesta de la Iglesia a nivel: de los países y de la comunidad internacional

- ¿cómo se puede reforzar dicho dispositivo?

La experiencia que hemos acumulado en África y se extiende a otros continentes gracias al intercambio de experiencias, nos permite focalizar nuestra ponencia a nivel del continente africano.

Objetivos

1. Orientar la problemática del VIH-SIDA según el Magisterio pontificio

2. Coordinar los movimientos y los grupos de la Iglesia

católica que trabajan en el ámbito del VIH-SIDA

3. Promover la ayuda a los seropositivos y a los enfermos de SIDA

¿Cuál puede ser el papel de la Iglesia en las estrategias de prevención del SIDA?

La iniciativas deben dirigir-

Algunos datos epidemiológicos de SIDA en el mundo y en Africa en particular

	Predominio promedio en los adultos	Predominio
Africa Meridionale	17,2	2,7 - 27,0
Africa Orientale	9,6	3,2 - 14,5
Africa Centrale	4,3	0,1 - 11,1
Africa Occidentale	2,4	05 - 10,1

Estrategias de prevención

Transmisión mediante la sangre

- Asegurar la seguridad transfusional de manera standard en todos los países del mundo (ya sea en los países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo).
- Combatir las prácticas tradicionales que emplean instrumentos cortantes (escisión, escarificación, tatuaje).
- Asegurar la esterilización del material médico
- Promover el empleo de material monouso
- Asegurar los equipos o el material necesario para prevenir la transmisión profesional accidental.

Transmisión sexual

- Estimular la identificación voluntaria antes de cualquier tipo de vínculo (matrimonio, convivencia) en vista de la procreación
- Fidelidad
- Abstinencia
- Educación sexual en el contexto religioso
- Enseñanza de los valores morales, del respeto del cuerpo, del significado del amor
- Incluir el módulo SIDA en los programas de enseñanza del catecismo

Transmisión materno-fetal

- Proponer la identificación voluntaria del VIH en previsión del matrimonio
- Proponer la identificación voluntaria en la consultación prenatal
- Asegurar el tratamiento a las mujeres embarazadas seropositivas para reducir la tasa de transmisión madre-hijo.

se a grupos específicos como:

- los jóvenes (chicos y chicas)

- las mujeres
- las parejas
- los hombres

Los jóvenes son más afectados y el predominio del VIH es del 27%. Reforzar la educación de los jóvenes sobre temas específicos:

- la salud reproductiva de los adolescentes
- los enfermos (MST - SIDA)
- los embarazos precoces
- los abusos sexuales precoces
- las relaciones sexuales precoces

La educación de los jóvenes se debe realizar en las escuelas primarias, secundarias (menstruaciones, sexualidad), universitarias y en las familias (reforzar los valores morales y familiares mediante la comunicación).

¿Cuáles son las estructuras existentes en la Iglesia para reforzar las estrategias de prevención?

- Movimientos de scouts
- Los CVAV (almas valientes, corazones valientes)
- La renovación carismática
- La juventud (estudiantes católicos)
- La Legión de María
- El grupo del Rosario
- Todas las congregaciones
- Los laicos y los catequistas
- La asociación de las familias cristianas
- La asociación de los cuadros católicos
- La comisión Justicia y Paz
- Discusiones y debates acerca de temas particulares se pueden afrontar:
- en el curso de las misas

- después de las mismas
- durante la formación de los jóvenes al catecismo, etc.

Las mujeres

Al comienzo de la epidemia, las personas infectadas estaban divididas en el mismo porcentaje entre hombres y mujeres. En la actualidad, de 20 africanos infectos, 12-13 son mujeres.

Al fines de 1999, en la Africa sub-sahariana eran seropositivas 12,2 millones de mujeres y 10,1 millones de hombres entre los 19 y los 49 años de edad.

- Elevada analfabetización
- Los factores socio-culturales no permiten que la mujer progrese y asuma decisiones.

Están sujetas a los hombres, son débiles desde el punto de vista económico (dependencia, necesidad de concederse para afrontar sus necesidades), divorcio, separación.

¿Qué existe en las estructuras para ayudar a las mujeres?

Se debe emprender una educación y un desarrollo de proyectos que generen entradas para estas mujeres, ya que ellas desempeñan un papel muy importante en la célula familiar:

- educan a los hijos
- se ocupan de los hijos y del esposo
- cuidan la propiedad y la higiene de la casa

¿Cómo puede ayudar la Iglesia a través de las estructuras existentes? ¿Existen centros de escucha y de apoyo para las mujeres sin medios o que han sufrido abusos? ¿De qué modo los movimientos de asociaciones religiosas pueden integrar en sus actividades las cuestiones actuales?

A nivel de los países, existen grupos de jóvenes de las cooperativas femeninas que podrían tomarse como modelo.

Los hombres

Las enfermedades sexualmente transmisibles se manifiestan clínicamente muy pronto en los hombres, de aquí la necesidad de sensibilizarlos.

zar para atender precozmente en el tratamiento. La educación en este grupo debe tender al cambio de comportamiento:

- abstenerse de las relaciones sexuales extraconyugales
- enseñar las cuestiones de abuso sexual
- favorecer la comunicación en la pareja (involucrar a los hombres en los movimientos de las mujeres)
- reforzar los valores morales y familiares
- emplear el sistema de la confesión para el counselling y el apoyo psico-social

La pareja

- sensibilización y educación para asegurar respeto y fidelidad en la pareja
- afrontar estas cuestiones durante la preparación al matrimonio
- algunos movimientos cristianos deben captar la oportunidad ofrecida por el SIDA para organizar discusiones sobre la pandemia con el fin de evitar relaciones sexuales extraconyugales y otros comportamientos que pueden afectar al matrimonio.

Impacto socio-económico

- Disminución de la esperanza de vida
- Ausentismo. El empleado afectado por el VIH/SIDA estará obligado a ausentarse a menudo debido a los repetidos períodos de descanso luego de manifestaciones clínicas.
- Disminución del rendimiento y de la productividad
- Disminución del índice de desarrollo humano. El empleado enfermo de SIDA en un determinado estadio es incapaz de proporcionar su aporte.
- Despido o jubilación anticipada. A raíz de las repetidas ausencias, el empleador a menudo procederá al despido o a la jubilación anticipada. Consecuencias en los subsidios de los empleados. El costo del tratamiento es muy elevado, budget sanitario.

- Consecuencias familiares: Imposibilidad de proveer a las necesidades de la familia; disminución de las entradas mensuales. Empobrecimiento (depauperación). Problemas psicológicos: abandono, dependencia, depresión, huérfanos de SIDA.

Acompañamiento del enfermo de VIH-SIDA

¿Qué hace la comunidad internacional en favor del cuidado de los enfermos de VIH-SIDA?

Las agencias como la OMS, el PNUD, UNICEF, FNUAP, Banco Mundial, la Unión Europea, han creado un programa, el ONUSIDA, para reflexionar sobre las cuestiones referentes al SIDA.

La atención a los enfermos es muy delicada en el sentido de que los problemas psico-sociales constituyen un peso importante.

Para afrontar la cuestión psico-social, se ha desarrollado un acercamiento mediante el counselling, mientras deben organizarse grupos de sostén en las escuelas, en las empresas y en las comunidades para asegurar una integración social.

En lo que se refiere a las actividades de cura, existen servicios de curas para los pacientes de VIH-SIDA integrados en las estructuras existentes.

Para evitar la larga permanencia en el hospital de parte de estos enfermos, en algunos países africanos se han efectuado programas de cuidados a domicilio con kits de curas. Los enfermos deben tener como referencia las estructuras sanitarias cuyos profesionales se han formado con esta finalidad.

- Asegurar el comfort del enfermo: habitación individual, acogedora; vestidos y ropa limpia, buena higiene; asistencia.

- Luchar contra el dolor: suministrar analgésicos fuertes para los dolores

- Asegurar un apoyo psicológico: escucha del enfermo; afecto; disponibilidad

- Proporcionar un apoyo

espiritual: algunos enfermos solicitan el bautismo; preparación para aceptar la muerte.

¿Qué hay a nivel de Iglesia que se puede reforzar? Las estructuras sanitarias católicas deben:

- asegurar la identificación precoz de los síntomas
- proporcionar en lo posible un tratamiento precoz
- remitir a las estructuras más especializadas
- asegurar la formación y la educación de los profesionales
- involucrar a las familias en la asistencia de los enfermos
- asegurar la educación de la comunidad en cuestiones sanitarias (¿qué hacer? ¿adónde ir? ¿cartelones? ¿posters?)
- abrir un servicio de VCT
- ayudar a los enfermos en fase terminal para que hagan su testamento
- permitir a los partners de los enfermos para que hagan el test de identificación de la enfermedad y asegurarles el counselling post-test y el apoyo psico-social.

Conclusión

La pandemia del SIDA interroga a todos nosotros. La implicación de los religiosos mediante la influencia de la enseñanza de los valores morales a la población joven, es muy importante para un cambio de comportamiento.

En efecto, la faja de edad más afectada por el flagelo es aquella joven/adulto entre los 15 y 49 años. Está expuesta a comportamientos de riesgo como la actividad sexual precoz, varios partners, empleo de droga mediante el intercambio de jeringas, etc.

La educación y la enseñanza de las actitudes nefastas a la vida deben constituir el caballo de batalla de los religiosos para preservar una juventud sana.

Dr. J. AGNESS-SOUMAHORO
Responsable regional
para la atención y asistencia
del VIH-SIDA
Oficina regional para África
Costa de Marfil

Segunda Sección

EL ACOMPAÑAMIENTO

Intervenciones sobre

“La asistencia de la persona con VIH-SIDA”

I: Aspectos médico-sanitarios

Entre los diferentes aspectos que en los últimos años caracterizan la epidemia del SIDA desde el punto de vista médico-sanitario, me parece necesario poner de relieve algunos que son particularmente importantes por el impacto que tienen en la sanidad pública o en la salud de cada uno de los individuos.

1. La prevención de la transmisión materno-fetal

Este tema es uno de los más actuales por diferentes razones, ante todo por las dimensiones del problema y por las recientes y entusiasmantes perspectivas de prevención. En lo que se refiere a las dimensiones del fenómeno, se calcula que el año pasado han nacido 600,000 niños infectados por madres VIH-positivas. La mayoría de estos niños nace en Africa, donde los problemas vinculados con la pobreza, la desnutrición, las pésimas condiciones higiénicas y los desequilibrios socio-políticos, hacen que todo acercamiento preventivo sea mucho más complicado que en los países industrializados. Debemos recordar que cada niño que nace infectado está destinado a permanecer huérfano en un tiempo relativamente breve. De hecho, el problema de los huérfanos del SIDA ya ha asumido en Africa dimensiones dramáticas.

Numerosas investigaciones han puesto de relieve que casi siempre un niño se infecta con el VIH en el momento del parto y que, por tanto, es posible reducir la posibilidad de infección del recién nacido gracias a terapias anti virales en los últimos meses de embarazo y al parto. En efecto, desde hace algunos años se han preparado protocolos de tratamiento durante el embarazo de las mujeres VIH-positivas y del recién nacido, para reducir la tasa de transmisión materno-fetal de la infección. Dichos esquemas, fundados hasta ahora en el empleo del AZT, la primera medicina antiretroviral ampliamente utilizada, han permitido disminuir considerablemente el número de niños contagiados durante el embarazo y durante el parto. Se ha calculado una disminución de la tasa de transmisión del 20-30% en menos del 10% en los varios estudios. Lamentablemente, estos brillantes resultados se han obtenido solamente en los países industrializados por razones de los elevados costos y de la complejidad organizativa del tratamiento. Viceversa, allí donde sería más grande la necesidad de intervención, es decir en los países africanos, los límites económicos y la falta de redes sanitarias eficientes, han obstaculizado una amplia difusión de dicha práctica preventiva. Algunas indicaciones de esperanza provienen últi-

mamente de estudios efectuados con otra medicina antiretroviral, la *nevirapina*, que permitiría un esquema de tratamiento mucho más simple (una sola dosis a la madre durante los dolores de parto y una al recién nacido), costos mucho menores y una eficacia preventiva igual o superior a la del AZT. Numerosas agencias internacionales, gobiernos y ONGs se están movilizand para promover proyectos piloto o de intervención para extender lo más posible este nuevo y prometedor esquema de tratamiento.

2. La co-infección VIH-tuberculosis

En los últimos años, la pandemia del VIH ha agravado el problema de la tuberculosis, que ya es grave en todos los países del mundo, pero una vez más con dimensiones dramáticas en el sur del planeta y en particular en Africa. Se calcula que en 1999 los muertos por SIDA han sido de cerca de 2,5 millones de los cuales al menos el 30% estaba causado directamente por la tuberculosis. Ya se ha acertado científicamente que la infección de VIH favorece la adquisición de la infección tuberculosa o la progresión clínica de una infección tuberculosa latente. Por lo demás, la presencia de tuberculosis acelera la progre-

sión de la infección de VIH, por lo que se establece una relación de potenciamiento negativo de las dos infecciones. En los pacientes con SIDA la tuberculosis puede presentarse en formas clínica y radiológicamente diferentes, con mayores dificultades diagnósticas o posibles retrasos en el inicio de la terapia. Esta circunstancia tiene importantes repercusiones en términos de sanidad pública. En efecto, se sabe que el factor más importante de control epidemiológico de la tuberculosis es el rápido reconocimiento del peligro de contagio y por consiguiente de una difusión más eficiente de la infección. Otro fenómeno inquietante conexo con el aumento de los casos de tuberculosis es el de la resistencia del *Mycobacterium tuberculosis* (el bacilo responsable de la enfermedad) a los más potentes fármacos antituberculosos. Se calcula que aproximadamente el 2% de las cepas es actualmente resistente, pero dicha porcentual tiende a aumentar. La resistencia a los fármacos está condicionada por varios factores, siendo el más importante el seguimiento correcto de los largos y complejos esquemas de tratamiento. Una terapia eficaz antituberculosa debe hacerse con diferentes fármacos asociados durante al menos tres meses. Es evidente que allí donde las estructuras sanitarias no son eficientes o los costes no pueden ser sostenidos, el riesgo de terapias incompletas o demasiado breves es muy elevado, por lo que aumenta la probabilidad de seleccionar cepas resistentes.

3. Afinamiento de técnicas diagnósticas y aparición de nuevos potentes fármacos antiretrovirales

A mitad de los años noventa se dieron hacia adelante dos pasos importantes en la asistencia a los pacientes con infección de VIH. El primero ha sido la posibilidad, a través de sofisticadas técnicas de biología molecular, de medir en la sangre la cantidad de genoma viral y, por consiguiente, indirectamente, la capacidad repli-

cativa del virus en el individuo. Se trata de un análisis que, junto con el más clásico dosaje de los linfocitos CD4+ permite evaluar la "actividad" de la infección, su progresión y también la eventual respuesta a las terapias. Otro importante progreso ha sido la preparación de nuevos y más potentes fármacos anti-retrovirales, en particular los inhibidores de las proteasas (*saquinavir*, *ritonavir*, *indinavir*, *nelfinavir*) y los inhibidores no-nucleosídicos de la transcriptasis inversa (*nevirapina*, *efavirenz*). Dichos fármacos, usados en asociación con los clásicos inhibidores nucleosídicos de la transcriptasis (*zidovudina*, *didanosina*, *zalcitabina*, *stavudina*, *lamivudina*), han permitido estrordinarias mejoras en pacientes en un estadio adelantado de la enfermedad y la estabilización inmunológica y clínica del paciente en las fases intermedias de la infección. Naturalmente, no se trata de la solución definitiva, ante todo porque hasta ahora nunca se ha obtenido en ningún paciente una verdadera y real desradicación de la infección; por consiguiente, es necesario considerar que los esquemas de terapia son complejos y deben aplicarse por un tiempo ilimitado, deben ser seguidos en un ambiente especializado, no les falta efectos colaterales incluso graves. El principal inconveniente de las nuevas aproximaciones diagnósticas y terapéuticas sigue siendo el de los costos, que al ser altos en los países industrializados de elevada renta per capita, son absolutamente prohibitivos en los países pobres. Desgraciadamente, no hay ninguna posibilidad real de aplicación en amplia escala de los nuevos análisis diagnósticos ni de las nuevas terapias. Esto debe hacer reflexionar una vez más sobre la crucial importancia de los programas de prevención de la infección por VIH.

4. Diagnósis y cura de las principales infecciones oportunistas

En los últimos años no se han dado decisivos pasos hacia

adelante en la cura de las principales infecciones oportunistas. Sustancialmente siguen siendo eficaces los fármacos que se han empleado desde el inicio de la epidemia, como por ejemplo, el *cotrimoxazolo* para la pulmonía de *Pneumocystis carinii*, la *pirimetamina* y la *sulfadiazina* para la toxoplasmosis cerebral, o los *azolos* para las infecciones de hongos. La profilaxis y la cura de las principales infecciones oportunistas es a menudo accesible también en términos de costos y por tanto este es uno de los campos en el que podrían concentrarse los esfuerzos para la planificación de las intervenciones. Además, se ha demostrado que la prevención de las infecciones oportunistas, incluso en ausencia de terapia antiretroviral, puede mejorar la supervivencia, la calidad de la vida y reducir el número de las hospitalizaciones.

5. Los cuidados paliativos

El que cura a las personas con SIDA tiene que ver con pacientes de prognosis infausta, destinados a morir en un tiempo más o menos breve. Por esta razón es importante que se apliquen de manera generalizada los principios de la medicina paliativa, entendida como disciplina que se ocupa de remover las consecuencias más que las causas de una enfermedad. En particular, se debe poner mucha atención en el tratamiento del dolor y de los demás síntomas que inevitablemente acompañan al paciente con SIDA en la fase adelantada de la enfermedad. Es necesario multiplicar los esfuerzos para acompañar al paciente a una muerte digna, evitando el aislamiento de parte de la familia y de los agentes socio-sanitarios. Es necesario promover la calidad de la vida en su última fase, evitando cuidados inútiles y que requieren mucho esfuerzo de parte del enfermo, sin que hayan razonables perspectivas para que mejore.

Dr. MASSIMO FANTONI,
Universidad Católica
del 'Sacro Cuore'
Roma

II: Transmisión materno-fetal del SIDA.

Nuevas posibilidades de prevención

La pandemia del VIH, el virus que provoca el SIDA, no se ha detenido, antes bien, se difunde cada vez más en el mundo. Los recientes cálculos de la Organización Mundial de la Salud hablan de 33,6 millones de personas con la infección de VIH, mientras el año pasado se han infectado 5 millones de adultos y 600,000 niños. El año pasado han muerto 2,6 millones de personas elevando el número de decesos a 16,3 millones de personas.

Las formas de difusión de la infección son sustancialmente tres: sexual hemática, sangre infectada y materno-fetal, de una mujer infectada que transmite a su hijo.

En los últimos años numerosas investigaciones han puesto de relieve que un niño se infecta con el VIH casi siempre en el momento del parto y que por tanto *es posible* reducir la probabilidad de infección del recién nacido, gracias a tratamientos médicos antivirales en los últimos meses de embarazo y en el parto.

En los años pasados la demostración que un tratamiento con la *azidotimidina* (AZT nombre comercial Retrovir) tenía la capacidad de reducir el número de infecciones en los niños, ha llevado en occidente a un tratamiento extendido a las madres con VIH con la consiguiente *importante reducción de nuevos casos pediátricos*. Entre 1992 y 1997 en Estados Unidos ha habido una reducción hasta del 80% de las infecciones en los recién nacidos; la misma cosa se ha verificado en aquellas naciones europeas que han aplicado dichos tratamientos de prevención.

También el parto cesáreo comporta una reducción del riesgo del recién nacido de infectarse con el VIH. Estudios europeos en poblaciones que utilizan ambas precauciones indican que el riesgo para el recién nacido se reduce a pocas unidades por ciento.

Estos sistemas de cura y prevención han reducido considerablemente el número de nuevos nacidos en Europa y en Estados

Unidos, pero poco se ha hecho en favor de los países del África Subsahariana, donde vive más del 70% de la población con VIH.

A fines de 1999 se ha publicado una importantísima investigación en "Lancet", la mayor revista científica europea (L. Guay, Lancet 1999; 354: 795-802) acerca de *tratamientos incluso muy breves de la madre en el momento del parto y del recién nacido en las primeras horas de vida son mucho más eficaces de aquellos más prolongados y costosos* disponibles hasta ahora en los países más ricos. En práctica, sería suficiente *una sola pastilla de nevirapina* (nombre comercial *Viramune*), un potente antiretroviral, dado en el momento del parto y una sola dosis del mismo suministrada al recién nacido *para reducir considerablemente* (47%) la posibilidad de que el virus VIH sea transmitido.

Las ventajas de este tratamiento son múltiples, junto con la sencillez del tratamiento: – una sola dosis a la madre y una al niño – el costo reducido de *cerca de 4\$ en total* – el período de suministración – el parto – cuando la mayoría de las mujeres van al hospital o de todos modos cuando son asistidas por personal sanitario o parasanitario.

Estudios de evaluación sobre la relación "costo/eficacia" de dicho tratamiento confirman las elevadas ventajas (Marseille E., Lancet 1999; 354: 803-9).

A nivel científico internacional existe una gran conciencia sobre las capacidades sociales y de sanidad pública de estas investigaciones e incluso Naciones Unidas (UNAIDS) ha mostrado gran interés para *promover y sostener proyectos de prevención de la transmisión materno-fetal*.

Todavía son muchos los problemas por resolver, como el de la lactancia al seno que también es fuente de contagio y el de la enfermedad de la madre y del destino como huérfanos que les espera a estos niños, que si no fueran infectados, tendrían me-

jores posibilidades de vida.

En síntesis, la demostración científica que con una sola píldora dada una sola vez es posible reducir casi de la mitad el terrible número de seicientos mil nuevos infectados cada año impone la urgente planificación de nuevas estrategias de prevención en todos los países en vías de desarrollo en el mundo.

Un razonamiento muy práctico nos lleva a pensar que si fuese posible aplicar dicho tratamiento a aproximadamente 2 millones de niños que nacen en el mundo cada año de mujeres con VIH, el costo total del fármaco sería de cerca de 8 millones de dólares, una cifra realmente mínima si se compara con el costo social y humano de la enfermedad que probablemente podría ser prevenida en al menos 300,000 niños. Mucho más difícil es la organización capilar de la distribución y de la educación de los agentes sanitarios locales. En efecto, la experiencia demuestra que incluso enfermedades más simples de curar y menos costosas (como la diarrea y el sarampión) en realidad no son tratadas por falta de organización y por la desinformación.

Una *iniciativa* que vea a la S. Sede y a las Naciones Unidas (UNAIDS) como promotoras de actividades tendientes a planificar intervenciones realmente incisivas en la salud de recién nacidos, tiene grandes capacidades de realización gracias a la unión de la elevada capacidad organizativa de UNAIDS y de la presencia capilar y estimulante de la Iglesia Católica tanto a niveles institucionales como en el territorio.

Por consiguiente, es ausplicable un encuentro para definir los respectivos ámbitos de interés y de acción, los recursos humanos, organizativos y financieros a emplearse.

DR. MASSIMO FANTONI
*Universidad Católica
del 'Sacro Cuore'*

DR. GUIDO CASTELLI
GATTINARA
*Hospital Pediatrico
'Bambino Gesù', Roma*

Introducción

En el imaginario colectivo, el SIDA se caracteriza como “catástrofe social”, una “enfermedad culpable” llena de simbolismos inconscientes, ya que es contagiosa, prejudicial y discriminatoria, incurable y letal, que se caracteriza por estilos de vida desviados, transgresivos, amorales.¹

Por estas razones esta enfermedad desencadena una reacción social emotiva patofóbica,² defensiva, ambivalente y contradictoria desde el punto de vista psicológico, que tiende a alejar de sí el desvalor moral de la enfermedad y, de hecho, para justificar y legitimar la marginación de las personas enfermas, hacia las cuales las intervenciones de solidaridad, apoyo y cuidado, que deben tener en cuenta tanto el derecho a la libertad individual como de programas de protección y prevención para la colectividad,³ son intervenciones que están todavía muy lejos de ser equitativas, coordinadas, eficaces y éticas.

Una diagnosis y la vida cambia

Aunque la obra de información de parte de los agentes sea considerable para distinguir las diferentes fases de la enfermedad, el tener conciencia del propio estado infectivo conlleva para el paciente un nivel de ansia tan grave que se transforma en angustia paralizadora, que corroe el sentido del proyecto de vida, con fantasías de muerte inmanente, con inevitables y desestructurantes repercusiones en las relaciones afectivas, interpersonales, sociales y de trabajo.⁴ Debemos decir también que la difusión pandémica del SIDA y la propaganda que le dan los medios de comunicación⁵ inducen en los sujetos turbados psicológicamente, que tienen conciencia de comportamientos con peligro de conta-

gio, los denominados “*worried well*” de los Autores anglosajones,⁶ convicciones hipocondríacas que se pueden transformar en un cuadro obsesivo delirante, incluso en ausencia de sintomatologías clínicas.

Aunque recientes encuestas registren un considerable aumento del contagio entre los eterosexuales⁷ que, por lo menos en lo que concierne a los países occidentales, deriva de modelos de identidad de vida propuestos y difundidos con insistencia por los *mass media*, orientados a la liberalización de las costumbres con tendencia a la exaltación de la transgresión, no hay que olvidar que la infección por el VIH privilegia a los sujetos con historias y estilos de vida con mayor elevado riesgo de contagio, como los drogadictos y los homosexuales.⁸

Las causas que determinaron su problematización son bien conocidas: en esta sede es suficiente decir que la oscilación de la personalidad en estos sujetos va de una grave disfunción psicológica a una madurez psico-social⁹ más adecuada.

Las personalidades tóxicomaníacas, por razones de su vulnerabilidad psicológica, la inmadurez caracterial, la baja capacidad de tolerar las frustraciones y su alienación espiritual, tienden a negar la gravedad y el riesgo del contagio y se confían en la capacidad de reacción del propio organismo. Por estos motivos, son sujetos difíciles, poco receptivos ante los programas de prevención, educación sanitaria y *counseling*.

En los pacientes homosexuales, la diagnosis de seropositividad y SIDA infunde graves sentimientos de culpa con respecto a sus elecciones sexuales: se sienten responsables de la enfermedad y, al mismo tiempo, más respetuosos y atentos en lo que concierne la difusión del contagio. Su preocupación mayor está representada por el temor de ser descubiertos, de

mantener o no el secreto de su condición, que los estigmatiza tanto por las elecciones de diversidad, como por la pertenencia a un grupo transgresivo y amoral, visto como potencialmente infecto y contagioso.¹⁰

Una consideración importante se refiere a los problemas psicológicos que derivan de la relación con el o la partner seropositivos: dinámicas de mayor relieve e impresionantes si se examinan en las personas infectadas accidentalmente o con una vivencia de “responsabilidad” de vida.¹¹

Esto lleva a situaciones de angustia y temor por el contagio en acto o futuro que dá lugar a profundos cambios en la relación de pareja, defraudándola de la dimensión de lo cotidiano. Se pueden determinar su “desmoronamiento” o el mantenimiento del vínculo, con la convicción de los riesgos y la comparticipación de responsabilidades fuertemente depresivas, como si ya nada contase en la vida; o se elige la abstención de la relación sexual como retiro de la libido de una inversión a elevado riesgo, pero con agotamiento de la relación en tiempos breves.

De lo expuesto se puede ver cada vez con mayor evidencia la importancia y la necesidad de invertir en la obra de prevención que, al mismo tiempo que realice una información adecuada, eduque a la madurez responsable: una madurez que, en el ámbito de la pareja lleve al encuentro del valor espiritual del amor que se dona como sentido fundamental de la existencia. Como profundizaré más adelante, se trata de un concepto que es preciso divulgar en los adolescentes para que alcancen una fuerza de carácter para evitar y superar comportamientos que conllevan riesgos, frente a los cuales la Iglesia opone un ideal positivo que comprende y aplica normas morales de conducta, capaces de preparar al amor responsable y feliz, garantía principal

para tutelar la salud propia y de los demás.

De conformidad con este ideal, como afirma el Santo Padre, "...aparece como profundamente ofensivo a la dignidad de la persona y por consiguiente moralmente ilícito, propugnar una prevención de la enfermedad del SIDA que se base en el recurso a medios y remedios que violan el sentido humano auténtico de la sexualidad y son un paliativo para aquellos disturbios profundos, donde se cuestiona la responsabilidad de los individuos y de la sociedad... y un pretexto para un abandono que abra el camino al deterioro moral"¹²

Reacciones psicológicas ante la comunicación de seropositividad

Las posibles reacciones psicológicas a la revelación diagnóstica de VIH, que las investigaciones científicas internacionales han demostrado interferir ya sea con los parámetros inmunitarios que con la aceptación del tratamiento,¹³ dependen de algunas variables: de las características de personalidad y de las respuestas de adaptación; del estilo de vida llevado, que expone a los sujetos a un mayor riesgo de contagio y, en fin, de las complicaciones orgánicas que determina la infección. Podemos sintetizar dichas reacciones en: negación, cólera y depresión.

Negación, como reacción inmediata que tiende a exorcisar la enfermedad; actitud en primer lugar incrédula, hipertrófica y luego introspectiva, poco a poco silenciosa, con tendencia

a cerrar las relaciones interpersonales.

Cólera, por ser la víctima designada por el contagio; la mayoría de las veces dicha reacción comporta manifestaciones clásticas, capaces de llegar – en casos extremos – a la voluntad de contagiar a los demás, difundiendo la enfermedad con fines de venganza.

Depresión, determinada por sentimientos de desesperación y tremendos sentimientos de culpa frente a una vivencia inmanente de muerte que refuerza y amplifica la visión mítica y simbólica del SIDA.

Las fases de la enfermedad

En el período que pasa entre el contagio y la positividad anticorpal, que se define "fase ventana", un sujeto resulta seronegativo aunque ya está infectado y es capaz de contagiar: se pueden hipotizar como potenciales serios peligros para transmitir y contraer la enfermedad, que pueden incumbir en la colectividad mediante elecciones comportamentales de riesgo, especialmente en el ámbito de la sexualidad.

Cuando la diagnosis de seropositividad es confirmada por los análisis clínicos, como se ha dicho antes, la persona pone en marcha varias reacciones psicológicas que la colocan en oscilación continua entre pensamientos de vida y de muerte, la ocupan en frecuentes reelaboraciones cognitivas y de comportamiento, que deberían permitirles experimentar nuevas formas de equilibrio psicológico.¹⁴

La delicada tarea de *counseling* en la persona afecta por

VIH debe promover la aceptación del propio estado y reconstruir una imagen positiva de sí, que le permita establecer objetivos futuros realistas y mantener viva la esperanza de que es posible lograrlo.¹⁵

En el ámbito de la enfermedad evidente, los regímenes terapéuticos recientes que llevan a considerables reducciones de la fuerza viral, han originado nuevas expectativas sobre la calidad de la vida y, a veces, esperanzas irreales de curación que, desilusionadas por lo trágico de la enfermedad, hacen que el paciente pierda el control con respecto a la realidad circunstante, en un estado de desesperación y decaimiento psicofísico, que en casos extremos puede llevar al suicidio.¹⁶

Como afirma Nichols,¹⁷ el *iter* psicológico del enfermo de SIDA se caracteriza por tres fases: el estado de crisis inicial, el estado de transición y, en fin, ed de adaptación y preparación a la muerte.

El dolor moral por el prejuicio social, junto con la terrible pérdida de esperanza, el disturbio que deriva por razones del aislamiento y el abandono de parte de los demás y, no última, la identificación con la muerte de un amigo querido con el que se han compartido las mismas elecciones de vida, se contraponen conflictualmente con la necesidad de apoyo afectivo, psicológico y social, que puede ser compensado a lo más por la figura materna con una relación simbiótica en formas regresivo-infantiles, junto con un renovado y encontrado interés hacia la búsqueda de un consejero espiritual competente, punto de referencia de muchos procesos de rehabilitación moral e importante elemento interactivo al tratamiento terapéutico.

Es en esta fase existencial que el enfermo de SIDA descubre y reafirma los valores fundamentales de la vida, junto a un espíritu combativo contra la enfermedad que, de manera lamentable e inexorablemente concluye el ciclo vital.¹⁸

La familia del enfermo VIH/SIDA: reacciones

En línea general, los sujetos



con VIH, hasta la fase asintomática, tratan de tener bajo control la situación, minimizando incluso para consigo mismos las penosas consecuencias de la enfermedad. Cuando esto ya no es posible contenerlo ante las complicaciones evolutivas de los síntomas y el subseguirse de las terapias sanitarias, la diagnosis de SIDA a menudo encuentra a la familia impreparada ante la revelación de la enfermedad, y sólo en concomitancia con ella comienza a conocer las problemáticas tóxico-maníacas o los comportamientos infieles o transgresivos del pariente.¹⁹

De esto deriva un cambio en el ambiente familiar que modifica, con una reorganización global, todas las variables relaciones implicadas: en casos extremos son los temores por la condena moral, las estigmatizaciones de la opinión pública ante una diagnosis “vergonzosa”, que hacen más complejas y disgregadoras las dinámicas familiares.

La familia tiende a disimular, cerrándose en su sufrimiento, del que surgen conflictos internos muy graves, con intercambios de acusas y culpabilidades hacia la persona del enfermo, hasta llegar a su expulsión para defenderse de ser asociada al desvío, al estilo de vida y a los desvalores que determinaron las divergencias.²⁰ Todo esto tiene lugar con profundas heridas íntimas, que impiden que las dos partes tomen decisiones constructivas capaces de reconciliarse con la vida; dinámica puesta de relieve por Su Santidad en su discurso de 1990 con ocasión de la Conferencia Internacional sobre SIDA, promovida por el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios: “... La pérdida del calor familiar provoca en los enfermos de SIDA la disminución e incluso la extinción de aquella inmunología psicológica y espiritual que a veces se revela no menos importante de aquella física para sostener la capacidad reactiva del sujeto”.²¹

Los agentes sanitarios

Las implicaciones psicológicas del SIDA y de las infeccio-

nes por el VIH merecen un análisis también en lo que se refiere a los agentes sanitarios²² pues, además de influir en el equilibrio personal, con frecuencia tienen importancia sobre la funcionalidad de la estructura sanitaria y sobre la calidad de la asistencia. La persona enferma desarrolla hacia los agentes un estado de dependencia psicofísica, mientras la familia, reconociéndoles la autoridad del saber, se pone en un estado de sumisión: paciente y familia proyectan en los agen-



tes sanitarios sus deseos de supervivencia, a través de un mecanismo que definiría de “anclaje en la vida”.

El personal de asistencia, viceversa, puede estructurar dos actitudes defensivas opuestas, más o menos inconscientes, que sirven para alejar angustias de muerte y sentimientos de impotencia terapéutica: o el distanciamiento emotivo hacia el enfermo, que es considerado “caso clínico”, sujeto de síntomas vaciado de su humanidad y de su ser persona; o una hiperimplicación afectiva, a través de un proceso de identificación con la persona enferma que daña la imagen profesional, que de algún modo requiere empatía, solidaridad y caridad en su significado más elevado.²³

El problema más sentido por los agentes es ciertamente el del contagio para sí y para la propia familia. Las precauciones, a veces superiores a las reales necesidades, representan una barrera psicológica más que se interpone en la relación con el enfermo, mientras el recurrir a formas de comunicación imprecisas, equívocas, contradictorias, tienden a evitar

que se asuman responsabilidades que pueden deteriorarse en el conocido *burn-out*.²⁴

Son muy raros los casos de rechazo para curar a las personas afectas de VIH-SIDA, en contradicción clamorosa con los artículos 5 y 7 de la ley 135 del 18.09.1990 del actual Código Deontológico Italiano: rechazo sintomático de disturbios profundos de la persona, además que profesionales.²⁵ Es evidente que es necesario ofrecer a todo el personal que se ocupa de pacientes VIH-SIDA una asesoría

psicológica que, al favorecer el control del ansia y reducir el stress del trabajo, mejore ya sea la comprensión de las propias tareas profesionales así como la capacidad de proporcionar una positiva relación dialógica, una ayuda humana presente, capaz y eficiente.

Reflexiones

Todos estos temas tratados, son de candente actualidad y se vuelven aún más cruciales ante las divergencias culturales que son evidentes en las respuestas para solucionar el problema de la prevención del SIDA. Son problemas que ven por un lado el gran papel-guía moral y pedagógico de la Iglesia y, por otro, una visión cultural de la sociedad moderna que, en virtud del principio de la racionalidad científica, no exente de implicaciones con el poder político y/o económico, se funda cada vez más en la tecnología y en el control de lo real.

Ópticas diferenciadas, de las que surgen corrientes emotivas opuestas, que encuentran al hombre común en una condi-

ción de desconcierto y preocupante crisis de valores, que pueden llevar a la presencia de una subjetividad ética que tienda a buscar un modelo de Iglesia que responda a las necesidades personales, determinando un irreal y cómodo dualismo entre Ética laica y Ética cristiana, entre Ciencia y Religión, entre Estado e Iglesia.

Como el Santo Padre ha dicho en la ya mencionada conferencia internacional sobre SIDA: "...No estamos lejos de lo verdadero si se afirma que, paralelamente al difundirse del SIDA, se está manifestando una especie de inmunodeficiencia en el plano de los valores existenciales, que no puede dejarse de reconocer como una verdadera patología del Espíritu",²⁶

En efecto, no obstante la dramática de la enfermedad, el VIH-SIDA y sus reveladoras problemáticas constituyen sólo la punta de un *iceberg*, de una realidad psicofísica y espiritual más compleja, en la que es necesario intervenir.

Este es el verdadero "desafío": exorcisar el peligro de anular las conciencias, de negar la dignidad de la persona humana, para promover una *cultura de la vida*, necesaria para construir una sociedad más justa y humana. Dicho desafío es acogido por la Iglesia, que en este sentido obra desde siempre: madre y maestra,²⁷ respondiendo con el corazón, sabe hablar a los hombres, conociendo sus fragilidades y comprendiendo sus turbaciones y dificultades; incansablemente promueve nuevas lecturas del comportamiento humano, con el valor de quien busca la verdad, la de los valores, de la sacralidad de la vida, en el respeto de los principios inderogables de su Magisterio, de la Fe y de la Ética.

Sin embargo, como confirman los datos surgidos del cuestionario hecho por el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, la aceleración histórica requiere hoy nuevas estrategias de evangelización y de esperanza que la Iglesia, más allá de toda autorización iniciativa local, debe y sabe tener la capacidad de organizar para los enfermos de SIDA y para

sus familias, una ayuda concreta, solidaria, caritativa y espiritual, que sea de alivio, recuperando por ejemplo antiguos conventos, que podrían ser transformados en casas de acogida o encargando a las órdenes religiosas para que se ocupen de los huérfanos de SIDA en su habitat natural. Una ayuda que, a través de la institución de un Observatorio central con funciones de coordinación de los recursos humanos, sociales y científicos sobre SIDA, sea un núcleo de conocimiento informativo, divulgativo y de propulsión para todas las complejas realidades eclesiales locales, así como un justo reconocimiento a su obra pastoral.

Por tanto, la ayuda de la Iglesia debe ser concreta, no sólo mediante la exaltación activa de los grandes valores que son el fundamento de la vida, sino también a través de programas de información, educación, formación y prevención, realizados capilarmente en todos los sectores sociales y vueltos más utilizables mediante acciones finalizadas, involucrantes y muy propagandadas, en sinergia con otras iniciativas estatales o privadas.

La Iglesia misma debe ser *trait-d'union* entre Estado y Comunidad científica, para animar a la sociedad en sus ideales, "auténticos valores" a través de los cuales superar las estériles posiciones de política demagógica y de determinismo científico en favor de actitudes más maduras y responsables, iniciando desde los más jóvenes, como elección consciente de vida, como valor fundante de aquel proyecto humano que se basa en la eficacia y significación de los alcances morales y espirituales.

Todo esto será posible con intervenciones que tienden a la afirmación de los principios universales, propuestos y en lo posible actuados en los contextos más difíciles, con formas programáticas respetuosas y adecuadas a las diferentes realidades político-económicas, antropológicas y culturales del planeta, capaces de oponerse al empobrecimiento o deterioro moral que lamentablemente encuentra espacios de libre conquista entre problemas de igno-

rancia, analfabetismo, desocupación, prostitución, en contextos sociales poco evolucionados o tecnológicamente adelantados o a menudo despersonalizadores.

Con este fin, las intervenciones de mediación diplomática de la Iglesia con las autoridades gubernamentales deben ser incisivas y urgentes, que tiendan a reducir la separación existente entre países pobres y ricos en lo que se refiere a la tutela de la salud en general y en la lucha contra el SIDA en particular, desigualdades escandalosas y deshumanas de las que debemos asumirnos la responsabilidad.

Sólo en la plena colaboración y con un impulso humanitario se podrán sustraer a estas personas sufrientes y sus familias, ambas marcadas en el cuerpo y en el alma, a la dramática soledad y a la desesperación que la enfermedad del SIDA conlleva, a través de una asistencia sanitaria y psicológica válida y equitativa (para proceder a una elaboración catártica de la enfermedad, que les establezca interiormente) ayudada por una consolación espiritual, sensible como siempre, pero preparada específicamente para el conocimiento de las técnicas de *counselling* (*crisis counselling, problem-solving counselling, decision-making counselling*),²⁸ para ayudar a fin de que el corazón de los enfermos se abran a la esperanza del redescubrimiento de la propia dignidad de hombres e hijos de Dios.

A través de una acción de *feedback* las intervenciones educativas precoces pueden ser más incisivas si están orientadas a factores de:

- *personalidad* (desestima de sí, búsqueda de un papel, angustia de crisis de abandono o de muerte, conflictos profundos, inseguridad, búsqueda de gratificación, etc.);

- *sociales*: (marginación, cambios de las estructuras sociales en un marcado proceso de aceleración histórica, inmigración, urbanización, desocupación, etc.);

- *sanitarios* (acceso a las terapias, costos, etc.);

teniendo presentes dos objetivos fundamentales muy im-

portantes y nobles por su incidencia en la sociedad actual, que a menudo parece haber perdido sus propios puntos de referencia: por un lado la revaloración del papel de la mujer en su esencia de madre, esposa e hija, delegada espiritual del amor que se dona y testigo especial en el camino de cada ser humano;²⁹ por el otro, la recuperación de la importancia de la familia, que en la actualidad es demasiado carente por desarmonías, crisis, conflictualidades entre padres, o paradójicamente inexistentes en su esencia institucional, cuando en verdad, como afirma el Cardenal Trujillo, ella es "testimonio de la fidelidad al proyecto de Dios y corazón de la civilización del amor, don y compromiso para el futuro de la humanidad".³⁰

El compromiso de la Iglesia, con la misión de sus "heraldos del Evangelio",³¹ como ha definido el Papa a los sacerdotes, religiosas y religiosos, así como a todos los agentes católicos que se inspiran en sus ideales, a través de la reapropiación de una conciencia moral podrán facilitar el alcance de los objetivos establecidos con el fin de combatir y vencer aberraciones y negaciones de los valores de la persona, para permitirle alcanzar la dignidad y plenitud de vida que debe recuperar su verdadera esencia, su espiritualidad, su trascendencia.

Dra. ROSA MEROLA
Psicóloga, Italia

Notas

¹ NICHOLS S.E., *The social climate when the AIDS develop*, in NICHOLS S.E. e OSTROW D.G. (a cura di), *Psychiatric implication of AIDS*, Am. Psych. Press Inc., pp. 86-92, Washington (USA) 1984.

² OSTROW D.G., *Models for understanding the psychiatric consequences of AIDS*, in *Psychological, Neuropsychiatric and Substance abuse aspects of AIDS*, a cura di BRIDGE T.P., pp. 85-94, Raven Press, New York (USA), 1988.

MILLER D., *Psychosocial problems associated with HIV infection and disease*, in MILLER D., WEBER J., GREEN J. (a cura di), *The management of AIDS patients*, (seconda edizione), Londra, McMillan Press, 1989.

³ NICHOLS S.E., *An overview of the psychological and social reactions to AIDS*, in J.C. GLUCKMAN e E. VILMER (a



cura di), *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, Conferenza Internazionale sull'Aids, Parigi, 23-25 giugno 1986, Parigi, Elsevier, p. 261, 1987.

⁴ DENMAN A., *Immunity and depression*, British Medical Journal, n. 293, pp. 464-465, 1985.

⁵ DILLEY J.W., OCHTILL H.N., PERL M., VOLBERDING P.A., *Findings in psychiatric: consultations with patients with acquired immune deficiency syndrome*, American Journal of Psychiatry, n. 142, pp. 82-86, 1985.

GREEN J., *Dealing with anxiety and depression*, in GREEN J., MCCREANER A. (a cura di), *Counselling in HIV infection and AIDS*, Blackwell Scientific Publication, pagg. 174-177, Regno Unito, 1989.

⁶ HEDGE B., ACTION T., MILLER D., *The Worried Well: identification by simple checklist*, in Abstract Books of the V International Conference on Aids, p. 701, Montreal (Canada), 1989.

⁷ MUSICCO M., LAZZARIN A., GASPARRINI M., *Trasmissione eterosessuale HIV: conoscere per prevenire*, Atti della Prima Giornata Italiana di Studio sulla Trasmissione Eterosessuale dell'HIV, Milano, 1983.

⁸ CAZZULLO C.L., GALA C. e altri, *Psychopathologic features among drug addicts and homosexual with HIV infection*, International Journal of Psychiatric Medicine, USA, 1989.

⁹ DSM IV, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1995.

¹⁰ MARTINI S., ROSSINI M., RUSSO R., *Aids: problematiche e aspetti psicosociali*, Psichiatria & Medicina, anno II, n. 2, pp. 34-38, Edimedica, Milano, 1988.

¹¹ SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE, *Manuale pratico sull'infezione da HIV per medici di medicina generale*, Supplemento a SIMG - Medicina Generale, anno X, n. 6, UTET Periodici Scientifici, Torino 1993.

¹² GIOVANNI PAOLO II, *Discorso tenuto alla Conferenza Internazionale sull'Aids*, Dolentium Hominum, n. 13, a cura del Pontificio Consiglio della Pastorale degli Operatori Sanitari, Città del Vaticano, 1990.

¹³ SOLOMON G.F., TEMOSHOK L., O'LEARY A., ZICH J., *An intensive psychoimmunologic study of longsurviving persons with Aids*, Annual of the New York Academy of Science, n. 496, pp. 647-655, 1987.

TEMOSHOK L., *Psychoimmunology and Aids*, in *Psychological, neuropsychiatric and substance abuse aspects of Aids*, a cura di BRIDGET T.P., pp. 187-197, Raven Press, New York (USA), 1988.

¹⁴ BELLOTTI G.G., BELLANI M.L., *Il Counselling nell'infezione da HIV e nell'Aids*, pp. 97-120, McGraw-Hill, Milano, 1997.

BELLANI M.L., BELLOTTI G.G., *Aspetti psicologici dell'infezione da HIV e linee guida per il counselling*, in DIANZANI F., IPPOLITO G., MORONI M. (a cura di), *Aids 1988: Il contributo italiano*, pp. 135-142, Piccin Editore, Padova, 1998.

¹⁵ TROTTI E., BELLANI M.L., *Il counselling nella fase di HIV sieropositività asintomatica*, in BELLOTTI G.G., BELLANI M.L., *Il Counselling nell'infezione da HIV e nell'Aids*, pp. 159-169, McGraw-Hill, Milano, 1997.

¹⁶ MARZUK P.M., TIERNEY H., TARDIFF K. e altri, *Increased risk of suicide in persons with Aids*, JAMA n. 259, pp. 1333-1337, 1988.

¹⁷ NICHOLS S.E., *Psychiatric aspects of Aids*, Psychosomatics, n. 24, pp. 1083-1089, 1984.

¹⁸ MILLER R., BOR R., *Aids: a guide to clinical counselling*, Science Press Ltd, Philadelphia (USA), 1991.

¹⁹ BOR R., LEASK C., *Il counselling nell'HIV-AIDS e la famiglia*, in BELLOTTI G.G., BELLANI M.L., *Il Counselling nell'infezione da HIV e nell'Aids*, pp. 459-470, McGraw-Hill, Milano, 1997.

MILLER R., GOLDMAN F., BOR R., *Application of a family system approach to working with people affected by HIV disease. Two case studies*, Journal of Family Therapy, n. 16, pp. 295-312, 1994.

²⁰ SCHWARTZ P. e altri, *Projective report about self, family, environment and discomfort associated with symptomatic HIV infection in children*, in Abstract Books of the V International Conference on Aids, p. 272, Montreal (Canada), 1989.

LEVINE C., *Aids and changing concepts of the family*, The Milbank Quarterly, n. 68, pp. 35-58, 1990.

²¹ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso tenuto alla Conferenza Internazionale sull'Aids*, op. cit.

²² BELLOTTI G.G., BELLANI M.L., DE MEI B., GRECO D. (a cura di), *Il counselling nell'infezione e nella malattia da HIV*, Istituto Superiore di Sanità, ISTISAN 95/28, Roma, 1995.

²³ DI GIANNANTONIO M., MATTIONI T., FAVETTA S., TEMPESTA E., *Burn-out: Helping Professions and Aids. The stressing care of Aids patients*, Italian Journal of Psychiatric and Behavioural Sciences, vol. I, n. 1, pp. 85-93, Idelson, Napoli, 1991.

²⁴ CHERNISS C., *La sindrome del burn-out. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari*, Centro Scientifico Torinese, Torino, 1983.

²⁵ COMMISSIONE NAZIONALE AIDS - MINISTERO DELLA SANITÀ, *Aggiornamento dell'epidemiologia dell'Aids e dell'infezione da HIV in Italia*, Giornale Italiano dell'Aids, vol. III, n. 3, 1992.

²⁶ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso tenuto alla Conferenza Internazionale sull'Aids*, op. cit.

²⁷ GIOVANNI XXIII, Enciclica "Mater et Magistra", III, in AAS 53, 1961.

²⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Global programme on Aids (WHO-GPA)*, Progress Report 1992-1993, Ginevra (Svizzera), 1995.

²⁹ GIOVANNI PAOLO II, *Lettera alle Donne*, Ed. Vaticane, Città del Vaticano, 29/6/1995.

³⁰ TRUJILLO L.A., *Famiglia: Vita e Nuova Evangelizzazione*, Ed. San Paolo, Cinisello Balsamo, 1997.

CAFFARRA C., *Aids: aspetti etici generali*, Dolentium Hominum, n. 13, a cura del Pontificio Consiglio della Pastorale degli Operatori Sanitari, Città del Vaticano, 1990.

³¹ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso tenuto alla Conferenza Internazionale sull'Aids*, op. cit.

IV: Aspectos ético-morales

Conflicto entre los valores en juego

Desde la primera aparición de la epidemia, la perspectiva ético-moral a partir de la cual examinar la asistencia a la persona afecta de VIH/SIDA evidente, necesariamente ha tomado en debida consideración un número impresionante de problemas. Antes bien, podemos decir que la infección del VIH/SIDA ha servido como catalizador de numerosos conflictos éticos que, como de un cofre de Pandora del siglo XX, han interrogado las conciencias de cada uno de los agentes y han surgido tanto en el plano personal como en el de las políticas sanitarias.

A comienzos del siglo, el famoso Sir William Osler al hablar de la sífilis – enfermedad con la que a menudo se hace una analogía cuando se habla del SIDA – escribía en el prefacio de su famoso tratado de medicina interna, que la sífilis era la única enfermedad que los estudiantes de medicina debían estudiar profundamente en vista de la complejidad de los cuadros clínicos que presentaba: “Estudiad la sífilis en todas sus manifestaciones y correlaciones clínicas – decía – y cualquier otra patología la conoceréis en añadidura”. También hoy podemos decir que conocer el SIDA en todas sus correlaciones ético-morales significa confrontarse con todos los problemas de la ética biomédica o, por lo menos, con gran parte de ellos, porque son muchas las caras de la infección del VIH.

Si examinamos los diferentes problemas ético-morales que ha levantado la asistencia a la persona con infección del VIH, vemos que se trata de problemas incluso muy diferentes entre sí pero que sustancialmente giran alrededor del conflicto entre: a) el derecho-

deber de prevenir la infección en los sujetos sanos – es decir, de proteger la sociedad – y b) asistir y proteger al individuo infecto, ya sea seropositivo o incluso afecto por la enfermedad evidente. A partir de este conflicto se desarrollan las demás cuestiones que, cuando se afrontan en otros campos de la bioética, se vuelven particularmente críticas en el caso de infección del VIH con relación a las peculiaridades de la enfermedad, que hasta ahora no tiene una cura definitiva, y a las formas como se difunde.

Dicho conflicto surge, en particular, cuando se quiere definir los principios éticos de referencia y, más aún, cuando se trata de acordarlos y armonizarlos entre sí. De allí que la literatura ética pone en evidencia una pluralidad de valores y de consiguientes deberes ético-morales que están llamados en causa en la asistencia a la persona con VIH.

Ante todo, *el principio del respeto de la dignidad y autonomía* de los sujetos implicados, particularmente el sujeto seropositivo o enfermo, que no puede dejar de ser considerado como persona por razones de su condición, cualquiera sea la forma a través de la cual la haya contraído la enfermedad. Antes bien, debe ser ayudado a afrontar las consecuencias de su estado a través de elecciones personales y responsables desde el replanteamiento de sus propios comportamientos, a las decisiones de informar a otros de su estado, de contraer matrimonio, de procrear, de rechazar o aceptar un tratamiento experimental, etc. Se trata, pues, de promover la libertad responsable de los sujetos, de manera que dicha responsabilidad encuentre eco en la responsabilidad de la sociedad, evitando que se determinen ocasiones de discriminación o de violación de la privacy de los pacientes.

Es preciso subrayar que a menudo en nombre del principio de autonomía se reivindican libertades que no siempre están asociadas a la plena responsabilidad como, por ejemplo, la de querer continuar comportamientos desordenados y peligrosos. De hecho, en los primeros años de la infección del VIH en el debate ético a menudo se puso el énfasis en el significado de la autonomía individual del sujeto infecto y el SIDA ha sido muy ideologizado por grupos de presión social involucrados en comportamientos a riesgo que de la infección han hecho una bandera para tratar de legitimar sus comportamientos y reivindicar una serie de “privilegios” (leyes especiales, financiamientos de parte del Estado para sus asociaciones, para sus proyectos de distribución gratuita y masiva de preservativos, respeto absoluto de su privacy, etc.). La atención a la protección del individuo infecto, en sustancia, a menudo ha prevalecido en lo que respecta a la sociedad considerada como bien común y como bien de cada uno de los sujetos sanos con peligro de infectarse.

Un artículo publicado a comienzos de los años 90 en la revista *New England Journal of Medicine* con el título: *An ent to HIV exceptionalism?*, describía de este modo la política adoptada ante al surgimiento del SIDA: “Durante el primer decenio de la epidemia una comunidad de intereses, formada por portavoces de homosexuales, defensores de las libertades del ciudadano, médicos y funcionarios de los servicios sanitarios, desarrolló una política de comportamiento frente a la enfermedad teniendo en cuenta el concepto de ‘tratamiento especial’. No sólo en los EE.UU., sino también en muchos países industrializados occidentales, la política sanita-

ria fue determinada mediante una alianza que ponía la libertad individual por encima de la responsabilidad frente al prójimo y la sociedad. De este modo, obtuvo como objetivo el reconocimiento a la infección por VIH de un estatuto especial entre las enfermedades infecciosas y en particular entre aquellas transmitidas sexualmente”.

Hoy que la enfermedad es tan difundida, que las personas infectas viven – y pueden infectar – por más tiempo, que el goce de servicios sanitarios no necesariamente está relacionado con la infección, que entre los mismos agentes sanitarios hay muchos sujetos infectos, el temor recíproco entre médicos y pacientes parece ahora trasladar el debate. Es decir, estamos tentados de poner de lado la autonomía y el derecho de la reserva absoluta del individuo mientras se proclama la necesidad de una mayor implicación de la comunidad y de las instituciones en el conocimiento del status infectivo con el fin de proteger los intereses comunes, en un contexto de responsabilidad. En otras palabras, no hay razones médicas ni de otra naturaleza que requieran un estatuto especial reservado al SIDA o a quienes no deban ser tratados de acuerdo a criterios ya considerados para las enfermedades infecciosas, transmitidas sobre todo por vía sexual.

Estos criterios son: proteger a quien aún no está contagiado, identificar a quien está contagiado, reforzar el sentido de responsabilidad y de la razón para no propagar la enfermedad; disposiciones coercitivas en una minoría de casos en los que falte el sentido de responsabilidad; solicitud para con el enfermo con la finalidad de reducir su sufrimiento.

Esta exigencia – que en verdad tiene un fundamento que va más allá de las modificaciones sociológicas contingentes que ha encontrado en su camino la infección por VIH – confirma justamente que el principio de la autonomía es insuficiente sin la referencia a la responsabilidad personal y social.

Otro principio en juego es *el principio del beneficio*, invocado ya sea en favor del sujeto infectado – que debe ser cura-

do y asistido de manera óptima – así como para los sujetos sanos y la colectividad en general, y de la familia en particular, cuya salud debe ser defendida del contagio mediante eficaces y adecuados programas de prevención que prevengan también el control de las causas próximas, remotas y concomitantes como la drogodependencia y el uso desordenado de la sexualidad.

En nombre del principio del beneficio, p. e., el médico tiene el deber de curar a los enfermos infectados, sin poder rehusarse a proporcionarle la debida asistencia sólo por temor de ser contagiado; los investigadores tienen el deber de comprometerse para hacer adelantar la investigación con el fin de encontrar los remedios para la patología; la sociedad debe intervenir con adecuadas campañas de prevención para limitar la difusión de la infección y proteger a los sujetos sanos.

En fin, se recuerda el *principio de justicia*, que se aplica no sólo en el sentido de una equidad social en la distribución de las cargas, sino también en el sentido de intervenir con relación a las necesidades de cada individuo (que no son iguales para todos) y a las posibilidades que él debe proveer personalmente. Este principio reclama pues la solidaridad y la subsidiaridad y no quiere decir simplemente igualitarismo.

Con respecto al principio de justicia, además que en el de beneficio que hemos recordado, se funda también el deber de informar y ser informados sobre el estado de seropositividad de un sujeto para poner en movimiento todas las intervenciones con el fin de prevenir el contagio. Sólo teniendo conocimiento de un riesgo se pueden poner en marcha intervenciones preventivas y, por consiguiente, sería injusto callar con respecto a informaciones decisivas para modificar un comportamiento. Este tema, p.e., es sostenido con respecto al problema del secreto profesional que, justo en el caso del SIDA se discute de manera profunda sobre los criterios para derogarlo, no sólo por motivos legales sino también por motivos socialmente importan-

tes como es, p.e. el peligro inminente de infección para un sujeto que ignora el riesgo.

A la luz del principio de justicia aún no podemos dejar de estar perplejos en lo que respecta a la orientación de muchas legislaciones que no quieren insertar la infección por VIH en la lista de las demás enfermedades infecciosas ya existentes – y por tanto aplicar las medidas previstas para éstas – sino más bien para crear una legislación *ad hoc*. Esta orientación se justifica solamente en parte con las peculiaridades de la infección por VIH con respecto a las demás enfermedades infecciosas; en cambio, han aparecido con mucha claridad las razones que han determinado esta elección, razones que no son extrañas justo a aquellos comportamientos y a aquellos grupos sociales (drogodependientes y homosexuales) que desde el inicio han sido relacionados con las formas de infección. En otras palabras, la infección ha constituido una ocasión, como hemos dicho, para reafirmar en el ámbito ideológico que no se podían poner en discusión ciertos comportamientos sino que la única cosa que se debía hacer era seguir garantizándolos, sólo mediante una mayor seguridad para evitar la infección.

Al respecto, no han faltado denuncias de reconocidos clínicos que han puesto de relieve que el tratamiento “de favor” hacia el SIDA – leyes especiales, destinación de fondos para la investigación y la asistencia – parecía injusto con respecto a las políticas sanitarias adoptadas para otras patologías, igualmente graves y referentes a un número de pacientes ciertamente no inferior, como es el caso de las enfermedades neoplásicas. En Italia, p.e., no obstante la elevada incidencia de estas patologías, nunca han habido leyes especiales y por mucho tiempo tampoco han habido siquiera fondos públicos destinados específicamente para subvencionar la investigación y tratamientos en este sector.

De todos modos, dejando de lado estas consideraciones, el principio de justicia subraya

que la dimensión social del SIDA está estrechamente vinculada con aquella ética y asume particular relevancia en esta enfermedad ya que involucra a la persona no sólo como individuo sino también en relación con las demás personas. Por tanto, todos deben sentirse comprometidos en una serie de responsabilidades sociales y deberes profesionales que conllevan valores e indican obligaciones morales.

Los principios arriba expuestos, presentes en particular en la literatura bioética norteamericana, logran sentido y significado sólo en el ámbito de un modelo ético que los acorde y los sintonice. En efecto, desde el punto de vista de metodología, propia de la reflexión ética es importante tener claro el cuadro de los valores que se quieren alcanzar, para lograr entender también el modo con el cual componer su armonización. Y la armonía por perseguir no es un simple compromiso obtenido mediante un pragmático “balanceamiento de los valores” sino comporta también la investigación, no siempre fácil en el plano práctico, de una jerarquía de los valores en cuestión, porque el hombre es unitario y crece en su perfección, se mantiene en su rectitud personal y ética, sólo si continuamente busca esta unidad convergente, hecha de armonía-jerarquía de valores.

El valor central y primario que es involucrado en el problema del SIDA, así como en todo problema de asistencia sanitaria, es la persona: es en la persona humana y a favor de ella que convergen la obra del médico y del hombre de cien-

cia, la del pastor de almas, la acción de la sociedad y de la cultura. En virtud de la visión que resulta de una definida antropología filosófica, la persona humana no es sólo el punto central del ecosistema – gravemente turbado por la aparición del fenómeno SIDA así como de otras graves epidemias en otros tiempos – sino que es también el punto de referencia y la fuente misma de la sociedad; es, en fin, el bien o el valor objetivo y trascendente con respecto al mismo cosmos.

Problemas éticos particulares en la asistencia a la persona con VIH-SIDA

Examinemos ahora brevemente algunos de los problemas éticos que surgen y nacen por cierto de aquel conflicto que hemos recordado antes entre el deber de proteger la sociedad y el deber de proteger los derechos de las personas contagiadas. He elegido los más significativos remitiendo a la numerosa literatura para el tratado sistemático de los mismos.

A) El primer problema que ha surgido ha sido el *rechazo para asistir de parte del personal sanitario*. El tema ha planteado la reflexión sobre el significado, totalmente peculiar, de la actividad médico-sanitaria. En el punto 2 de la Carta de los Agentes Sanitarios (Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, 1995) se afirma que dicha actividad es “un encuentro entre una confianza y una conciencia: la confianza de un hombre marcado por el sufrimiento y la enfermedad, y por tanto necesitado, que se confía a la conciencia de otro hombre que puede hacerse cargo de su necesidad y que lo va a encontrar para asistirlo, cuidarlo, sanarlo”.

Lamentablemente, hoy se quiere desquiciar este significado de la profesión, subrayando el aspecto del *contrato* entre médico y paciente más que el del *beneficio en la confianza* y, por tanto, es más difícil sostener la obligación de curar y asistir a los enfermos: yo agente estoy obligado después que he aceptado el contrato, ¡pero

no estoy obligado a aceptar el contrato!

El rechazo de recibir y cuidar a los pacientes infectos, en cambio, es contrario al significado mismo de la profesión, significado que hoy tiene necesidad de ser redescubierto por los agentes sanitarios, fuertemente tentados por la idea del contrato.

De acuerdo con lo afirmado por la Comisión del Episcopado estadounidense, es necesario decir, pues, que los agentes sanitarios no pueden rechazar de prestar los cuidados, ante todo porque la obligación de curar sin discriminaciones a los pacientes entra en la deontología profesional y, en segundo lugar, porque existen precauciones válidas y suficientes para evitar el contagio en ámbito sanitario; como sabemos, dichas medidas no son mayores ni más comprometedoras de las que se necesitan para otras infecciones a causa de virus como, por ejemplo, el de la hepatitis B.

Obviamente, de parte del paciente que es consciente de ser seropositivo existe la obligación moral de informar al médico y al personal curante para que tomen las precauciones para consigo mismos y para con los demás enfermos, sabiendo que el peligro existe e, incluso, que es más insidioso cuando se da demasiado valor a la información de negatividad del test, pudiendo esconder ante todo una infección dado el conocido “período ventana” que sigue al contagio.

Sin embargo, las diferentes obligaciones de diligencia y asistencia del médico deben ser interpretados a la luz de su “ratio” y de las efectivas posibilidades operativas, referidas también a la seguridad del personal médico y de enfermería a quienes debemos pedir el cumplimiento diligente, profesional y no discriminatorio de su trabajo, pero ciertamente no se les puede pedir un heroísmo inútil.

B) Siempre en el marco del deber de asistir recordamos también el ámbito particular de la fase terminal de la enfermedad. La asistencia al enfermo de SIDA en fase terminal se coloca como perspectiva concreta – más o menos a corto plazo –



que involucra a los agentes sanitarios y a toda la sociedad frente a una patología que hasta ahora no cuenta con terapias resolutorias. Desde el momento de la diagnosis de enfermedad evidente, en efecto, el SIDA entra en una fase en la que parece que ya no hay nada que hacer en el plano de las posibilidades para bloquear la enfermedad, mientras mucho se puede y se debe hacer aún en el plano de la asistencia, de la paliación y del acompañamiento de estos enfermos. En esta asistencia, el médico curante debe tener en consideración los alcances emocionales propios y del paciente, la flexibilidad del papel que él puede asumir al progresar la enfermedad, las posibilidades de tratamiento, técnicas y no técnicas, incluso con el único fin de asistir, sin objetivo terapéutico en ausencia de exámenes causales. Al rechazo tanto de la eutanasia como del ensañamiento terapéutico se debe contraponer la intervención de la medicina paliativa, en la cual hay que considerar la terapia del dolor, todos los cuidados normales debidos a cada paciente, la comunicación de la verdad y la asistencia humana y religiosa.

Actualmente, hay quien teoriza una especie de “racionalidad” en la decisión del suicidio de parte de pacientes a quienes se les diagnostica la enfermedad evidente, sosteniendo incluso “la obligación moral de los demás de proteger e incluso favorecer lo más posible – allí donde la ley lo prevé – la racionalidad de aquella elección”. Con respecto a esta “asistencia”, la *Evangelium vitae* declara con fuerza que “compartir la intención suicida de otro y ayudarle a realizarla mediante el llamado “suicidio asistido” significa hacerse colaborador, y algunas veces autor en primera persona, de una injusticia que nunca tiene justificación, ni siquiera cuando es solicitada... El gesto de la eutanasia aparece aún más perverso si es realizado por quienes – como los familiares – deberían asistir con paciencia y amor a su allegado, o por cuantos – como los médicos –, por su profesión específica, deberían cuidar al enfermo incluso en

las condiciones terminales más penosas” (EV 66).

C) También el *deber a la reserva* merece una reflexión de orden ético-moral ya que el tema del secreto se ha vuelto un argumento crítico por una serie de razones: 1) nunca antes de la aparición del SIDA el secreto profesional había sido puesto en discusión hasta el punto de determinar profundos conflictos entre derecho, deontología y ética; 2) la reflexión ética muy pronto se ha chocado con la dificultad de interpretaciones de los principios de la ética, sobre todo en la traducción aplicativa de aquella reflexión; 3) el problema si callar o revelar ha hecho surgir una renovada atención a la relación médico-paciente, relación que ciertamente es la referencia elemental para aclarar algunas “zonas grises” que pueden surgir frente a las decisiones éticas, pero que no siempre se interpreta de manera unánime en el sentido de un deber de beneficio del médico ante la sociedad además que hacia el paciente individualmente. Por esto, aun permaneciendo la absoluta importancia y el fundamental reconocimiento del secreto profesional en la actividad médica, surge también de manera prepotente la exigencia de dar mayor o igual atención a aquellos sujetos que, como consecuencia de un riguroso respeto del secreto, correrían serios peligros de vida.

En efecto, el interés social de la salud puede exigir a veces la revelación del secreto (tal es la situación ante la infección por HIV mientras siga siendo incurable y mortal) y los clásicos principios de ética médica así como recurrir al principio del respeto necesario debido a la persona humana convergen para indicar la relatividad del secreto profesional y las condiciones en las que puede considerarse legítima una revelación a particulares terceros.

Desde el punto de vista ético, la convicción de que el principio de autonomía, como se ha dicho, no puede jugar un papel absoluto en el ámbito de la relación médico-paciente induce a abrir alguna brecha en el muro del secreto. El fundamento de la derogación al secreto se

encuentra en el principio de justicia, es decir, en la necesidad de evitar un daño injusto a un tercero inocente o a sí mismo, ya que el beneficiario del secreto representa un agresor injusto. Evidentemente la prioridad concedida no debe ir más allá de los límites de lo necesario ni puede ser razón de discriminación alguna.

D) En fin, el tema de la *búsqueda científica y la experimentación de nuevos fármacos*, que está comprendido plenamente entre los deberes de asistencia a las personas infectas. Ciertamente, frente a una enfermedad, de la cual se conoce el origen y la epidemiología pero para la que aún no tenemos a disposición un remedio, el primer compromiso es programar una válida prevención. Sin embargo, es necesario estimular a los hombres de ciencia en la búsqueda de nuevos fármacos y vacunas que sean capaces de derrotar el virus. El SIDA, diferentemente de otras enfermedades graves para las que se realizan *trials* clínicos, es una enfermedad epidémica de naturaleza infectiva que infunde en los investigadores grandes expectativas en torno a la posibilidad de encontrar medidas eficaces de control tal como se ha hecho para otras enfermedades infectivas en este siglo. Como consecuencia de esto, existe un impresionante desarrollo de nuevos fármacos propuestos como tratamiento individual o en combinación – a menudo propagandados sin alguna convalidación, induciendo a falsas expectativas – que deben ser evaluadas clínicamente.

Grandes expectativas están vinculadas hoy con la experi-



mentación de las vacunas para el HIV, que recientemente se han anunciado en Italia. Numerosos y de diferente naturaleza son los problemas éticos que se presentan en su experimentación y que los Comités Éticos deben evaluar.

En particular, quisiera examinar brevemente los problemas éticos que se plantean hoy en la fase III del desarrollo de las vacunas, que requiere evaluar su eficacia en la población de elevado riesgo. Desde el punto de vista ético, me parece que no es posible “acontentarse” de suministrar la vacuna a los sujetos propensos y esperar su eventual eficacia, dejando que el sujeto persista en su comportamiento. Es oportuno y moralmente obligante que ya en esta fase se asocie un adecuado *counselling* que en lo posible ayude a remover o a limitar las causas de riesgo incluso a costo de ver reducida la posibilidad de evaluación de la eficacia de la vacuna en el caso de que el *counselling* fuese por sí solo suficiente para remover o limitar las causas de la infección.

El problema se complica cuando el cuadro experimental haya previsto el empleo de un grupo de control, es decir, un grupo de sujetos que no reci-

rá la vacuna sino sólo un placebo: ¿se podrá aceptar que dicho grupo continúe en su comportamiento peligroso para servir como control mientras a los otros se les proporcionará la vacuna? Ciertamente, la ausencia de una terapia preventiva *standard* hace en este caso aceptable el uso del placebo y de los demás métodos que reducen las interferencias (‘randomización’ y ‘doble ciego’), pero es claro que también para el grupo de control es éticamente imperativo prever un adecuado *conunselling* que corrija los comportamientos a riesgo.

Estos son sólo algunos problemas éticos que pueden surgir durante la experimentación de los nuevos fármacos para la infección por VIH pero son suficientes para expresar la convicción de que su solución no puede tener lugar privilegiando de manera reductiva o únicamente la libertad de la investigación científica o sólo la autonomía del individuo de someterse o no a la experimentación o sólo la utilidad social en términos de costos/beneficios: por encima de estos valores individuales, y como punto de contacto, se debe considerar el valor de la persona humana en su globalidad y en lo concreto,

valor que armoniza la autonomía, la terapia, la prevención y la intervención social.

Como se ha visto, la reflexión ética se coloca cada vez con mayor evidencia en todos los ámbitos en los que se manifiestan los efectos y las consecuencias de la infección por VIH: junto a las competencias técnico-profesionales, existen para los agentes sanitarios responsabilidades éticas y por consiguiente se plantea la necesidad de incluir entre los programas de formación y actualización profesional también los contenidos de la ética biomédica como parte integrante de la formación y como presupuesto para un servicio cabal a la vida que es tal sólo en la fidelidad a la ley moral.

Juan Pablo II se dirigió directamente a los agentes sanitarios en su discurso a los participantes en la IV Conferencia Internacional sobre el SIDA organizada por este Pontificio Consejo hace 10 años: “... Actualizad vuestra preparación, sed portavoces de las ansias, de las necesidades y de las expectativas de quienes asistís” (n. 13).

Dr. ANTONIO G. SPAGNOLO,
MD

Instituto de Bioética,
Universidad Católica
del Sagrado Corazón, Roma

87

V: Aspectos espirituales

La historia de cada persona es un mosaico de relaciones y fracasos, amores y traiciones, oportunidades aprovechadas y realidades perdidas, gestos de fidelidad e incoherencias.

En este cuadro se coloca también la historia de las personas con VIH/SIDA cuyas necesidades interiores hay que leerlas a través del filtro de su autobiografía.

En la óptica de las necesidades interiores hay tres horizontes dentro de los cuales podemos situar la experiencia de estos enfermos:

a) el *horizonte religioso*: representado por los que, bien o mal, tienen como punto de referencia una experiencia de fe

recibida, combatida o recuperada y que sienten la necesidad de la oración, de la reconciliación con Dios y con la Iglesia y el deseo de afrontar temas religiosos;

b) el *horizonte espiritual*: representado por los que cultivan una espiritualidad propia cuyos elementos incluyen la búsqueda de sentido en la enfermedad y en la muerte, el balance de la propia vida, el sentido del límite y la aceptación de sí mismos, la valoración de lo trascendente, la afirmación de valores como la paz y el altruismo, el gozo de relaciones profundas, la necesidad de decir adios;

c) el *horizonte humano*: re-

presentado por los que no creen ni en Dios ni en la Iglesia, rechazan la presencia y el tema religioso, desdeñan a quienes tratan de dar un significado al sufrimiento y a la muerte, ridiculizan la idea del más allá, asumen actitudes agresivas y de huida. También a estos debemos ofrecerles el don de la humanidad sin culpabilizarles ni tratar de convertirles, sino dando testimonio, a través de la comunicación respetuosa, de su dignidad humana y ayudándoles a atravesar el tunel de la protesta para construir su identidad de hombres.

En los varios recorridos, la búsqueda espiritual no consiste tanto en penetrar en la fragili-

dad del enfermo para orientarlo a Dios, sino en adecuarse a su lenguaje, en el vigilar junto a su misterio de hombre sufriente para descubrir el misterio de Dios que obra en él. Dios no es esclavo de nuestros esquemas, pero sabe plasmar con sus manos la arcilla humana.

Ponerse en escucha de estas personas sufrientes ayuda a comprender tres heridas que, a menudo, acomunan a quien ha contraído el VIH/SIDA:

1. La herida de la condena

A menudo, el SIDA es provocado por comportamientos sexuales promiscuos o transgresivos. Frecuentemente las víctimas son homosexuales o drogadictos; hoy está en aumento incluso el número de los que contraen la enfermedad a través de relaciones heterosexuales. Como consecuencia, estos enfermos se ven juzgados, en particular por la Iglesia, y tienden a tener imágenes de Dios negativas, experimentándolo como juez severo, sádico, vengativo. Esto intensifica el sentido de culpa, de alienación y de resentimiento.

A nivel espiritual, el dolor de esta herida es aliviada siendo *testigos de acogida*, tal como lo manifiesta el icono del Hijo Pródigo que se siente abrazado y festejado por el Padre, sin que éste le haga ninguna pregunta sobre su pasado.

2. La herida del aislamiento

En el contexto de las relaciones, las personas que viven con VIH/SIDA experimentan un sentimiento de marginación y segregación de parte de la sociedad.

En primer lugar, el primer rechazo proviene de parte de la familia que no acepta la elección de un hijo o se siente estigmatizada por su enfermedad.

En ciertas ocasiones, el rechazo se manifiesta prohibiendo de que regrese a su casa, en otras, se corta para siempre cualquier contacto.

En segundo lugar, existe también el aislamiento de parte de la sociedad, el abandono de parte de la Iglesia, la marginación del trabajo, la traición de los amigos, la despersonaliza-

ción de las relaciones con el personal sanitario.

En el corazón del cristianismo está el precepto de Jesús: "Cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mí me lo hicisteis" (Mt 25, 40).

A nivel espiritual, el dolor del aislamiento y de la soledad se alivian siendo *testigos de cercanía* tal como se evidencia en el icono de Jesús con el leproso a quien, mediante el contacto humano, lo restituye a la comunidad humana.

El aislamiento se cura promoviendo proyectos de esperanza y de solidaridad, disipando falsos temores de contagio que por la ignorancia se vuelven inmensos, cultivando gestos de ternura y de calor que ayudan al enfermo a recuperar un sentimiento de pertenencia y de seguridad y hace que se sienta amado.

3. La herida del pesar y de la muerte

La evolución de la enfermedad comporta un número cada vez mayor de pérdidas que es preciso afrontar: la pérdida de salud y de seguridad, la pérdida de imagen, la pérdida de un trabajo o de la productividad, la pérdida de independencia, la pérdida del futuro o del propio proyecto de vida hasta la última pérdida con la muerte.

Cada pérdida tiene su precio según lo que las diferentes separaciones representan para el enfermo.

Ante el gradual disgregarse de las piezas del mosaico personal, su cura espiritual consiste en escuchar los momentos de cólera y de desconcierto, de culpa y tristeza, de angustia y turbulencia que acompañan estas separaciones.

La separación no sólo es una vivencia psicológica, sino espiritual... es el Viernes Santo de las personas.

A la sombra de los sentimientos se anidan recuerdos y contrariedades, la convicción de oportunidades perdidas y de sueños incompletos.

En la elaboración del pesar surge la espiritualidad dolorosa de la criatura que experimenta su fragilidad y mortalidad y, al mismo tiempo, expresa su nostalgia de salud y de salvación.

A nivel espiritual, el dolor por el gradual subseguirse de estas pérdidas se alivia siendo *testigos de escucha y de comprensión*, así como lo pone en evidencia el icono de Emaús cuando Jesús se vuelve compañero de camino de los peregrinos y los conduce de la desolación a la esperanza.

S. Pablo nos recuerda el aspecto doloroso de la existencia: "Llevamos este tesoro en vasos de barro... Atribulados en todo, mas no aplastados; perplejos, mas no desesperados; perseguidos, mas no abandonados; derribados, mas no aniquilados. Llevamos siempre en nuestros cuerpos por todas partes el morir de Jesús" (2Co 4, 7-10).

El viaje en la enfermedad: un viaje interior

La persona con VIH/SIDA se cura cuando el viaje en la enfermedad se transforma en un viaje interior y a lo largo de este recorrido encuentra buenos samaritanos que lo ayudan a rescatar la historia personal, a recuperar su dignidad, a dar un nuevo significado a una vida cambiada, a descubrir imágenes positivas de Dios percibido como cercano, compasivo, buen pastor, médico, providente.

Estos testigos de la bondad de Dios respetan sus creencias, acogen sus estados de ánimo y sus silencios, lo ayudan a morir en paz y, cuando las condiciones son favorables, lo acompañan con la oración y los sacramentos y el consuelo de las promesas de la fe.

Concluyo con las palabras que un drogadicto que estaba muriendo de SIDA dirigió al pastor que lo visitaba: "*Estaba acostumbrado a pensar que Dios me hubiese castigado con esta enfermedad, ahora he comenzado a pensar que realmente me ama si me ha enviado un amigo como tú*".

Que estas palabras inspiren también nuestro modo de estar presentes junto a estos enfermos.

P. ARNALDO PANGRAZZI,
Profesor del Instituto Internacional
de Teología Pastoral Sanitaria
"Camillianum"
Roma, Italia

Intervenciones sobre: “El acceso a los cuidados, la asistencia en el campo, las experiencias pastorales de algunas Iglesias locales”

I: Asia - Tailandia

La Iglesia católica en el Reino de Tailandia

Tailandia, conocida antes del 1939 como Siam, está situada en la región del sureste asiático. Cuenta con una población de 61 millones de habitantes. La religión principal es el Budismo (95%), a la que sigue el Islamismo (4%); la Iglesia católica cuenta sólo con 250,000 fieles (0,4%). Comprende 10 diócesis. Hay 400 sacerdotes autóctonos, 225 consagrados, 1,445 religiosas y 120 hermanos. Aunque el número de los católicos es bastante exiguo, la Iglesia desempeña un papel muy importante en el desarrollo del país, en particular en el área de la educación moderna y del desarrollo comunitario. Dirige cerca de 300 escuelas, distribuidas en cada diócesis y tiene también una universidad en la capital. Existen 4 hospitales para los servicios y el tratamiento de todas las enfermedades.

Situación del VIH-SIDA

El primer caso de SIDA se produjo en 1984. Durante los primeros cinco años que siguieron hubo pocos casos más. A partir de 1988 el país ha tenido que hacer frente a cuatro grandes olas de epidemia de VIH entre poblaciones target: los que empleaban droga por vía endovenosa, vendedores de sexo, clientes masculinos de prostitutas y mujeres embarazadas. La mayor difusión del virus tiene lugar mediante la transmisión heterosexual a través de la

prostitución y otros tipos de sexo casual, en particular entre los jóvenes de 18-29 años. Presentamos a continuación algunos datos referentes a la presencia de VIH-SIDA en el país:

- En el país hay actualmente cerca de 900,000 seropositivos. Aunque la epidemia alcanzó su punta máxima en los años 1993-94, existen aún 40,000 nuevos casos por año. La mayoría de las nuevas infecciones es el resultado de actividades conexas con el sexo.

- Cada año una encuesta entrecruzada efectuada por agencias gubernamentales revela que hay al menos 80,000 mujeres dedicadas a la prostitución. Los datos de monitoreo más recientes (junio 1999) han arrojado una prevalencia de VIH entre prostitutas de las casas de tolerancia (17%) y entre las que trabajan en otros lugares del sexo (6,5%).

- Los drogadictos son al menos 100,000. Los que consumen drogas por vía endovenosa son 60,000. Los últimos datos siguen siendo superiores al 50%.

- Cada año hay 1 millón de mujeres encintas y los últimos datos han revelado una seropositividad del 1,7%, lo que tiene como resultado 17,000 mujeres encintas seropositivas con aproximadamente 3,000 recién nacidos infectados durante este año.

- Según los datos, en 1999 los nuevos casos de SIDA son 60,000 y necesitan curas médicas; este número alcanzará su punta máxima en el 2002.

- El número total de huérfanos por el SIDA es de 20,000.

Experiencia pastoral

A partir de 1990, la Iglesia católica en Tailandia ha puesto en marcha servicios de VIH-SIDA para responder al llamado de S.S. Juan Pablo II. De nuestra última encuesta, realizada en octubre de 1999, resultan al menos 28 organizaciones que ofrecen cierto tipo de servicios o actividades en este campo. Sin embargo, estos servicios están disponibles en 5 de las 10 diócesis del país. El tipo de servicios y de actividades puede clasificarse como sigue:

Tabla 1. Tipo de servicios o actividades para prevenir y aliviar el problema del VIH-SIDA, organizados por la Iglesia católica en Tailandia, 1999.

TIPOS DE SERVICIOS ACTIVIDADES	NUMERO
Rehabilitación comunitaria para drogadependientes	2
Centros sociales para prostitutas	2
Orfanatos y actividades respectivas	8
Tratamientos para enfermos de SIDA en diferentes niveles	3
Counselling y hospitalizaciones para seropositivos	11
Hospitales para el tratamiento VIH-SIDA	3
Actividades para las familias y los jóvenes	2

A continuación presentamos algunos ejemplos de trabajo pastoral que proporcionan una idea del tipo de servicios o de actividades conexas con el VIH-SIDA:

El *Rebirth Center* es una comunidad terapéutica en la que hombres y mujeres drogadictos aprenden y trabajan juntos con el fin de liberarse de la

droga y ser miembros productivos de la sociedad. Inició en marzo de 1979 y actualmente está situado en la provincia de Rajchaburin, en la región central de Tailandia. Está dirigido por la Sociedad de Nuestra Señora de la Santísima Trinidad y acoge a cerca de 400 drogadictos.

El *Foundation of Life Center* es un lugar para el desarrollo de la amistad y apoyo a las mujeres, jóvenes y niños dedicados o vulnerables a la prostitución. Se encuentra en Pattaya, famoso lugar turístico. El centro nació en 1988 y lo dirigen las Religiosas del Buen Pastor; se ofrecen varios servicios como formación profesional, estudio de la lengua, educación escolar para adultos, etc.

El *Ban Bertha Tham* en Payao, en la provincia septentrional, proporciona cuidado pastoral a quienes viven con el VIH-SIDA y a sus familias. El proyecto es dirigido por las Hijas de la Caridad. En vista de las numerosas muertes por SIDA en la zona, el proyecto se ocupa de cerca de 100 huérfanos.

El *St. Clare's Hospice* cuenta con 16 camas para enfermos de SIDA en la última fase. La estructura, creada por los frailes franciscanos para responder a la gran necesidad de curar a los pobres y sin techo enfermos de SIDA, acogió a los primeros pacientes en 1993; hasta ahora han sido 400 los que han sido asistidos. Gracias a la terapia antiretroviral, los pacientes en el último estadio pueden vivir por más tiempo. Esto plantea un nuevo problema para el hospice ya que algunos pacientes mejoran y pueden vivir por

más meses o incluso años.

El budget necesario para desarrollar este trabajo proviene de donaciones nacionales o de fuentes extranjeras. Algunas organizaciones han obtenido subvenciones del programa SIDA del gobierno. La Iglesia en Tailandia ha creado el Comité católico para el SIDA para planificar, coordinar o sostener el trabajo en cada diócesis. Sin embargo, lo que se hace sigue siendo limitado si se compara con las dimensiones del problema.

De un reciente análisis, ha resultado que la Iglesia católica en Tailandia debe desarrollar un plan general de acción para los próximos diez años, crear un fuerte network para compartir los recursos y las experiencias en todas las diócesis, movilizar fondos y recursos humanos para una respuesta mucho más efectiva.

Estructura política para el nuevo milenio

En octubre de 1999, el Comité católico sobre el SIDA ha organizado un seminario para delinear una estructura política sobre el VIH-SIDA en los primeros diez años del nuevo milenio (2000-2009). Teniendo en cuenta las indicaciones, cada diócesis desarrollará el propio plan de acción que dará prioridades a las siguientes actividades:

1. Desarrollar y perfeccionar un proceso educativo adecuado para la vida familiar y la educación sexual en todas las escuelas católicas.

2. Desarrollar un plan de acción en todas las escuelas católicas para prevenir, identificar precozmente y encaminar

a la rehabilitación a los estudiantes dedicados a la droga. Esto se hará sin que el estudiante pierda la oportunidad educativa.

3. Crear un mayor número de centros de rehabilitación comunitaria para drogadictos.

4. Promover actividades de vida familiar, educación prematrimonial y programas de counselling para novios, esposos y jóvenes.

5. Crear centros comunitarios o programas de tratamiento para huérfanos, ancianos, prostitutas y personas que viven con el VIH-SIDA.

6. Iniciar en todas las parroquias programas de atención domiciliaria para los enfermos de SIDA.

7. Educar la opinión pública sobre la prevención y el tratamiento del VIH-SIDA.

Conclusión

El SIDA causa muchos sufrimientos y muchos problemas sociales a los tailandeses. La Iglesia católica en Tailandia ha iniciado numerosas actividades para mostrar el amor de Cristo hacia los que son vulnerables y están afectados por el VIH-SIDA. Sin embargo, la respuesta de la Iglesia es aún exigua si se confronta con la actual amplitud del problema. Con la nueva estructura política para el próximo decenio, se espera que la Iglesia tendrá la capacidad de movilizar un mayor número de recursos internos y externos para desarrollar su trabajo pastoral.

KUMNUAN UNGCHUSAK,
MD, MPH

*Comité católico sobre SIDA
Conferencia Episcopal de Tailandia*

II: África - Congo

Introducción

La República Democrática del Congo está situada en el centro de África, comprende una superficie de 2,345 Km² con una población de más de 52'000,000 habitantes, de los cuales el

50.6% son mujeres y el 46% jóvenes menores de 15 años.

Los primeros casos de SIDA aparecieron en el país en octubre de 1983 y, en 1984 se crearon estructuras de control y prevención con un plan para enfrentar la epidemia de breve y

mediano plazo – 1987 y 1991 – que no lograron sus objetivos debido a la inestabilidad política. En julio de 1999 se elaboró y adoptó una política nacional de lucha contra el SIDA con un plan estratégico nacional para 3 y 10 años.

1. Algunos parámetros médico-sanitarios en 1998

La República Democrática del Congo es uno de los países africanos más afectados por el SIDA; si se actualizaran las cifras que siguen ciertamente resultarían mucho más alarmantes visto el amplio contacto de la población con las que, a partir de 1994, han llegado de Uganda, Rwanda y Burundi, países muy afectados por esta enfermedad.

De los 22'600,000 seropositivos del mundo, 14'400,000 están en Africa (63%) y 2'000,000 en Congo (8,8%). De los 1'600,188 casos de SIDA declarado, 578,172 están en Africa (35%) y 38,426 en Congo (2,3%). La distribución por provincias de los casos notificados en Congo es la siguiente: Kinshasa 45,9%; Kasai Oriental 11,2%; Bandundu 6,8%, Kasai Occidental 6,5%, Bajo Congo 6,2%, Katanga 4,7%, Ecuador 4,3%, Kivu Norte 2%, Kivu Sur 1,5% y Maniema 0,2%. La enfermedad afecta ante todo a personas de edad comprendida entre los 20 y 49 años con una punta entre 20-29 años, reduciendo así el número de jóvenes en edad productiva y de procreación.

El número de huérfanos menores de 15 años es de 410,000 y 310,000 de ellos han perdido a ambos padres.

La prevalencia es del 4,35% de personas entre 15-49 años y es más elevada en las zonas urbanas con respecto a aquellas rurales. Esta diferencia se nota también en la relación con los grupos sociales como los donadores de sangre habituales 4,9% y familiares 8,5%, los trabajadores de empresa 5,3%, las mujeres embarazadas 6%, las prostitutas 30% y los tuberculosos hospitalizados 33%.

Además del SIDA, los demás parámetros son también inquietantes:

- mortalidad infantil 119/1000 nacidos vivos
- mortalidad materna 870/100,000 nacidos vivos
- insuficiencia ponderal en los niños 34%
- expectativa de vida de 48 años en 1996, mientras era de 52 en 1993
- PIB/habitante de \$117
- accesibilidad a los cuida-

dos para la población urbana del 40% y rural del 17%, es decir en un promedio del 26%.

2. La asistencia

Todo acceso a las curas y a la asistencia pasa a través de la organización del aparato médico-sanitario congolés. En 1978, el Congo adhirió a la Carta de Alma Ata y en 1980 a la Carta de Desarrollo Sanitario en Africa. Se emplea la estrategia de los cuidados sanitarios básicos, fundada esencialmente en técnicas y prácticas científicas válidas, socialmente aceptables y accesibles a todos los individuos de la comunidad que participan con un espíritu de autodeterminación. Según los factores económicos, demográficos, geográficos y culturales, la República del Congo está subdividida en 305 zonas sanitarias de las cuales el 30% hasta ahora son operativas en diferentes niveles. Los cuidados dispensados son curativos, preventivos, promocionales y de rehabilitación.

Encontramos los tres tipos de curas, es decir:

- periférico, a nivel de la zona sanitaria, elemento operativo básico en el que se efectúan la elaboración y la ejecución:
- intermedio, a nivel provincial de la sanidad en el que se efectúan el encuadramiento y la coordinación de las zonas sanitarias;
- central, a nivel del ministerio de la Salud, en el que se efectúan la elaboración, la coordinación y el encuadramiento. Volvemos a encontrar aquí las diferentes direcciones y programas sanitarios especializados, entre los cuales aquel referente al SIDA y a las enfermedades sexualmente transmisibles.

La política nacional de lucha contra el SIDA ha sido adoptada en julio de 1999 con un plan trienal 1999-2001, con el fin de frenar la difusión de la epidemia y su impacto en los individuos y en las familias. Para lograrlo, es necesario un dispositivo eficaz que sea descentralizado, multisectorial e integrado en un sistema de cuidados sanitarios básicos preexistentes.

Los objetivos son:

- a) reforzar la capacidad de

intervención de los actores y de las instituciones involucradas en la lucha a nivel central e intermedio en el 60% de las zonas sanitarias;

b) reducir los riesgos de contaminación sexual, de la sangre y vertical en todas las zonas sanitarias;

c) mejorar el acceso de las personas que viven con el VIH a las estructuras de asistencia, de follow-up médico, de seguimiento psico-social y de su evolución hacia una respuesta amplia.

Los campos de intervención son:

- movilización social y participación comunitaria
- prevención de la transmisión dentro de grupos particulares
- prevención y cura de las enfermedades sexualmente transmisibles
- actuar una red nacional eficaz de seguridad de la sangre
- reducción del riesgo de transmisión madre-hijo del SIDA
- asistencia y seguimiento psico-social de las personas afectadas y que viven con el VIH
- crear un comité ético y de derecho para un ambiente favorable a las personas que viven con el VIH
- reforzar el sistema nacional de control epidemiológico del VIH y de las enfermedades sexualmente transmisibles
- política general de los "in-trants" de la lucha contra el SIDA y las enfermedades sexualmente transmisibles
- reforzar las capacidades de las instituciones y de los actores de la lucha contra el SIDA.

Esta política nacional aún no es ejecutiva, pero mientras espera el programa especializado interviene en sostén de las zonas sanitarias en lo que concierne la información, la educación y la comunicación, los preservativos, la cura de las enfermedades sexualmente transmisibles, la seguridad de la sangre, el cuidado de las personas que viven con el VIH, el control epidemiológico, la investigación operativa y fundamental, el follow-up de la supervisión, la formación, el almacenamiento de medicinales así como la elaboración de directivas y normas.

Junto a la acción gubernamental, encontramos la de 170 organizaciones no gubernamentales reunidas en un forum de lucha contra el SIDA de nombre FOSI; entre éstas algunas son grandes como el grupo religioso (GOS), medianas (AMO – CONGO), y pequeñas (PAES). Su financiamiento está asegurado por los financiadores, por las comunidades y por las actividades de autosuficiencia realizadas dentro de estas organizaciones.

Dado que dichas organizaciones no siempre disponen de medios materiales suficientes, es la acción comunitaria que está al centro de la atención a la cuestión del SIDA en Congo donde los gastos están cubiertos fundamentalmente por el individuo y por la familia cercana.

3. La pastoral

La pastoral está representada por la rama encuadrada y aquella que no lo está.

La primera se caracteriza con una actividad de sensibilización y de seguimiento, que se basa en un mensaje neutral y de esperanza. El grupo ecuménico de lucha contra el SIDA, Gos, el más importante de la serie, recomienda un acercamiento global, tratando de encerrar todos los aspectos del fenómeno SIDA. Emplea un equipo multidisciplinario de animadores médico-pastorales reunidos en una célula. Las actividades aseguradas son la sensibilización

(teatro, charlas educativas, focus de grupo, video-forum, micro formación, exposición de imágenes y demás material audiovisual, conferencia- debate) y de seguimiento (confirmación diagnóstica, visitas y cuidados a domicilio).

Los demás grupos de acción cristiana contra el SIDA tienen pocos medios, sólo disponen de recursos de personal de buena voluntad (médicos, enfermeros, capellanes y miembros de pequeñas iglesias) que trabajan en el sector de sus actividades básicas. En este nivel las dificultades materiales a menudo hacen que sea ineficaz el sostén instaurado en el momento de la hospitalización.

La pastoral no encuadrada considera el SIDA como un castigo divino y se caracteriza por la culpabilización del enfermo que es visto como necesitado de purificación mediante prácticas peligrosas a través de las cuales se debería llegar a una curación milagrosa (ayuno prolongado en el enfermo ya debilitado, baños con productos tóxicos, euforia colectiva que perpetua el comportamiento de riesgo, etc.). En este sector encontramos sobre todo a las sectas religiosas. Se está haciendo un esfuerzo de encuadramiento, con el fin de no concederles la capacidad de hacer daño.

4. Comentario y conclusión

El acceso a los cuidados de parte de los enfermos de SIDA

con respecto a la población en general puede ser reducido aún más en un 26% por razones de la marginación del enfermo y, por tanto, de su comunidad. Este acceso disminuirá aún más bajo a raíz de la guerra existente en el país y de sus terribles consecuencias.

Dado que aún no se ha puesto en marcha una política nacional de lucha contra el SIDA, la asistencia sigue siendo esencial y simbólicamente a cargo del individuo y de su familia cercana, no obstante la gran pobreza que afecta a esta comunidad.

La aparición del SIDA en una familia es vivida actualmente como una catástrofe. Lo seguirá siendo aún por más tiempo porque, además de una buena política, tenemos necesidad de un budget sanitario adecuado y la voluntad política para luchar realmente contra el SIDA y reducir su impacto en los individuos y en las comunidades.

Todavía se deben realizar muchos esfuerzos para promover la pastoral encuadrada y el control de los charlatanes.

En fin, la República Democrática del Congo figura entre los países mayormente afectados por el SIDA y en los que el acceso a los cuidados se ha reducido mucho, la asistencia es todavía sectorial y pesa esencialmente sobre la espalda del individuo y de su familia.

Dr. KAPEPELA KAKICHA
MARIE

República Democrática del Congo

III: América del Sur - Brasil

– Hasta febrero de 1999, el Ministerio de Salud de Brasil había registrado 162,865 casos de SIDA. El mismo Ministerio considera que en el país viven más de 500,000 personas seropositivas.

– La historia de la epidemia del SIDA en Brasil conoce varias fases: 1. hombres, homo y bisexuales, de las clases sociales más elevadas de las principales áreas metropolitanas del país; 2. los que usan drogas por

vía intramuscular, en particular sujetos jóvenes de varios estratos sociales (especialmente menos favorecidos) de grandes y medianas ciudades del país; 3. difusión heterosexual hacia las mujeres, con interiorización y empobrecimiento de la epidemia.

– El primer caso de SIDA fue diagnosticado en Brasil en 1980 en São Paulo.

– Hasta 1987 no existía ningún tratamiento anti-retroviral.

– El AZT ha sido la primera medicina que puso a disposición el Ministerio de Salud en 1991.

– El DDI ha sido disponible a partir de 1993.

– En 1996, con una decisión que puede ser calificada de precursora, el gobierno brasileño puso a disposición de todos los ciudadanos una terapia combinada gratuita.

– En 1996, se gastó el equivalente a US\$ 500.000.000 en

fármacos para combatir el SIDA. Actualmente, cerca de 68.000 pacientes reciben este tipo de tratamiento.

Todos los pacientes sometidos a control médico están autorizados para recibir gratuitamente la terapia combinada (HAART).

Para iniciar el tratamiento en sujetos sintomáticos y asintomáticos existen reglas específicas que es preciso seguir. Estas reglas son actualizadas al menos una vez al año por el comité directivo brasileño. En la actualidad existen 12 fármacos anti-retrovirales disponibles para el tratamiento.

Para recibir el tratamiento, el paciente debe ser registrado en la Databank Nacional. Empleando las informaciones de esta Databank, es casi imposible aplicar dos veces el tratamiento a la misma persona y el Ministerio de la Salud puede seguir al paciente bajo el régimen HAART en las diferentes regiones del país.

Los medicinales son distribuidos mediante regular control médico y su cantidad es suficiente para al menos un mes de tratamiento. Todos los pacientes tienen derecho a efectuar gratuitamente los test para la verificación CD4 y la agresividad viral hasta tres veces por año.

En los últimos años ha habido una fuerte disminución en la mortalidad a causa del SIDA. De 1995 a 1998 ha disminuido del 49% aproximadamente.

La calidad de la vida ha mejorado considerablemente y algunos pacientes han regresado a su vida "normal". La mayoría de ellos han vuelto a trabajar. Después del inicio de la terapia HAART, ha habido una disminución incluso del 81% de las infecciones oportunistas entre los pacientes de SIDA en Brasil.

El Ministerio de Salud considera que en 1997 aproximadamente 47.300 pacientes menos han ocupado los pabellones de los hospitales. Esto ha significado un ahorro en ese año de más o menos US\$10'000.000.

Para controlar de manera completa el Highly Active Anti-Retroviral Therapy, el Ministerio de la Salud ha dado la dis-

ponibilidad en todo el país de los mejores recursos de laboratorio (tests, formación, mejores estructuras).

Todos los pacientes deben saber y comprender claramente que la plena adhesión al tratamiento es fundamental para una mejor calidad de la vida y para evitar el surgimiento de una resistencia viral.

La falta de adhesión, además de las consecuencias negativas para cada uno de los individuos, se ha convertido en una de las mayores amenazas a la salud pública en la era post-HAART.

Algunos pacientes con un background cultural muy bajo y con una agresividad viral no identificable, a menudo interrumpen el tratamiento y pueden transmitir el virus, especialmente a través de relaciones sexuales.

Es fundamental una asesoría constante hacia todos los pacientes que siguen la terapia.

En Brasil existe una elevada incidencia de tuberculosis; cerca del 20% de estos pacientes son seropositivos y no pueden emplear diferentes regímenes de terapia combinada mientras están sometidos al tratamiento para la tuberculosis, lo cual requiere estrategias alternativas.

Algunos ciudadanos consideran que existe la posibilidad de "una cura para el SIDA" y no asumen ningún tipo de prevención con respecto a la infección de VIH.

Pacientes con una agresividad viral no identificable, emprenden relaciones sexuales con sus partners pensando que ya se han sanado.

Virus muy resistentes pueden ser difundidos por algunos pacientes que han seguido de manera discontinua su régimen terapéutico.

La asistencia es proporcionada a los enfermos de SIDA a través de un complejo sistema puesto en marcha en 338 hospitales generales.

Cuidados especializados se encuentran en la mayoría de las regiones del país y comprenden 140 estructuras para pacientes externos, 60 unidades de day-care y 46 unidades de cuidados domiciliarios. Estas últimas cifras parecen ser más bien bajas en comparación con la enorme demanda de

asistencia médica y con el considerable número de problemas sociales que existen en el país.

Otro problema que debe ser plenamente afrontado es el movimiento de los pacientes de y hacia diferentes unidades de este enorme y heterogéneo país.

Nuestras clínicas y centros de acogida se ocupan de los que no tienen casa, de hombres y mujeres dedicados a la prostitución, de ex encarcelados y de niños de la calle. Hemos efectuado el test del VIH a X pacientes e Y de ellos han resultado positivos.

Nuestro equipo interdisciplinario está formado por médicos, dentistas, psicólogos, agentes sociales, enfermeros.

Nuestra población requiere cuidados especiales, ya que la mayoría no tienen un techo. Aquí ponemos a su disposición baños, ropa limpia, alimentos y day hospital. Se trata de una tarea compleja, raramente ofrecida por otras estructuras y tiene necesidad del trabajo interdisciplinario de diferentes especialistas además que del sostén social.

La mayor parte de los pacientes son alcoholizados y drogadictos, en un estado de adelantado deterioro del organismo, a no ser que reciban cuidados y un seguimiento continuo. Un papel completamente especial está reservado a la asistencia y al apoyo religioso, una estrategia fundamental para que su vida sea mejor y tenga un significado y para aumentar la adhesión a la terapia HAART y a otros protocolos médicos y de enfermería.

Nosotros tratamos a estos pacientes en la forma más completa e inmediata posible y ellos tienen la seguridad de que nos preocupamos de su salud.

Por falta de formación escolar básica, existen barreras en la comunicación con algunos de estos pacientes. Con este objetivo hemos impartido cursos de formación a nuestro personal.

Uno de los aspectos más importantes de nuestro trabajo es salvaguardar la autoestima y la dignidad de estos pacientes.

MARIA INEZ LINHARES
DE CARVALHO,
*Archidiócesis de Río de Janeiro,
Brasil*

IV: Centroamérica Haití

94

La República haitiana, que ocupa la parte occidental de la isla de Haití, cuenta con una población de 7'500,000 habitantes. Actualmente, más del 70% de estos vive por debajo del nivel de pobreza absoluta, con una renta per capita de 500 gourdes/año (US\$28/año). Más del 50% de los niños de edad escolar no asisten a la escuela y sólo el 10% de los niños que van a la escuela alcanzan el nivel secundario (Informe BID, 1997).

Las condiciones socio-económicas se van deteriorando cada vez más debido a la inestabilidad política y a la creciente inseguridad. Graves problemas sanitarios afligen a la población y los más afectados son los pobres. El hambre, la miseria, el analfabetismo, la desocupación, empujan a la

gente, y en particular a muchos adolescentes, a la prostitución y a la droga. De aquí que enfermedades que se transmiten sexualmente (MST), y en especial el SIDA, constituyen hoy en Haití uno de los más grandes problemas de salud pública.

En la actualidad, de 240,000 a 335,000 personas están infectadas por el VIH, lo cual representa el 6% de la población total. Dichas cifras están por debajo de la realidad. No existe en el país una legislación que reglamenta esta enfermedad. Ninguna ley obliga a los médicos y al personal sanitario para que declaren los casos diagnosticados. Por esto, muchos casos escapan al control de las autoridades sanitarias del país.

He aquí algunas cifras referentes a 1998:

	Total	Adultos	Mujeres	N i o s
Personas que viven con el VIH	de 236.65 a 332.43	de 223.71 a 314.19	de 100.35 a 141.69	de 12.94 a 18.24
Nuevos casos de infección de VIH	de 40.70 a 56.01	de 36.02 a 49.43	de 18.17 a 24.96	de 4.69 a 6.57
Número de nuevos casos de SIDA	de 28.26 a 39.2	de 24.45 a 34.51	de 10.43 a 14.78	de 3.82 a 5.40
Total de los decesos desde el inicio de la infección	de 21.600 a 30.000			
Hurfanos	de 1.300 a 1.900			
Tuberculosis + SIDA	de 44.57 a 58.58			

La Iglesia católica de Haití, cuya misión es servir al hombre en su totalidad, ofrece un importante aporte para reducir la tasa de morbilidad y de mortalidad por enfermedades de todo tipo. En efecto, la atención hacia los enfermos de SIDA se realiza mayormente a través de las instituciones sanitarias católicas cuyo número alcanza a 190, esto es, el 37.9% de las instituciones sanitarias del país. Entre estas instituciones contamos con dispensarios, hospitales y centros para enfermos terminales.

Los *dispensarios* de la Iglesia católica están situados en las localidades más internas del país de difícil acceso. En estos dispensarios se identifican los casos sospechados que se comunican a los centros más adelantados para su diagnóstico. Una vez diagnosticados, estos enfermos son enviados a sus respectivas localidades y la cura es proporcionada por el personal de dichos dispensarios. Esta cura consiste en:

- regulares consultaciones con el fin de identificar de manera precoz las manifestaciones de enfermedades oportunistas
- visitas domiciliarias para responsabilizar al paciente frente al resto de la población
- recuperación nutricional

Los *hospitales* son una estructura intermedia entre los dispensarios y los centros para enfermos terminales:

- verifican la diagnosis
- tratan los casos agudos de enfermos que, después de su recuperación, son enviados a los dispensarios o son confiados a los centros para enfermos terminales en su estadio final.

Los *centros para enfermos terminales*. Son cuatro centros que acogen a los enfermos en estado adelantado de la enfermedad. Su cura consiste en:

- cuidados corporales
- tratamiento de las infecciones oportunistas

– acompañamiento de estos pacientes para ayudarles a vivir esta nueva realidad.

Además de la cura de los enfermos de SIDA, la Iglesia católica se interesa también de la prevención. Su acción consiste en:

– encuentros de información y formación;

– educación a la castidad para los jóvenes: después de un período de preparación, el joven decide libremente hacer la promesa de castidad por un período de seis meses renovable. Si no mantiene fe a su promesa, el joven tiene la posibilidad de regresar al centro de formación y con la ayuda de los responsables, puede discernir e

identificar las causas de la falta de éxito. Si desea, puede renovar su promesa;

– educación a la fidelidad entre los esposos.

– Sin embargo, la acción de la Iglesia se vuelve difícil por varios obstáculos. Citemos algunos:

– falta de material

– carencia de personal calificado

– algunos tabús

– falta de coordinación entre instituciones sanitarias católicas (aunque desde hace dos años se está haciendo un esfuerzo para crear una red de estas instituciones sanitarias).

Para concluir, el SIDA es una enfermedad del comportamien-

to, su prevención necesita la acción concertada de todos los sectores de la vida nacional. El uso desconsiderado del preservativo, propuesto hasta ahora como solución de prevención, no ha tenido éxito como lo atestiguan las cifras publicadas a nivel mundial en los últimos diez años. Por tanto, es necesario que la Iglesia católica ponga el acento en su doctrina referente a la dignidad de la persona humana y las recomendaciones sobre la familia. Debe interesarse para crear espacios con el fin de animar y facilitar lo que recomienda.

DR. JEAN-MARIE CAIDOR,
Comisión Episcopal para la Salud,
Haití

V: América del Norte - Estados Unidos de América

Deseo agradecer al S. E. Mons. Lozano por haber tenido la amabilidad de invitarme para participar en este encuentro y compartir algunas reflexiones relacionadas con la experiencia de la Iglesia en los Estados Unidos de América, como respuesta a la pandemia del SIDA, que ha producido numerosos y profundos efectos en la vida de los individuos, de las familias y en las estructuras eclesiales.

Iniciaré haciendo una rápida presentación de las tendencias en el proceso de la pandemia tal como se ha desarrollado en Estados Unidos. Al igual que otros países de Europa Occidental y de América del Norte, así como Australia y Nueva Zelanda, en los que sus poblaciones son particularmente vulnerables a las amenazas de rechazo y de indiferencia frente al VIH-SIDA. Es verdad que el número de nuevos casos de SIDA y de muerte debidos a las enfermedades conexas con él está disminuyendo de manera considerable en aquellos países en los que la gente tiene acceso a una terapia combinada, anti-retroviral para la mayoría de los seropositivos. Sin embargo, no existe alguna señal de que las nuevas infecciones sigan el mismo proceso; se calcula que a fines de 1999 cerca de un mi-

llón y medio de personas en los mencionados países vivan con el VIH. En un estudio de los homosexuales masculinos en San Francisco, por ejemplo, se ha visto que aún se adoptan comportamientos sexuales de elevado riesgo. El hecho que los seropositivos vivan por más tiempo que antes, conlleva que quienes entablan relaciones sexuales puedan infectar a otras personas durante un período mucho más prolongado. Incluso parecen disminuir los efectos positivos de la terapia anti-retroviral. En EE.UU., por ejemplo, los muertos por SIDA disminuyeron del 42% entre 1966 y 1997, mientras entre 1997 y 1998 la disminución sólo ha sido de la mitad de esta porcentual.

Examinemos más atentamente los efectos de esta pandemia en Estados Unidos. No obstante los recursos médicos y las tecnologías disponibles para muchos residentes de este país, el VIH-SIDA se presenta como la epidemia más grave y devastadora de la historia reciente. La infección por VIH y las respectivas complicaciones clínicas pesan de manera consistente en los servicios médicos y sociales. Hay que tener en cuenta que no todos los que viven con el VIH-SIDA en Esta-

dos Unidos tienen acceso a las terapias combinadas. El país no cuenta con un sistema sanitario nacional. Algunos seguros privados cubren los costos de estas terapias para los seropositivos ya inscritos en sus programas. Existe la disponibilidad de fondos estatales y federales para proporcionar dichos fármacos a los residentes cuya renta anual está por debajo del límite de pobreza. A otros se les niega la posibilidad de beneficiar de dichos tratamientos salvo que estén habilitados para particulares protocolos de investigación.

En diciembre de 1998, los *Centers for Disease Control*, han proporcionado las siguientes informaciones referentes a la difusión del VIH-SIDA en EE.UU.¹:

– El SIDA constituye la segunda causa de muerte en los adultos entre 25 y 44 años.

– El número total de seropositivos en el país está calculado entre 650,000 y 900,000 y cerca de 40,000 personas son infectadas cada año, de las cuales incluso el 50% se puede verificar entre los jóvenes por debajo de los 25 años.

– Aunque las minorías raciales y étnicas constituyen sólo el 25% de la población de los Estados Unidos, sin embargo re-

presentan más del 50% de los casos de SIDA. Los afro-americanos y los hispanos representan el 58% de los adolescentes hombres con SIDA y el 83% de las adolescentes femininas seropositivas.

– Muchos de los que corren un riesgo mayor aún no son conscientes de los comportamientos que pueden desembocar en una infección por VIH. Se calcula que aproximadamente 200,000 personas no tienen conocimiento alguno de ser seropositivos o de la amenaza que esto puede constituir para los demás a través del contacto sexual o con sangre infectada.

– Se ha casi triplicado la proporción de todos los casos de SIDA declarado entre las mujeres adultas y adolescentes, pasando del 7% de 1985 al 22% de 1997.

– La incidencia de SIDA es 14 veces más elevada en las prisiones estatales y federales que en la población de los EE.UU. en general.

Examinemos ahora de que modo la Iglesia en EE.UU. ha tratado de hacer llegar su ministerio a los que viven con el VIH-SIDA. Los obispos del país han sido los primeros que hicieron un llamado a los fieles para que mantuvieran una actitud de compasión y sin temor o prejuicio para con las personas afectadas por la pandemia. En el documento de 1987 titulado *The Many Faces of AIDS: a Gospel Response*, el Consejo de Administración de la Conferencia Episcopal de Estados Unidos mencionaba los nuevos servicios que deberían proporcionar las parroquias y las instituciones patrocinadas por la Iglesia católica.

“...Es necesario que los programas actuales y los servicios se extiendan para asistir a las familias de los enfermos de SIDA aún vivos y sostenerlos en el momento de la muerte. Además, se deben desarrollar programas, servicios y sistemas de apoyo para sostener las necesidades no satisfechas o satisfechas solamente en parte”.

Posteriormente, en una carta pastoral firmada por todos los obispos de Estados Unidos, se recordaba a los católicos la responsabilidad fundamentada

en el Evangelio de afirmar la dignidad de los que viven con el VIH-SIDA y de curarlos sin titubeos. “Los enfermos de SIDA no son personas lejanas, extrañas, objeto de nuestra piedad y de nuestra aversión. Debemos tenerlos presente en nuestra conciencia como individuos y como comunidad, y abrazarlos con amor incondicional. El Evangelio pide gran respeto por la vida en toda circunstancia. Compasión y amor por los seropositivos son la única verdadera respuesta del Evangelio”.²

Como respuesta al llamamiento hecho por los obispos y siguiendo el ejemplo del clero, de los religiosos y de los laicos comprometidos que escucharon el “grito” de los afectados por la pandemia, se han desarrollado excelentes servicios educativos, médicos y sociales bajo los auspicios de la Iglesia católica en Estados Unidos. Veamos algunos ejemplos de dichos recursos y servicios:

En el campo de la educación:

– La Conferencia Episcopal de EE.UU. realizó un video titulado *Living with AIDS: An occasion of Grace* (1990), en el que se manifiestan sobre todo las respuestas al VIH-SIDA a nivel diocesano y parroquial.

– La Asociación Nacional para la Educación Católica ha publicado un manual para maestros y para los alumnos de las escuelas primaria y secundaria, titulado *SIDA: A Catholic Educational Approach to HIV* (1992).

– Las *Catholic Charities USA* han realizado un manual de formación y un programa educativo para los que están comprometidos en el apostolado social (1995).

– La Federación Nacional de los Consejos de Sacerdotes publicado un opúsculo titulado *Clergy and Religious and the AIDS Epidemic*.

– Muchas diócesis han realizado manuales educativos sobre el VIH-SIDA y programas para el ministerio relacionado con el SIDA en las respectivas diócesis.

– En las diócesis de Albany, New York, Oakland, California, y en muchas más, los jóve-

nes están educando a sus coetáneos en el sentido de que el único modo “seguro” para evitar el VIH-SIDA es abstenerse de las relaciones pre-matrimoniales y ser fieles en el matrimonio.

En el ámbito de la salud y de los servicios sociales

En una encuesta de 1995, 120 hospitales, 209 servicios sanitarios de dispensario y 177 agencias de servicios sociales resultan administrados por la Iglesia católica y son sensibles a las necesidades de quienes viven con el VIH-SIDA.³ Los servicios sanitarios que proporcionan incluyen cuidados médicos a nivel de dispensario y para pacientes internados, clínicas, hospice y cuidados a domicilio. Los servicios sociales incluyen la distribución de alimentos de emergencia, transportes, servicios de casa, visitas domiciliarias, alojamientos de emergencia, alojamientos transitorios, alojamientos permanentes, counselling y servicios sanitarios mentales, grupos de apoyo para seropositivos así como también para las familias y las personas queridas, grupos de apoyo para los familiares de los difuntos y para los que dispensan los cuidados. La población asistida incluye adultos, niños, encarcelados, minorías raciales y étnicas, así como minusválidos.

En el campo de los servicios pastorales

Quizás el interrogante o el desafío mayor que la pandemia plantea a la Iglesia está en el ámbito de la solicitud pastoral. Muchos seropositivos, incluso los que una vez estaban lejanos de la comunidad de los fieles, se dirigen a la Iglesia para que los asista en la búsqueda del significado profundo y del valor de su vida, no obstante y a menudo como resultado del dolor físico, psicológico y social que experimentan. A veces ni siquiera el ministerio vital sacramental de la Iglesia es suficiente para satisfacer el hambre y la sed de Dios y de los enfermos de SIDA que se encuentran frente a la “noche oscura del alma”, con su sufrimiento y su muerte. No obstante la capacidad peculiar de la Iglesia en

este campo de su misión, los miembros de la comunidad de los fieles no siempre han respondido plenamente y de manera necesaria al llamado al ministerio pastoral que proviene del requerimiento de los que son afectados por la pandemia. Algunos sacerdotes, religiosos y laicos tienen miedo de acercarse a las personas que viven con el virus porque tienen la idea equivocada de que esta enfermedad puede transmitirse a través de un contacto casual.

La parroquia católica es el lugar en el que se reúne semanalmente la mayoría de los sesenta millones de católicos de Estados Unidos. Las 19,700 parroquias son puntos focales para la educación, los servicios, la defensa de la justicia social y el cuidado pastoral. Conscientes de los requerimientos hechos a estas parroquias de parte de quienes viven con el VIH-SIDA, los leaders del National Catholic AIDS Network y de las Catholic Charities USA han preparado un manual y un proceso de formación para estimular el desarrollo de ministerios para el VIH-SIDA a partir de las parroquias.

En este proceso de formación los parroquianos son animados a prepararse a responder a estas personas no como "extranjeros" o "los otros", sino como hermanos y hermanas en la comunidad de los fieles. Se les pide poner particular atención a las palabras que pronunciara el Santo Padre en el curso de su visita a San Francisco en 1998: "Dios ama a todos, sin distinción, sin límites... Ama a los que, como vosotros, están enfermos, a los que sufren de SIDA. Ama a los amigos y a

los familiares de los enfermos y a los que se ocupan de ellos. Ama a todos con un amor incondicional y eterno".

A los parroquianos que se preparan a servir a los enfermos de la pandemia, se les dirige los siguientes interrogantes:

- ¿Cómo puede nuestra parroquia integrar mejor las necesidades y las preocupaciones de estas personas en los apostolados existentes?

- ¿Qué recursos en nuestra parroquia pueden ayudarnos a proporcionar cuidado y educación en materia de VIH, en particular a los miembros de minorías étnicas y raciales?

- Nuestra parroquia ¿es una comunidad de acogida? ¿Cómo podemos contribuir para que sea más acogedora? ¿Cómo podemos ampliar nuestro apostolado para que incluya y llegue a los seropositivos?

- ¿Cómo podemos ayudar a nuestros parroquianos para que superen el juicio y los estereotipos referentes al VIH y el SIDA?

El mismo proceso de formación ofrece las siguientes líneas-guía a los que quieren proporcionar una cura pastoral a los afectados por la pandemia del VIH:

- salir del rechazo; comprender que el SIDA es un problema que involucra a todos. Búsqueda del camino hacia la compasión;

- conocer las situaciones de vida de quienes viven con el VIH-SIDA encontrándolos y preguntándoles de que modo esta enfermedad afecta a su vida;

- comprender vuestras respuestas al VIH-SIDA reconociendo y hablando de vuestros sentimientos y pensamientos;

- buscar los fundamentos en la fe leyendo y reflexionando sobre las afirmaciones del Santo Padre y de los obispos con respecto a esta pandemia, meditando la Sagrada Escritura y hablando con vuestra guía espiritual;

- comprometerse personalmente en el servicio en favor de los afectados por el VIH-SIDA;

- comprometerse comunitariamente para buscar el apoyo de la parroquia para evaluar el SIDA a la luz de vuestra fe y actuar de manera consecuente;

- identificar qué necesidades requieren una acción prioritaria en vuestra parroquia;

- hacer un programa y actuar; informar a los demás parroquianos acerca de las propias actividades de manera que el apostolado eche sus raíces en la parroquia;

- evaluar y cambiar las actividades según la necesidad.

La pandemia del VIH-SIDA ha puesto realmente un desafío y ha condicionado a la humanidad y continúa a hacerlo hoy. La ha sometido al dolor físico y a la deformación, a la exclusión y discriminación, a conflictos emotivos y confusión, a crisis espirituales y desesperación. A raíz de esta pandemia, la Iglesia ha tenido que transformarse, conformándose más estrechamente a su misión, en maestra, sierva y convocadora de la comunidad de los fieles. Los miembros del Consejo de Administración de la Conferencia Episcopal de los Estados Unidos han ofrecido a los católicos del país un "papel de tornasol" de nuestro ministerio como respuesta a la pandemia del VIH-SIDA: "Nuestra respuesta a las necesidades de un enfermo de SIDA se puede decir realmente efectiva cuando descubrimos a Dios en ellos y cuando ellos, a través de su encuentro con nosotros, podrán decir: 'En mi dolor, en mi tedio y alienación, he sentido tu presencia, o Dios de fuerza, amor y solidaridad'"⁴.

P. ROBERT VITILLO

Director Ejecutivo de la campaña católica para el desarrollo humano EE.UU.



Notas

¹ AIDS - End the Silence, Resource Booklet for World AIDS Day, December 1, 1999, Washington, DC; American Association for World Health, 1999.

² National Conference of Catholic Bishops, *Called to Compassion and responsibility: A Response to the HIV/AIDS Crisis*, como apareció en *Origins*, 30 de noviembre 1989, vol. 19, N° 26.

³ Resource Directory of Catholic-Sponsored HIV/AIDS programs, a cargo de la Catholic Health Association of the United States, Catholic Charities USA, and the National Catholic AIDS Network, 1996.

⁴ United States Catholic Conference Administrative Board, *The Many Faces of AIDS: A Gospel response*, en *Origins*, XVII, 28 (24 diciembre 1987), p. 136.

VI: Europa - Polonia

1. La sociedad polaca es consciente de que la epidemia del VIH también llegó a Polonia en 1985, año en que por primera vez se diagnosticó un caso de contagio VIH en nuestro país. A partir de ese año se dispusieron análisis para identificar el VIH. Los datos epidemiológicos recogidos por la Entidad Estatal de Higiene ponen de relieve que de 1985 a 1999, los ciudadanos polacos afectados por el contagio son 6050 de los cuales al menos 3800 se pueden relacionar con el uso de drogas. También se han registrado 826 enfermos de SIDA de los cuales 460 han fallecido. Se trata de datos oficiales y según cálculos epidemiológicos no oficiales las personas afectadas por el virus son entre 15000 y 20000. Estos datos no colocan a Polonia entre los países europeos con la más elevada porcentual de enfermos, pero no hay espacio para la tranquilidad porque es evidente una lenta pero constante dinámica de aumento.

El cuadro de la situación en Polonia aparece bastante confortante frente a la situación de otros países europeos, particularmente del Este; en efecto, es mucho más preocupante para todos la expansión de la epidemia en la ex Unión Soviética. En Ucrania, Rusia y Bielorusia, en los últimos cuatro años se ha manifestado un elevado aumento de los contagios. Los principales portadores del virus en estos países son los drogadictos que se suministran drogas por vía endovenosa. En las ciudades del litoral del Mar Negro, pero también en los grandes aglomerados urbanos como Kiev se cuenta con un número cada vez mayor de drogadictos. Situación análoga se verifica en Moscú, Minsk y Kaliningrado. Un indicio relacionado con la posibilidad de propagación del VIH en Europa oriental a través de los contactos sexuales lo demuestran los

resultados de las investigaciones sobre la casuística de enfermedades venéreas. Un vistoso incremento de casos de enfermedades venéreas se ha verificado en Rusia, Ucrania y Bielorusia así como también en Moldavia y Kasajstán.

La inquietante situación epidemiológica del SIDA en Europa del Este tiene una importancia particular y es motivo de preocupación seria para Polonia que limita con la mayoría de los países mencionados. El desarrollo del llamado turismo sexual y el fenómeno cada vez más difundido en Polonia de la prostitución de las inmigradas el Este, puede determinar el incremento de los contagios en nuestro país. La situación es ciertamente grave y constituye un reto para las autoridades del país y para las instituciones que se ocupan de la política de prevención del SIDA. Es urgente la necesidad de entablar colaboraciones estrechas ante todo para intercambiar experiencias referentes a las intervenciones de prevención pero también referentes a soluciones legislativas y estructurales en favor de los portadores de VIH y de los enfermos de SIDA.

2. En Polonia, se garantiza la asistencia integral a los portadores del VIH y de los enfermos de SIDA y sobre todo se les garantiza el acceso a las terapias con fármacos antiretrovirales más recientes. La responsabilidad para estructurar el sistema está confiada al Ministerio de Salud, mientras las premisas políticas las define el Programa Nacional de Prevención del SIDA, un documento de alcance plurienal que delinea las prioridades gubernamentales en el ámbito de la lucha contra el SIDA. Últimamente, el Gobierno ha predispuesto un Programa para los años 1999-2003.

En 1993 el Ministro de Salud instituyó dos agencias gubernamentales especializadas en la

prevención y en la elaboración de los standard de diagnóstico y de terapia. Se trata de la Oficina Nacional de Coordinación para la Prevención del SIDA y el Centro Diagnóstico y Terapia SIDA. Los enfermos tienen la posibilidad de aprovechar de los servicios sanitarios en 12 institutos hospitalarios especializados, situados en las capitales regionales. Según una praxis ya afirmada, los enfermos de SIDA son internados en las secciones de las enfermedades contagiosas, quedando excluida cualquier forma de aislamiento. Todos los enfermos que tienen necesidad de un tratamiento antiretroviral lo obtienen bajo la condición de cumplir con los criterios dictados por la Estrategia Nacional de Tratamiento Antiretroviral, elaborada por personas especializadas en la cura del SIDA. Antes de iniciar la terapia los enfermos pasan una serie de exámenes analíticos que sólo en un segundo tiempo son repetidos tres veces al año y permiten un monitoreo eficaz de los efectos del tratamiento retroviral.

Como he dicho antes, los fármacos antiretrovirales – el elemento más costoso de la terapia – se compran a nivel central y se pagan con fondos del Ministerio de Salud. Actualmente, la terapia antiretroviral está dirigida a más de 1000 enfermos y es útil mencionar que este año se han destinado 7 millones de dólares USA para lograr este objetivo. El Ministro de Salud ha instituido también un fondo central separado para las intervenciones de prevención que en 1999 ha sido de 4 millones de dólares.

Un objetivo importante en el sistema de la terapia antiretroviral es el de asegurar a las mujeres con VIH embarazadas aquellos cuidados que proporcionen elevadas probabilidades para disminuir el riesgo de dar a luz niños seropositivos. Los niños nacidos de madres porta-

doras de VIH, desde su nacimiento forman parte de un sistema especializado de diagnóstico de laboratorio que permite identificar rápidamente eventuales casos de infección. A todos los menores seropositivos (en Polonia son unos cincuenta) se les garantiza la tutela y los cuidados en la Clínica de Enfermedades Infecciosas de la Infancia en Varsovia. Es oportuno hacer notar que las mujeres con VIH embarazadas reciben en Polonia un válido apoyo psicológico y a través de psicólogos especializados se les exhorta a mantener el embarazo y a dar a luz.

Los portadores de VIH y las personas enfermas de SIDA pueden recurrir a los servicios de los consultorios psicológicos, del teléfono amigo disponible las 24 horas y de un amplio sistema de apoyo ofrecido por las numerosas organizaciones extra gubernamentales. Una de ellas es la asociación de los voluntarios "Ven con nosotros" en la cual trabajan personas con VIH, sus amigos y patrocinadores.

En fin de cuentas, la asistencia médica y social de Polonia en favor de los afectados de VIH y de los enfermos de SIDA se mantiene posiblemente en el nivel más elevado y no hay porque avergonzarse de esto.

Sin embargo, hay que poner de relieve que más allá del sistema coherente y eficiente e independientemente de las considerables sumas destinadas por el Estado se impone una necesaria e importante obra de divulgación para asegurar un constante crecimiento del conocimiento del SIDA de parte

de la sociedad. Dicho proceso consentirá la formación mucho más apropiada de adecuadas actitudes sociales. Estamos convencidos de que la discriminación de los enfermos de SIDA, tan marcado en los primeros años de la aparición de la epidemia en Polonia, ya pertenece al pasado.

Deseo mencionar también el sistema de asistencia médica en los países de Europa oriental. Hay que decir que generalmente en los países de la ex Unión Soviética, son raros los casos en los que se asegura a los enfermos una asistencia médica de buen nivel. Es verdad que en las grandes ciudades de Ucrania y de Rusia existen los llamados centros SIDA; sin embargo, sobre todo por motivos financieros, dichos centros no tienen la capacidad de proporcionar a los enfermos ni análisis especializados ni una terapia antiretroviral. Los gobiernos de dichos países han predispuesto programas nacionales de prevención del SIDA y se espera que en un futuro no lejano lograrán los fondos necesarios para actuar esos programas. Creo que es justo afirmar que nuestros Estados están moralmente obligados a proporcionar toda la ayuda posible a los portadores de VIH y a los enfermos de SIDA residentes en los países de la ex Unión Soviética. Mientras tanto las exaltantes palabras de orden que distinguen a las celebraciones de la jornada mundial del SIDA en numerosos países europeos, como: "Un mundo una esperanza", "Derechos comunes, deberes comunes", "Unámonos para la igualdad", frente a las situaciones terribles de África y de los países del Este europeo, parecen ser lugares comunes raídos y vacíos de sentido que ni siquiera vale la pena repetir.

3. Para concluir, quisiera poner de relieve la seriedad de la acción de la Iglesia católica en Polonia en lo que concierne la problemática del SIDA. Probablemente somos el único país en el que un sacerdote católico – religioso de la Orden de los Camilianos – es Consejero y Delegado del Ministro de Salud para el SIDA y la drogadicción. Este hecho incide de ma-

nera importante en la formación de una adecuada política del Estado y la actuación de la colaboración entre el Gobierno y la Iglesia en dicha área importante. Ante todo, se trata de intervenciones de solidaridad hacia personas afectadas por la enfermedad. En todos los hospitales que he mencionado, donde se curan a los enfermos de SIDA, los capellanes hospitalarios están ocupados a tiempo completo en su servicio espiritual. Quisiera remarcar la importancia de la colaboración con la entidad gubernamental Oficina Nacional de Coordinación Prevención SIDA que trabaja y financia con los fondos del Ministerio de Salud la formación sistemática de los clérigos de los numerosos seminarios superiores. La Oficina se ocupa también de producir las publicaciones dirigidas a destinatarios específicos, por ejemplo a los sacerdotes. Se trata de libros entre los cuales "La Iglesia y el SIDA" y muchos más. Estas publicaciones son proporcionadas gratuitamente a los interesados. El Ministerio colabora también en el financiamiento de un congreso dedicado a las problemáticas de la drogadicción y del SIDA, que se celebra cada año con la participación de numerosos grupos de religiosas y estudiantes laicos de teología.

Finalmente, debemos recordar que la Iglesia en Polonia administra varios centros que trabajan en el ámbito de las comunidades terapéuticas, para el tratamiento de los drogadictos. La mayoría de las personas curadas son jóvenes portadores del VIH. Dichos centros católicos, en el ámbito de la colaboración con el Ministerio de la Salud, son financiados al cien por ciento con fondos estatales. Debo constatar con grande satisfacción que la presencia de la Iglesia en el área de la ayuda a los enfermos de SIDA es significativa y su colaboración con el Gobierno proporciona grande satisfacción para ambas partes.

P. ARKADIUSZ NOWAK
Consejero del Ministro de Salud
para SIDA y Drogadicción
Ministerio de Salud
y Asistencia Social,
Polonia



Conclusiones

De este congreso ha surgido la urgencia de seguir de cerca el tema del VIH/SIDA tanto con un grupo de estudio que con un grupo continental, con un programa que se articula en tres grupos temáticos:

- Información
- Documentación
- Educación

Agenda de trabajo 2000

1. Información

Insertar en el espacio telemático, dentro del sitio internet del Dicasterio:

1. Las principales ponencias del Congreso de diciembre último.

2. La Nota informativa sobre las nuevas posibilidades en la prevención de la transmisión materno-fetal.

3. La Nota sobre la marcha de la iniciativa en favor de los huérfanos.

2. Documentación

1. Organizar una Biblioteca temática con el material reunido hasta ahora de diferentes fuentes.

2. Difundir via internet la documentación temática de la biblioteca.

3. Publicación de las Actas del Congreso de diciembre de 1999 sobre “*La Iglesia católica y el desafío del VIH-SIDA*”.

3. Iniciativas educativo-formativas

1. Elaboración de un Vademecum que sirva de ayuda a las Iglesias locales.

2. Preparación de la Jornada sobre el SIDA (1º de diciembre del 2000).

3. Reunión del grupo de estudio continental sobre el SIDA (30 de noviembre - 1º diciembre del 2000).

Coordinador del Programa

S.E.R. Mons. Jos L. Redrado, O.H.

GRUPO DE ESTUDIO

Revmo. Mons. Ryszard Selejdak
(Congregación para la Educación Católica)

Revmo. Mons. Jacques Suaudeau
(Pontificio Consejo para la Familia)

Dra. Fiorenza Deriu Bagnato
(Investigadora Social)

Dr. Guido Castelli
(Hospital Bambino Gesù)

Dr. Massimo Fantoni
(Universidad Católica del Sagrado Corazón)

Dr. Pino Gulia
(Caritas italiana)

Dra. Rosa Merola
(Psicóloga)

Dr. Antonio Spagnolo
(Centro de Biotica de la Universidad Católica del Sagrado Corazón)

Dr. Luca Tuninetti
(Pontificio Consejo para los Laicos)

GRUPO CONTINENTAL

AFRICA

Revmo. P. Edward Phillips, M.M.
Tel. 02.441919 - Fax 02.447027
E-mail: phillips@africaonline.co.ke
Kenya

Dr. Benoît Ntari
Tel. 242.830629 - Fax 242.837908
República del Congo

AMERICA

P. Robert J. Vitillo
Tel. 1.202.5413210 - Fax 1.202.5413329
E-mail: rvitillo@nccbuscc.org
Estados Unidos de América
Dr. Maria Inez Linhares de Carvalho
E-mail: inez@pontocom.com.br
Brasil

ASIA

Dr. Gracious Thomas
Tel. 91.11.6969347 - Fax 91.11.6962313
E-mail: graciousthomas@usa.net
India
Dr. Kumnuan Ungchusak
E-mail: kum@health.moph.go.th
Tailandia

EUROPA

Dr. Antoni Mirabet
Tel. 34.93.2117046 - Fax 34.93.2123518
España
P. Arkadiusz Nowak
Tel. 48.22.7884825
Polonia

*Seminario de estudio
sobre el tema:*

***La identidad del
Capellán Católico
en la Pastoral de la
Salud y la Sanidad
en los umbrales
del 3º Milenio***



***22-23 Noviembre 1999
Nova Domus
Sanctae Marthae
Ciudad del Vaticano***

En los días 22 y 23 de noviembre de 1999,
en la “*Domus Nova St. Marthae*” en Vaticano,
el Pontificio Consejo ha realizado un *Seminario de Estudio* sobre el tema:
La identidad del Capellán Católico
en la Pastoral de la Salud
y la Sanidad en los umbrales del 3º Milenio.

Se ha tratado del primer acto de uno de los “Programas” que el Dicasterio
había formulado en el marco de la celebración de la *IV Asamblea Plenaria*
de 1998 y forma parte del IIIº sector, *MINISTERIO de la COMUNION*,
con el fin específico de “*promover, orientar y coordinar la unión de los*
capellanes católicos de los centros sanitarios”,
como exige la Carta Apostólica institutiva *Dolentium Hominum*.

Los participantes han sido designados por los respectivos obispos
encargados de las Conferencias Episcopales Nacionales de proveniencia,
varios de los cuales son también responsables de “Asociaciones Nacionales
de Capellanes en Sanidad”. Presentamos las cuatro ponencias de base
que han servido como paltaforma a partir de la cual
se ha movido el Seminario de Estudio.

El sacerdote ministerial ordenado, Obispo y Presbítero, en la Pastoral de la Salud a la luz de “Pastores Dabo Vobis”

En el inicio del Tercer Milenio, en el ramo de la pastoral de la Salud nos encontramos con una carencia de sacerdotes ministeriales. En parte se debe a la carencia de vocaciones sacerdotales, y en parte también quizá debido a no comprender bien este ministerio sacerdotal de la Pastoral de la Salud. En algunos casos se tiene una visión limitada de su cometido y se piensa que hay otras prioridades que no permiten centrarse en algo que se puede pensar periférico.

Se da también el caso de las Capellanías hospitalarias confiadas a los laicos por diversos motivos. En algunas partes se ha llegado a pensar que basta con estas Capellanías laicales y que no es más necesario la presencia del sacerdote ordenado, salvo quizá en algunos casos para su actividad estrictamente sacramental, que sin embargo, algunos ponen en duda, frente a la nueva problemática que presenta el hospital.

En esta reflexión no nos centramos sólo en los hospitales, sino en la Pastoral de la salud. Como todos sabemos, la perspectiva actual ha dado un vuelco: la centralidad no es ya la enfermedad y la curación como tal, sino la salud, el cuidado y la procuración de la salud, que si se tiene hay que conservarla, y si no, hay que procurarla. Incluso se habla ahora menos de hospitales y más de centros de salud, de instituciones para la salud.

En esta perspectiva se ha avizorado todo desde un plano imanentista que no es que niegue la trascendencia, sino que prácticamente no le importa y parece no necesitarla para su explicación. Se centra en la salud y los problemas fundamentales de la carencia de salud que necesariamente llevan a la muerte, se ocultan y no se tratan más allá de la cuenta estadística o bien el caso clínico.

En esta reflexión intento pre-

sentar algunos rasgos de la significación del sacerdote ministerial en el campo de la Pastoral de la Salud, siguiendo la luz de la Exhortación apostólica “Pastores Dabo Vobis”. En dicha Exhortación se nos dice que la perspectiva es del Misterio al Ministerio. Intento pues partir de algunos rasgos fundamentales para comprender el Misterio del sacerdocio ministerial, para después desarrollar su impacto en el Ministerio mismo. Así la presente reflexión tendrá dos partes, una primera, sobre el Misterio del sacerdocio ministerial, y otra segunda, sobre el Ministerio resultante. En la primera intentaré sugerir una reflexión sobre la caridad pastoral desde Cristo Cabeza, Pastor, Siervo y Esposo de la Iglesia; en la segunda, propondré algunas ideas sobre el ministerio eucarístico, el ministerio eclesial, y así sobre el ministerio sanante del sacerdote ordenado.

1. El Misterio

Como habíamos ya apuntado, reflexionamos sobre la Exhortación apostólica “Pastores Dabo Vobis”, y nos centramos en especial en sus números 21-23, donde nos habla más fuertemente de la “Caridad Pastoral”, como constitutiva del sacerdocio ministerial.

A esta luz nos encontramos con una afirmación fundamental: El Espíritu Santo, por la Ordenación sacerdotal ministerial, conforma y configura al sacerdote con Cristo Cabeza, Pastor, Siervo y Esposo de la Iglesia.

El sacerdote es cambiado en su forma anterior de existir y su nueva forma que lo hace ser quien es, es una figura especial y distinta de las demás que reproducen a Cristo. Cristo tiene muchas facetas en su personalidad, como modelo del sacerdote ordenado resaltan las cuatro enunciadas: Cabeza, Pastor,

Siervo y Esposo. El sacerdote ministerial es lo que es y tiene su especificidad que lo distingue de otros cristianos, que también por el Bautismo se han configurado con Cristo, en cuanto que su figura es la de ser Cabeza, Pastor, Siervo y Esposo de la Iglesia. Esta configuración le da un ser esencialmente distinto a los otros cristianos, como veremos más adelante. Ahora reflexionemos sobre cada uno de estos rasgos:

a. Cabeza

Curiosamente, dentro de una perspectiva eficientista de la sociedad actual, se nos olvida tantas veces lo profundo de la significación de la misma eficiencia. Nos encontramos con la eficiencia en un sentido mecánico de composición o recomposición; el concepto evolutivo para la apreciación científico-técnica es común. La materia no es la verdadera madre del progreso actual, sino una cantera de la cual se sacan elementos que se juntan o se separan y se manipulan al antojo. Para la acción nos guiamos por consensos que se generan por repetición psicológicamente adecuada que presenta una serie inacabable de productos de todo tipo, dentro del mercado globalizado de oferta y demanda. Todo parece venderse y comprarse, incluido también el consenso dentro de un subjetivismo total, auspiciado por los mass media.

El sacerdote como configurado con Cristo Cabeza, no es sólo el que produce una serie de consensos religiosos al presentar el producto de la palabra religiosa. El produce algo mucho muy profundo que va más allá de lo que pudiera llamarse un salto cualitativo, produce la vida. Y esta vida es la única que existe en su expresión más honda, es la vida de la Santísima Trinidad que se participa al hombre en una misteriosa coe-

xistencia histórica con el Verbo Encarnado en su experiencia histórica de su vida, pasión, muerte y resurrección. Es poner en una perspectiva universal a la vez que singular lo que es del todo singular e irrepetible: la Pascua del Señor Jesús. Es el actuar el llamado “universal concreto” único de la historia: la constitución plena de la vida de la humanidad en Cristo, que se manifiesta por el Espíritu y se proyecta en nuestra historia haciéndola historia de salvación que camina progresivamente hacia su consumación al final de los tiempos. Esta eficiencia del Sacerdote es la eficiencia de Cristo, que no es un mero ejemplo a seguir, sino la fuente eficaz única de toda la vida del Universo. Esta es su significación como Cabeza de su Cuerpo que es la Iglesia, como principio y fin de todo lo que existe, como Alfa y Omega, como en el que todo tiene consistencia, en el cielo y en la tierra (cf. *Ef* 1,10; *Col* 1,15-20; *Apoc* 1,8).

Cuando esto se expresa, se expresa en una palabra que es contenido real, que hace lo que significa, y esto es el Sacramento; y en una alegre noticia de esta maravilla, y esto es la predicación de la Iglesia, la predicación del sacerdote. El Sacramento funda la Palabra y la Palabra explica el Sacramento. El Sacramento es la realización situada en el tiempo histórico del universal concreto de la Pascua de Cristo que antes mencionábamos, y todo esto significa Cristo como Cabeza y todo esto significa el sacerdote ministerial conformado y configurado con Cristo como Cabeza.

La posibilidad de efectuar el Misterio la ha entregado el Espíritu Santo, pues esta conformación configurada se ha realizado por el Amor infinito de la persona del Espíritu Santo. Esto significa el Carácter que el Espíritu ha impreso en el sacerdote ministerial, que le da la distinción esencial respecto a los demás cristianos.

b. Pastor

Esta capacidad de dar la vida tiene que conformarse ahora a aquellos a quienes va a dar dicha vida y esta es la función del

Pastor. Podríamos decir que su función esencial es la inculcación. No sólo en cuanto a la presencia del Evangelio en el corazón de cada cultura y su transformación por su radicación esencial en la misma (cf. “*Redemptoris Missio*” 52), sino antes, por su inculcación en cada persona y pueblo en el que el sacerdote ministerial lleva a cabo su acción de dar la vida. Es el cómo, es la pastoralidad de su función.

Esto conlleva la necesidad de cada sacerdote de identificarse con las personas a las que va a llevar la vida de Dios. Identificarse no con superficialidad, sino llegar al núcleo de cada persona, no para contemplarlo solamente, sino para transformarlo por esta vida divina, de manera que la vida divina tenga su expresión personal distinta en la pluralidad de las personas a las que llega a través del sacerdote. Permaneciendo la misma vida divina, recibe una coloración infinitamente distinta adecuándose a la vida de cada quien, y así llegando a la transformación íntima de las culturas de los pueblos.

Así se realiza Cristo Pastor al tenor del capítulo 10 del Evangelio de San Juan: Cristo conoce a sus ovejas y ellas conocen su voz, su Voz es ser el Verbo de Dios, y conocerla es identificarse con ella en una cristificación. Así alimenta a sus ovejas y así da también su vida por las ovejas (Cf. *Jn* 10,1-16).

La pastoralidad no es una especie de referencia religiosa del “know how” técnico actual, sino que es la misma vida divina trinitaria puesta en movimiento desde lo más profundo del hombre de todos los tiempos. Comprende también saber llegar a este hombre, pero sólo como un prolegómeno de la auténtica pastoralidad. El sacerdote plasma su personalidad en ser este pastor configurado en Cristo y así en ser este portador eficaz de vida divina

c. Siervo

El Espíritu es el que ha conformado al sacerdote a Cristo. Y el Espíritu Santo en último término es la voluntad de Dios, pues El mismo es el Don de esta conformación y configuración a Cristo. La voluntad de

Dios, el Espíritu Santo, es que el sacerdote conduzca toda su vida según esta conformación y configuración a Cristo redentor. Es así el máximo servidor del Padre que ha enviado a su Hijo para que el hombre de todos los tiempos tenga vida y la tenga en abundancia (*Jn* 10, 10). Este servicio es el total de la vida del sacerdote, por eso es que se trata de un servicio hasta entregar la vida porque el sacerdote no tiene otra vida distinta que dar este verdadero servicio. Es un servidor del Padre por la conformación y configuración con el Hijo que le da el Espíritu Santo, y en esta forma es el pleno servidor de sus hermanos. Por esto el sacerdote se configura con Cristo servidor, es el que vino a servir y a dar su vida por todos. Este es su ministerio, por eso su sacerdocio se llama sacerdocio de servicio o ministerial.

d. Esposo

El sacerdote se configura con Cristo Esposo de la Iglesia, y así su ministerio es el “Amoris Officium”. Se trata de un amor absoluto, total, pleno hacia la Iglesia, hacia todos los hombres. Su ministerio, su servicio, no tiene otro motor que el Espíritu Santo, que es el Amor infinito de Dios. Así se comprende que su oficio no pueda ser más que pleno amor. Cualquier motivación de otro género será inapropiada, pues su razón de ser, su personalidad es una personalidad espiritual, esto es, amorosa, del Espíritu. Esta es su espiritualidad. Esta espiritualidad le da una identificación con Cristo que lo hace ser transparencia de la Palabra que es el Verbo de Dios y lo sitúa en plena comunión con el Padre y con el Hijo, de tal manera que se comprenda el por qué de la castidad como unión total y exclusiva con Cristo y así, fecundidad total para reproducir a este Cristo pascual en los hermanos.

Especificada en estas cuatro líneas la personalidad del sacerdote ordenado, en ellas encontramos la palabra apropiada para describirlas y es la caridad pastoral. Esta caridad pastoral es la maduración vital e íntima del sacerdote, toda su actividad debe ser fruto y signo de la

misma. Es un don, un deber, una gracia y una responsabilidad. Se le exige al sacerdote para que su actividad pastoral sea actual, creíble y eficaz. Propicia su unidad interior. Lo hace compartir la historia y la experiencia de la Iglesia. Reproduce el misterio trinitario y plasma su unidad en torno al sucesor de Pedro y del Colegio episcopal.

2. Del Misterio al Ministerio

a. Ministerio eucarístico

En la Constitución Dogmática del Concilio Vaticano II, *Lumen Gentium* (10), en su segundo capítulo, al hablar del sacerdocio de todo el pueblo de Dios, se precisa la distinción entre el sacerdote ordenado ministerial y el sacerdocio real bautismal, de todo el pueblo de Dios. Se dice que entre ambos media una diferencia esencial y no de grado. La diferencia esencial la fija el Concilio en cuatro rasgos que tiene el sacerdocio ordenado que no tiene el mero bautismal, y estos consisten en que el sacerdote ordenado:

1. *Modela* al pueblo de Dios,
2. *Rige* al pueblo de Dios,
3. *Confecciona* la Eucaristía, y
4. *Ofrece* la Eucaristía en nombre del Pueblo de Dios.

El rasgo fontal es la confección de la Eucaristía. De él se siguen los otros tres rasgos. En la confección de la Eucaristía, en tal forma actúa en la persona de Cristo Cabeza de la Iglesia que hace el memorial de toda la obra salvadora de Cristo. Le da la presencia actual eficaz máxima, de manera que Cristo hoy lleve a cabo la redención. Hace

presente al Verbo Encarnado, nacido de María la Virgen, con su historia propia, con su vida propia, con su predicación, con su pasión, su muerte, su resurrección, su ascensión a los cielos y su presencia actual gloriosa. Dado que por la acción se llega al ser, desde esta acción el ser del sacerdote ministerial, conformado a Cristo Cabeza, se constituye como ser instrumento de la Pascua del Señor.

Es obvio que así Cristo modela a todo el pueblo de Dios, pues El es el modelo eficaz en su concreción histórica que se realiza en la Eucaristía, y también es obvio que así es como Cristo lleva a toda la humanidad al Padre, la conduce, la rige. Y en la Eucaristía da la posibilidad que el Cuerpo se una a su Cabeza y se ofrezca al Padre por el Espíritu, constituyendo por esta unión al Cristo total. En esta forma, de la confección de la Eucaristía, se sigue la modelación del pueblo de Dios, y el ser éste regido y ofrecido en el sacrificio de Cristo.

Consecuentemente podemos decir que lo más profundo de la distinción entre el sacerdote ministerial y el sacerdote real estriba en la confección de la Eucaristía. Allí es donde en verdad el sacerdote ministerial de una manera histórica y continua se identifica instrumentalmente con Cristo Cabeza, Pastor, Siervo y Esposo de la Iglesia. El clímax de la Caridad Pastoral se realiza en esta forma en la Eucaristía. Y de aquí va a brotar la misma Iglesia.

b. Ministerio eclesial

En la convocación de la que resulta la Iglesia, el Padre nos envía su Palabra para hacerlo, y esta Palabra es el Cristo Pascua del que hablamos en el ministerio eucarístico. Cristo mismo es la convocación a la humanidad, es la llamada de la que resulta, de quienes responden a esta llamada, el pueblo de Dios que es la Iglesia, esto es, los convocados. Consecuentemente la fuente de la Iglesia es la Eucaristía, y Cristo nos convoca desde la Eucaristía.

Si el sacerdote ministerial confecciona la Eucaristía, entonces el sacerdote ministerial, según su propia función, convoca desde la Eucaristía a la

Iglesia, esto es, la constituye. Desde esta constitución se entiende desde otra perspectiva lo que signifique que se conforma con Cristo Cabeza, Pastor, Siervo y Esposo de la Iglesia.

Esta convocación es la vocación de la humanidad, por ella existe toda la humanidad, ésta es su genuina existencia.

En la S. Escritura toda vocación comporta tres rasgos definidos: 1. Por la vocación se constituye la persona en su propia existencia. Así por la llamada divina surge el mundo de la nada y surge también el hombre a la existencia (*Gen 1-2*). 2. Por la vocación se lleva a cabo una misión para la cual no se tiene de por sí las propias fuerzas, sin embargo, Dios las presta y le hace al hombre su socio en una compañía íntima con él mismo. (*Jer 1,8*). 3. La vocación lleva consigo el llevar a cabo una misión para el bien del pueblo de Dios, y no se reduce a una dimensión intimista encerrada en la propia individualidad (*Cf. Las grandes llamadas para beneficio del pueblo de Dios, Jueces, Reyes, Profetas; Ex 3,10-22; Jue 3,9 et passim*). Todo esto se lleva a cabo de una especial manera en la llamada vgr. de los Apóstoles, que en especial según *Mc 3,13-19*, son llamados para que estén con Cristo y para que echen fuera los demonios y proclamen el Evangelio. La vocación de María en la Anunciación es el paradigma en el que se realiza a perfección este triple aspecto (*Lc 1, 26-38*).

Consecuentemente la vocación toca, hablando sintéticamente, tres aspectos fundamentales de toda la humanidad: su ser, su conexión con Dios y su conexión para los demás.

Cuando entonces se habla de que el sacerdote ministerial convoca en la Eucaristía a la humanidad, su convocación no es meramente una exhortación a seguir a Cristo, sino que es la fundación de su propio ser con el Señor para bien de todos. Este es otro aspecto para comprender la capitalidad de Cristo en la Eucaristía; de la Eucaristía le viene al sacerdote una conformación con Cristo Cabeza que significa ser el fundamento de la existencia de la humanidad renovada en Cristo, de la vida divina que se le da por una



identificación con Cristo, como Cuerpo misterioso de El, y de su misión universal de Servicio para todos los hombres.

Esta misión se lleva a cabo por Cristo en su propia historicidad que hoy misteriosamente se realiza por los signos de dicha historicidad viva que son los 7 sacramentos y que se transparentan en la comunicación de la Palabra que es la proclamación del Evangelio que reúne así, sólidamente la comunión de creyentes y constituye la Iglesia. La Convocación eucarística se realiza por los tres cauces de la Iglesia, la Santificación, la Palabra y la Comunión. Así se configura la vocación de la humanidad.

La personalidad del sacerdote conformado y configurado con Cristo Cabeza, Pastor, Siervo y Esposo de la Iglesia, es así la personalidad de quien desde la Eucaristía, instrumentalmente, pronuncia en Cristo la vocación de toda la humanidad.

c. Ministerio sanante

1) Salud

En la época actual hemos dado un vuelco con relación al mundo de la enfermedad y la salud. Anteriormente se ponía como prioritario el problema de la enfermedad y su curación, ahora lo que se pone como prioritario es la salud y su conservación o bien, su recuperación. Así muchas veces se prefiere no hablar más de hospitales, sino de centros o instituciones de salud. Lo que se encuentra como motivación en primer plano de la cultura actual es la salud. Entra de lleno en los presupuestos de la significación de la calidad de vida y de la cuantificación del bienestar de un país. Muchas veces en la divulgación de este modo de ver las cosas se privilegia la salud física, la salud del cuerpo como prioritaria. Pero poco a poco se va extendiendo la convicción de que el cuerpo es un aspecto del hombre, que hay que entenderlo en su complejidad y así la atención se va también centrando en aspectos sociales, mentales, ambientales e incluso espirituales.

En este contexto, hemos tratado en el Dicasterio de la Pastoral de la Salud de encontrar una descripción de qué sea la salud y la hemos formulado como:

una tensión dinámica hacia la armonía física, psíquica, social y espiritual y no sólo la ausencia de enfermedad, que capacita al hombre para llevar a cabo la misión que Dios le ha encomendado, según la etapa de la vida en la que se encuentre.

Esta descripción se centra en la vocación del hombre. Es una tensión dinámica hacia la armonía estructural del hombre para que éste lleve a cabo la misión que Dios le ha encomendado. La misión va cambiando de acuerdo a las diversas etapas de la vida. Esta armonía estructural, esto es, física, psíquica, social y espiritual, es lo que constituye el ser vocacional del hombre y en último término es su realización en su conformación con Cristo muerto y resucitado. Conformación que lleva a cabo el Espíritu Santo. En esta forma, la salud temporal forma parte de la salud global que significa en último término la salud eterna. Así la salud entra de lleno en la convocación eucarística de la Iglesia y es a lo que el sacerdote convoca. No puede quedar ajena a la acción sacerdotal, no puede ser algo periférico a su acción pastoral sino que se encuentra radicada en su mismo núcleo.

Dentro de esta acepción de salud no se descarta ni el dolor ni la enfermedad, sino que éstas se toman dentro de la acepción de la pasión y muerte de Cristo, como un bien que eficazmente produce la resurrección. Nos oponemos al dolor y a la enfermedad en tanto obstaculicen el cumplimiento de la misión que Dios le ha asignado a cada quien, y como el Buen Samaritano, nos esforzamos por todos nuestros medios en combatirlos. Aunque sabemos que la muerte es inevitable, pero no tomamos el fin de la vida como una luz que se extingue, sino como una lámpara que se apaga porque ha llegado la aurora del gran día.

2) Cabeza

En algunos ambientes de la Pastoral de la Salud se quiere reducir la acción del sacerdote a la de un ministro de la Palabra que busca mediante su compañía y sus palabras o silencios adecuados ser el consuelo eficaz para los enfermos.

Y cuando se encuentran elementos laicos más preparados, vgr. psicológicamente, para ello, fácilmente se descarta al sacerdote y no se ve cómo poder integrar su acción sacramental dentro de un contexto de modernidad que actúa con el enfermo de acuerdo a las nuevas técnicas de terapia psicológica individual o de grupo.

La acción del sacerdote como conformado con Cristo Cabeza no es la de proponer sugerencias meramente religiosas, incluso cristianas, que puedan consolar o ayudar psicológicamente al paciente en una determinada enfermedad, sino de actuar positivamente en pro de una salud que se restituye en realidad de acuerdo al plan divino vocacional, tal como lo hemos enunciado. Los sacramentos son las acciones eficaces que realizan este cometido. Y todos los recursos de las modernas ciencias terapéuticas, la medicina, los aspectos psicológicos y sociológicos, no se rehusan sino que se subordinan en una pastoral de la salud al aspecto sacramental, que es lo fuertemente curativo y es lo decisivo en una pastoral auténtica de la salud.

Se ha impugnado la sacramentalidad de otros tiempos diciendo que al capellán de hospital no le basta con andar con los óleos en la bolsa. Es cierto, se necesita toda una Evangelización desde el sacramento para que el sacramento no se vuelva un rito que no significa para el hombre actual, pero que en todo caso siempre tendrá una verdadera eficacia, según la doctrina sacramental de siempre. El sacerdote en la pastoral de la salud es clave, pues se configura con Cristo sanan-



te, con Cristo resucitado, su efectividad la lleva a cabo realizando en el enfermo el misterio de esta su configuración. Ello significa la plena fe en la personalidad sacerdotal, y la plena fe en lo que el sacerdote realiza. Su trabajo en la pastoral de la salud no es un complemento piadoso a las obras de misericordia que otros pueden realizar al respecto, sino la fuente incluso de estas mismas obras de misericordia. El Buen Samaritano es Cristo Cabeza de la Iglesia, y así es como cura a través del sacerdote. Se ve así que es un error que otros, distintos del sacerdote ministerial, puedan suplirlo y ser en sentido estricto capellanes de los centros de salud.

3) *Pastor*

El sacerdote como Cristo Pastor, debe conformarse con el hombre actual, y en concreto, en la Pastoral de la Salud, debe conformarse con el hombre en tensión de enfermedad y salud. Este aspecto complementa el anterior y le da toda su fuerza a la significatividad del Sacramento. El Sacramento debe ser significativo para este hombre concreto, entonces se debe adaptar en su administración a las circunstancias concretas por las que atraviesa determinado enfermo. De aquí la importancia de las ciencias de la comunicación, de la Psicología, y sobre todo, de la gran humanización de la Medicina que entraña la Pastoralidad. El Sacramento aparece como auténtica Buena Nueva de salvación para el hombre en el estado de salud y de enfermedad, y como tal debe proponérsele. De aquí la fuerza de todas las técnicas ideadas para llegar al enfermo y hacerle significativa la salud que Cristo ofrece, y también llegar al hombre en estado de salud para indicarle el sentido de dicha salud y su valor real. La pastoralidad se coloca aquí desde la virtud de la obediencia como un “ob audire”, como un escuchar y estar atento a la significación salvífica de la acción ministerial. Se exige esta obediencia de parte del destinatario de la acción pastoral y de parte del mismo sacerdote; es una obediencia que configura la caridad pastoral como una obediencia amorosa que atenta-

mente escucha la Palabra salvadora real y eficaz que es la Pascua de Cristo y que de esta manera modela al pueblo de Dios a la imagen y semejanza de Cristo muerto y resucitado.

4) *Siervo*

El ministerio sanante es el servicio sanante. Como bien sabemos, ministerio es servicio. El servicio debe ser el del Siervo de Yahvéh sufriente (*Is 53*), que lleva en sí todos nuestros sufrimientos y carga sobre sus hombros la cruz de todos nuestros males. El sacerdote así da razón de ser del dolor. El dolor, como algo malo en sí, por el dolor del Siervo de Yahvéh se convierte en fuente de vida y resurrección, y así en algo bueno. Junto con el sentido de la salud, el sacerdote da también el sentido del dolor, no como una mera explicación teórica, sino como una explicación práctica, haciendo lo que dice. Especialmente el Sacramento de la Unción de los enfermos, es un sacramento en el que el enfermo se cristifica para asumir su dolor y si el caso fuere, su muerte, conformado con Cristo, y encontrar en ellos la fuente de resurrección. Así el Sacramento de la Unción de los Enfermos desdobra el Sacramento de la Eucaristía y lo aplica en su virtualidad de una muerte preñada de resurrección. El Espíritu Santo hace que la conformación con la voluntad de Dios en la muerte, sea una entrega generosa y total del propio espíritu en manos del Padre, para recibir a continuación la resurrección.

Se exige de parte del sacerdote la virtud de la humildad para reconocer que no hay ninguna solución humana al problema de la muerte. Que la única solución es la Resurrección de Cristo Dios y hombre. No son las palabras consoladoras del sacerdote las que van a dar la “resignación” ante lo inevitable, sino la misma realidad misteriosa y oscura de Cristo muerto y resucitado. El sacerdote misericordiosamente debe conformarse con el enfermo que sufre, pero no para llorar juntos, sino para ofrecerle en la fe la única solución posible. Como pastor, deberá adecuarse a los tiempos del enfermo y ver la mejor manera de hacerlo, pe-

ro no abstenerse de dar la solución con el pretexto de que ante la magnitud del dolor humano lo único que se puede hacer es acompañar en silencio y modestamente los sufrimientos indecibles. Sería falta de fe y cobardía ante el testimonio definitivo que hay que dar en el momento más difícil y crucial. No se trata de “consolar”, dijéramos, y de encontrar sólo la manera psicológica mejor para hacerlo, sino de dar el contenido eficaz de nuestra fe en el momento que más se necesita. Este es el gran servicio que se espera del sacerdote y que lo da en la misma Eucaristía que significa el Viático al que acompaña y desdobra como su significatividad específica, aplicada a este enfermo: el Sacramento de la Unción de los enfermos.

5) *Esposo*

El ministerio sacerdotal se prueba en su autenticidad en el amor absoluto y total, en la entrega al mismo Cristo en el hombre en proceso de enfermedad y de salud. Las motivaciones para ejercer esta Pastoral no son distintas de las motivaciones del mismo sacerdocio ministerial, sino que son las mismas. Son la caridad pastoral comprendida ahora como el pleno y total amor.

De aquí se comprende la castidad sacerdotal como la entrega hasta la muerte como una obligación total de amor, como el llamado “*amoris officium*”. Que llega al límite, al filo de la vida en la misma muerte para llegar a la plenitud de la resurrección.

Por este amor tiene sentido y solidez la virtud de la Esperanza. Toda la pastoral de la Salud se funda como en algo imprescindible en la virtud de la Esperanza. Sólo con una esperanza incommovible en la resurrección se adquiere la alegría del servicio y el amor de la espera al esposo que llega en el momento de la muerte con toda la alegría de la resurrección. La Iglesia toda se precipita aquí al Encuentro de su Esposo y vive en plenitud la Palabra revelada mediante la cual la Esposa le dice a su Esposo al final de los tiempos, de sus tiempos, “¡Ven, Señor Jesús!” (*Apoc 22,20*).

Hemos tratado de hilvanar algunas ideas sobre el Misterio

del Sacerdote ministerial, y desde este Misterio, siguiendo la perspectiva de la exhortación apostólica “*Pastores Dabo Vobis*”, llegar al ministerio sanante del sacerdote ordenado. Este ministerio misterioso es un ministerio que al llegar a lo concreto, a este sacerdote en especial, significa su misión individual, es cierto, pero que no se puede llevar a cabo sino en una perspectiva más amplia, colectiva. La lleva a cabo el Obispo en su Iglesia particular, es verdad, pero no la lleva a cabo solo, sino con su presbiterio, con quien ejerce su sacerdocio ministerial que fundamenta su Iglesia particular. La lleva a cabo este Presbítero concreto, pero no puede hacerlo sino en unión plena con su

Obispo y con sus demás hermanos presbíteros. El que el presbítero sea religioso o diocesano no hace aquí ninguna diferencia: ambos pertenecen al presbiterio del Obispo, según sus diversos carismas, para llevar a cabo su acción pastoral. La lleva a cabo el Papa, pero la lleva a cabo como fundamento visible de toda la Iglesia, esto es, como raíz y fundamento de la unidad católica: esto es, colegialmente, con todos y cada uno de sus hermanos Obispos, como Cabeza de sus Iglesias particulares, y con todos y cada uno de los presbíteros, unidos a su propio Obispo y a sus demás hermanos presbíteros de la Iglesia particular. Y todos ellos, abiertos desde la perspectiva pontificia

a la unidad de la catolicidad universal. Así, participando de la misma misión pontificia, la lleva a cabo también el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud.

Para llevar a cabo una misión es necesario comprenderla cada vez más profundamente. Ojalá estas cuantas ideas ofrezcan una oportunidad para avanzar un poco en la comprensión del misterioso ministerio eucarístico sacerdotal y eclesial de la Pastoral sanante de la Salud.

S. E. Mons. JAVIER LOZANO BARRAGÁN.

Arzobispo-Obispo emérito de Zacatecas, Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud. Santa Sede

Reflexión teológica

Introducción

El tema de la identidad del capellán católico en la pastoral de la salud es de gran actualidad especialmente en las iglesias donde se nota una considerable disminución de las vocaciones sacerdotales, y nos plantea el interrogante si no sería el caso de pensar en otros modelos de la figura del capellán.¹ La crisis de identidad actual del capellán hospitalario se coloca en el amplio contexto de la crisis de identidad del sacerdocio ministerial en sí. Por tanto, el deseo de identificar la identidad del capellán requiere ante todo focalizar la cuestión de la identidad del sacerdocio ministerial en su relación con el sacerdocio común de los fieles. Me parece que está justamente aquí el perno del problema.

La eclesiología de comunión coloca el ministerio ordenado dentro de la vida del pueblo de Dios; pero sin que ello signifique eliminar su especificidad. Por otro lado, en una perspectiva eclesiológica de comunión tampoco se puede dejar de lado la colaboración de los laicos en la realización de la misión única de Jesucristo.

El contexto actual requiere, pues, puntualizar los fundamentos de esta relación que corre entre los dos ministerios en vista de la edificación de la “familia de Dios”.

Tendremos en cuenta la eclesiología de comunión como base de nuestra intervención, para delinear algunos puntos clave del tema que nos ha sido confiado, y partiremos propiamente de elementos históricos que han contribuido en la formación de la identidad del capellán hospitalario, justamente para evitar de lanzar sobre los problemas de nuestra época una interpretación que no esté fundada en datos bíblicos o desde el punto de vista histórico. Por tanto, trataremos de delinear los elementos fundamentales que han caracterizado la comprensión católica del capellán hospitalario (II) y preguntarnos una vez más qué luz podemos lograr para entender los problemas actuales alrededor de la figura del sacerdote como capellán hospitalario (III). Pero quizás es necesario colocar ante todo esta dificultad de delinear la identidad del capellán dentro de la crisis general que caracteriza la reflexión actual sobre el sacerdocio (I).

Deseo poner a disposición elementos y criterios teológicos básicos que a menudo se dejan de lado en el debate actual. En este debate sobre la identidad del capellán hospitalario del tercer milenio no se puede construir de sana planta. El fundamento es siempre Jesucristo. Nadie nos puede proporcionar otro fundamento y cada uno debería tener bien en cuenta este dato cuando quiere proporcionar la configuración de la identidad del capellán. (I Co 3, 10 s.).

1. Consideraciones sobre la situación actual del capellán hospitalario

La necesidad de puntualizar la identidad del capellán hospitalario se deja sentir hoy de manera particular por el hecho que el ministerio ordenado, sobre todo a partir de la segunda mitad de nuestro siglo, se encuentra en una situación de crisis en gran parte de las iglesias occidentales (Europa y Norteamérica).

El primer dato lo encontramos en la disminución del número de candidatos al orden sacerdotal. Asimismo, causa

inquietud saber que una parte considerable de los sacerdotes actuales son de edad avanzada y que muchos de ellos e incluso de los jóvenes, sienten el peso del trabajo y viven en un clima de fracaso, de resignación y frustración en un mundo muy secularizado e indiferente. Esto tiene cierto impacto. Pero es necesario afirmar inmediatamente que la mayoría de los sacerdotes se sienten realizados en su ministerio. En el marco general de la crisis de fe debemos encuadrar también la disminución de los sacerdotes y la disminución de los miembros de nuestras comunidades. Esta crisis puede tener muchas causas por lo que debemos evitar simplificaciones y generalizaciones demasiado rápidas.

1.1 Motivos de la crisis

Una de las causas fundamentales la encontramos en la falta de claridad teológica. Bajo esta perspectiva, las raíces de la crisis están por un lado en una recesión unilateral y superficial de la eclesiología del “pueblo de Dios” y de comunión del Vaticano II² con la consiguiente interpretación unilateral de la relación entre sacerdocio común de todos los bautizados y sacerdocio ministerial.³ Por otro lado, tenemos otra raíz de tipo ideológico y se encuentra en la revolución cultural que tiene lugar a fines de los años sesenta e inicios de los setenta. Consiste en una transferencia de las representaciones democráticas a la Iglesia⁴ con una crítica ideológica de las instituciones o, mejor, una desconfianza en las insti-

tuciones que durante este período caracteriza no sólo a la situación eclesial, sino a la sociedad en general.

En este contexto, por tanto, entendemos que mientras el Vaticano II nos ofrece una bella teología de la Iglesia como “pueblo de Dios” y pone en relación el sacerdocio común de los fieles con el sacerdocio ministerial (LG n.10-11; 34-38, especialmente), algunas interpretaciones teológicas tratarán de contraponer los dos tipos de sacerdocio.⁵ También se ha tratado de poner en evidencia cierta contradicción entre el capítulo III de la LG que trata de la constitución jerárquica de la Iglesia y el capítulo II que describe los carismas en la vida del pueblo de Dios y nos recuerda que debemos tomar seriamente el sentido de la fe de los creyentes. Además, en el mismo sacerdocio ordenado, por un lado aparece clara la relación de colaboración de los sacerdotes con el sacerdocio del obispo y, por otro, sigue siendo poco clara la relación con el diácono, del cual el Concilio habla en la *Lumen Gentium* 29 y en la *Christus Dominus* 15.

A menudo encontramos la opinión de que todas estas cuestiones se resuelven por sí mismas a través de la práctica (en la pastoral) así como mediante la delegación a la comunidad y a los laicos de las tareas que hasta ahora correspondían sólo a los sacerdotes⁶. Ciertamente que en la práctica se pueden resolver muchos problemas, pero es necesario decir también que a menudo soluciones que parecen ser puramente prácticas pastorales, pueden tener consecuencias e implicaciones teológicas fundamentales. Si queremos evitar confusiones e incomprensiones, debemos pensar la práctica bajo la perspectiva teológico-fundamental, es decir partiendo de principios teológicos fundamentales. Necesitamos una concepción global, integral, del sacerdocio y sólo dentro de ella se pueden entender mejor la figura del capellán hospitalario. Es entonces que la discusión alrededor de ella puede captarse como un *kairos* en el que renace una

nueva figura del capellán hospitalario del tercer milenio. Por tanto, al confrontarse con los problemas actuales no deseamos trabajar de manera puramente apologética, sino en una perspectiva constructiva y creativa.

1.2 Figuras de sacerdocio que han marcado la segunda mitad del siglo XX

La eclesiología de comunión del Vaticano II tiene raíces profundas en la historia de la teología cristiana. Pero su redescubrimiento tiene lugar sólo desde inicios del presente siglo. Dicho redescubrimiento estaba acompañado por una investigación profunda de parte de los teólogos, sobre todo durante la Segunda Guerra Mundial, para encontrar una figura del sacerdote que fuera más cercana a los acontecimientos del pueblo cristiano.⁷ Serán sobre todo teólogos como Yves Congar y Marie Dominique Chenu quienes determinarán la figura del sacerdote, mas un apoyo a este acercamiento vendrá sobre todo de parte del cardenal Suhard.⁸ Pero algunas interpretaciones radicales de dicha perspectiva llevarán a reducir el ministerio sacerdotal a una simple presencia en los lugares donde no se hace ninguna prédica y donde no se celebra ningún sacramento y de la hermosa teología de los padres fundadores sólo permanecerá lo que se denominará la dimensión salvífica de la encarnación, es decir, que la salvación está en el simple hecho de que el Salvador ha venido a nuestra carne... Por tanto, para que ella tenga inicio sería suficiente que el sacerdote esté presente allí donde viven los hombres que no conocen a Jesucristo, así como El vivió antes de iniciar su vida pública en Nazareth.

A esta radicalización reacciona la teología del Padre Michel Laboudette, o.p. que no está de acuerdo que el ministerio del sacerdote sea reducido a una simple presencia: “No será, pues, a través de la simple presencia o como por contacto que el sacerdote, en cuanto sacerdote, santificará; sino es justamente a través de su ministerio,



del anuncio de la palabra y de la celebración del culto salvífico”.⁹ El problema que surgía era justamente sobre la naturaleza del presbiterado: “Ya que se trata de un poder, (el orden) está ordenado a actos que tienen por objeto justamente la santificación del pueblo de Dios, la expansión y la difusión de la gracia cristiana en la Iglesia”.¹⁰ Pero esta respuesta dejaba sin resolver el interrogante si es que la misión pastoral de los sacerdotes tiene que ver con su consagración. Es en este contexto que nacerá el decreto sobre el ministerio y la vida de los sacerdotes (*Presbyterorum ordinis*) antes de que se clausurara el Concilio Vaticano II el 7 de diciembre de 1965.

Esencialmente este documento nos dice que los sacerdotes, por ser colaboradores de los obispos, deben conducir “la vida apostólica” practicando “la caridad pastoral”, es decir, actuando “*in persona Christi capitis*” (PO 2; LG 10). Su primera tarea, la de evangelizar, es inseparable de su ministerio eucarístico y ambos están correlacionados con la tercera tarea que consiste en el ejercicio de la “función de Cristo Cabeza (Jefe) y Pastor” *representatio Christi capitis*, es decir, hacer presente sacramentalmente la obra salvífica de Cristo jefe en la Iglesia y comprometerse para que sea visible en el mundo.¹¹ El tema de la *representatio Christi capitis* pone en evidencia el fundamento teológico y lo esencial de la comprensión católica del ministerio del sacerdote en la Iglesia católica. En la 2 Co 5, 14-20, el Apóstol Pablo pone bien en evidencia no sólo la unidad entre anuncio del Evangelio y los ministros de la reconciliación. Esta unidad tiene su fundamento en el hecho que en el ministerio del apóstol es Jesucristo, resucitado y elevado a la derecha del Padre, que actúa en la potencia del Espíritu: “Somos, pues, embajadores de Cristo, como si Dios exhortara por medio de nosotros” (2 Co 5, 20).¹² San Agustín formula mejor este dato cuando dice que “*Christus est qui praedicat... qui baptizat... qui consecrat*”.¹³ En este sentido se ha hablado de Cristo

mismo que se comunica en la potencia del Espíritu Santo.

Pero es necesario aclarar de inmediato que este carácter de *representatio Christi* en cierto modo se puede decir de cada cristiano. Todo bautizado está revestido de Cristo, vive en Cristo y Cristo vive en El. Por tanto, el cristiano debe hacer presente a Cristo al otro, en palabras y en obras. Como ya hemos dicho, para el Concilio Vaticano II todos los bautizados participan en el triple ministerio de Cristo y constituyen un pueblo profético, sacerdotal y real (1P 2, 5-10). Todo esto se quiere indicar cuando se habla del sacerdocio común de todos los bautizados. Ciertamente es la Iglesia en su totalidad que es cuerpo de Cristo, familia de Dios y, por consiguiente, *representatio Christi* en el mundo, sacramento, es decir, signo e instrumento de Dios en el mundo y para el mundo.

Esta insistencia sobre la responsabilidad común de todos los cristianos hace que nos preguntemos: ¿Qué es lo que queda aún de específico al sacerdocio ministerial? ¿Cuál es su *proprium*? ¿No se reduciría el sacerdote sólo a un representante de la comunidad, esto es, de la Iglesia y, por tanto, una expresión de la voluntad de la mayoría que se manifiesta?¹⁴ La ponencia de Su Excelencia Mons. Javier Lozano Barragán ha puesto en evidencia esta problemática subrayando la especificidad del sacerdocio ordenado. Aquí quisiera mencionar únicamente que en la teología de Pablo podemos encontrar una respuesta clara a estos interrogantes. La responsabilidad común de todos no significa que en la Iglesia todos pueden hacer todo. Pero cada carisma tiene su tarea específica en la edificación de la familia de Dios (Rm 12; 1 Co 12).

De la carta a los efesios (Ef 4, 12) se deduce que el ministerio sacerdotal es un servicio en y a favor de los demás servicios. Por esto se puede decir que el sacerdocio ministerial no es sólo *representatio Christi* en un sentido general, sino *representatio Christi capitis Ecclesiae*. En el sentido pleno de la palabra, dicho ministerio



es propio de los obispos en cuanto sucesores de los apóstoles (LG 21). Los sacerdotes, según el Concilio Vaticano II, son colaboradores, ayudantes, órganos, pero también hijos, hermanos y amigos de los obispos (LG 28, PO 2, CD 30). Representan al obispo (SC 42, LG 28). Al parecer, es justamente esta perspectiva que constituye la idea fundamental del decreto conciliar *Presbyterorum ordinis*.¹⁵

En efecto, en la *Presbyterorum ordinis* n. 6 se afirma: “Los presbíteros, que ejercen el oficio de Cristo, Cabeza y Pastor, según su parte de autoridad, reúnen, en nombre del obispo, a la familia de Dios, como una fraternidad de un solo ánimo y por Cristo, en el Espíritu, la conducen a Dios Padre”.¹⁶ Con esta *representatio Christi capitis*, el ministerio sacerdotal manifiesta al mismo tiempo que la Iglesia no existe partiendo de sí misma, sino de Jesucristo. El es signo de que ninguno obtiene por sí mismo la gracia salvífica. Es un don solo de Dios, no es una producción humana. Hasta aquí nuestra perspectiva ha partido desde arriba, es decir, de la *missio* de Jesús de parte del Padre y ve el ministerio sacerdotal como insertado en la lógica de esta misión. Pero este acercamiento debe completarse con el que parte desde la base y ve el ministerio sacerdotal como insertado en la obra de Jesucristo que, mediante el Espíritu Santo vivifica, santifica y guía a la Iglesia hacia el Padre.

En la celebración eucarística son bien evidentes estas dos dimensiones. Por un lado, el ministro obra *in persona Christi* y

puede pronunciar las mismas palabras de Cristo “esto es mi cuerpo”, “esto es mi sangre”. Por otro lado, habla y obra también en nombre de la Iglesia llevando a Dios las ofertas de la comunidad.¹⁷ Los Padres estaban sobremanera atentos a este hecho. Para Cipriano, por ejemplo, “el obispo está en la Iglesia y la Iglesia está en el obispo”.¹⁸ La misma realidad es formulada en Agustín con otras palabras: “Para vosotros soy obispo, con vosotros soy cristiano”.¹⁹ Esta representación no pone al obispo por encima de la comunidad o separada de ella. Por esto Cipriano dirá que él no quiere hacer nada sin el consejo del clero y el parecer del pueblo.²⁰ El ministerio sacerdotal está pues al servicio de los demás carismas. En este sentido, el Concilio Vaticano II ha logrado ir más allá de cierto clericalismo y ha intentado poner los gérmenes para una colaboración de confianza entre pastores y laicos en el único ministerio de Cristo e invita a los pastores a escuchar a los laicos (*LG* 37; *PO* 9). El Concilio abre también una perspectiva para entablar caminos de colaboración responsable entre los diferentes ministerios. No se trata aquí de una concesión a la mentalidad democrática predominante, sino de una explicitación y realización de la Iglesia como familia de Dios y comunión. Pero es necesario afirmar que, no obstante dé un impulso a la vida de muchos sacerdotes, el decreto conciliar no logra cerrar el debate sobre la teología del sacerdocio.²¹

Considerando que la *Presbyterorum ordinis* da cierta prioridad al anuncio del Evangelio (mientras el Concilio de Trento ponía el sacrificio de la misa como la primera tarea y la más importante del ministerio del sacerdote), algunos han querido disminuir el carácter sacrificial del ministerio sacerdotal, olvidándose que justamente la *PO* considera el Evangelio como parte integrante del culto cristiano partiendo de *Rm* 15, 16.²² El documento de la Comisión Teológica Internacional de 1971,²³ a cuya redacción participó Hans Urs von Balthasar, ayudó a superar esta dicotomía entre mi-

nisterio de la Palabra y ministerio de la Eucaristía. Esto es posible si se concibe el ministerio sacerdotal como servicio del poder activo, propiamente escatológico, de la Palabra de Dios – Jesucristo muerto y resucitado – cuyos signos sensibles son el anuncio del mensaje evangélico y los gestos sacramentales.

A la pregunta cuál sea el elemento esencial del sacerdocio ministerial, el Padre Emile Pin,²⁴ s.j., encontrará una respuesta en la distinción entre la “función de presidencia (*praesesse* o *praesidere*) de la comunidad cristiana” y quella de presidencia de la eucaristía. No indica, sin embargo, el tipo de relación que hay que establecer entre los dos tipos de presidencia. Es aquí que hay que tener en consideración la indicación de la *Presbyterorum ordinis* según la cual los sacerdotes, al participar en el único sacerdocio y en el único ministerio de Cristo,²⁵ son al mismo tiempo ministros de la Palabra de Dios, ministros de la eucaristía y jefes del pueblo de Dios. Estas tres funciones forman una sola cosa. No se pueden separar una de otra como tampoco se pueden separar los tres títulos cristológicos de Cristo, sacerdote, profeta y rey, de los cuales ellas derivan.²⁶ Este fundamento de la identidad del sacerdote en Cristo recuerda a la Iglesia que su obra salvífica no nace de sí misma y ni siquiera de un mayor *consensus fidelium* o de nuestra capacidad de convencer a los hombres sobre la veracidad del Evangelio, de reunirlos en la unidad en la fe y conducirlos a la salvación, sino tiene su fuente sólo en Cristo que permanece presente en medio de nosotros gracias al Espíritu Santo (*LG* 10 - 12, 20s, 31-36).

Una vez que desaparecen estos datos cristológicos y pneumatológicos fundamentales, surge la cuestión de la crisis de la identidad del sacerdote. El Papa Juan Pablo II remarca esto cuando insiste al mismo tiempo sobre la identidad cristológica y eclesial del sacerdote,²⁷ y traza así la perspectiva de los datos permanentes de la comprensión de la identidad sacerdotal.

Esta evocación sintética de las cuestiones planteadas a la teología del sacerdocio durante el período contemporáneo nos invita a “encontrar no sólo al sacerdote, sino también la figura del capellán hospitalario en su originalidad, en su especificidad original”. ¿Cómo nos puede ayudar la historia para circunscribir dicha originalidad? Trataremos de focalizar los elementos fundamentales de la identidad del capellán ante todo a través de la historia de la formación de la figura del capellán hospitalario, para poner en evidencia luego una serie de conceptos clave. La pregunta que guiará nuestra investigación es ¿cómo concibe la tradición de la Iglesia la pastoral de los enfermos?

2. Cuidado de los enfermos y carácter de representación del capellán hospitalario: fundamento de su identidad sacerdotal

Para la comunidad cristiana, el cuidado de los enfermos forma parte desde el comienzo a sus obligaciones fundamentales.²⁸ Esta tarea tiene su fundamento en las palabras mismas de Jesús que recomienda ocuparse de los enfermos (*Mt* 25, 31-46), y continúa, como Jesús mismo hizo en su trato con los enfermos, a combatir toda marginación (*Mt* 1, 40 - 45) y, a través de un encuentro global con la persona, a suprimir el pecado y la enfermedad como signo de un estado de profunda falta de salvación (como signo de gran mal).²⁹ Es verdad que en esta perspectiva han jugado cierto rol tanto las tradiciones judías como la visión según la cual el sacerdote ejerce, como representante de Dios, el poder de Yahvéh sobre la enfermedad y la curación,³⁰ y el pensamiento de “sanación” proveniente de la terapéutica griega (preocuparse del sufrimiento del otro, del extranjero),³¹ pero ha sido determinante la connotación cristológica: en el enfermo está el rostro de Cristo sufriendo que se manifiesta solicitando nuestro amor.³²

En la comunidad de los orígenes, la educación, la terapia,

el cuidado del alma y el anuncio, no son solamente actividades bien diferentes una de otras.³³ Esto se manifiesta ya en las fuentes en las que se habla de la atención espiritual de los enfermos. En la descripción de las tareas cristianas es considerada como una de las obras de misericordia y a menudo se usa en una perspectiva apologética o en el contexto de las reglas que regulan el comportamiento cristiano.

Es necesario decir que el amor cristiano por los enfermos presupone una nueva concepción, una nueva valoración y una nueva visión de la enfermedad en sí. En la medicina griega descrita por Hipócrates, se habla también del enfermo en cuanto tal y la preocupación de quien se ocupa de él se dirige ante todo a los amigos y a su personalidad, pero no a todos los hombres enfermos.³⁴ En el amor cristiano, en cambio, al enfermo se le trata en cuanto criatura de Dios y prójimo, rostro concreto de Jesús, el Cristo. Considerado como imagen del Dios encarnado y de la pasión de Cristo, el enfermo goza de una atención y consideración especial. Así se comprende como en la carta de Santiago se coloca entre las primeras tareas del obispo y de los ancianos la de visitar a los enfermos y a los pobres (a menudo ambos son citados juntos), de orar por ellos y de ungirlos con el aceite en el nombre del Señor (unción de los enfermos) y de perdonarles sus pecados (S 5, 14ss).

Oración, unción con óleo consagrado, confesión y perdón de los pecados, probablemente conexo también con la cena (ágape fraterno) aparecen aquí como elementos constitutivos del cuidado espiritual de los enfermos. Nos remiten a una comprensión de la enfermedad como un complejo de relación entre la fragilidad corporal y debilidad espiritual. Esto muestra que desde los inicios el cuidado de los enfermos no fue tarea de todos los cristianos, sino sobre todo de ministros específicos.

En la literatura post-apostólica, los ancianos son exhortados cada vez con mayor impulso a no dejar de lado a los

enfermos.³⁵ Justamente porque se vuelve cada vez más difícil para los obispos y los ancianos visitar a todos los enfermos se llega a formular las primeras reglas de comportamiento.³⁶ Durante las grandes epidemias que afectan violentamente a la ciudad de Roma en el segundo o tercer siglo, se manifiesta claramente que el cuidado de los enfermos es una importante expresión de la *sequela Christi*. Dionisio de Alejandría afirma: “Sin temor, ellos (los cristianos) visitaban a los enfermos, les servían con amor, los curaban según los mandamientos de Cristo y con gozo se separaban con ellos de esta vida... Hay que considerar este modo de morir como fruto de una profunda vida espiritual y de una sólida fe, pero que de ningún modo se puede comparar con la muerte a través del martirio...”.³⁷ En este contexto se delinean dos tendencias: una que considera la enfermedad como una prueba para la fe y la paciencia del enfermo, y el que cuida al enfermo puede esperar por su servicio gratuito una recompensa celestial. Ocasionalmente encontramos obispos que son también médicos y se apoyan en la tradición que se remonta a Mc 2, 17 y que habla de ‘Cristo médico’.³⁸ De este modo se desarrolla la analogía entre el cuidado del alma y la medicina: así como la enfermedad es considerada como expresión del pecado, así también el pecado es descrito como enfermedad. Oración y penitencia son entendidas, pues, como medicina.³⁹

En el siglo IV poco a poco se construyen hospitales en los que se recoge a todos los necesitados: extranjeros, pobres, viudos, huérfanos y enfermos.⁴⁰ Están bajo la responsabilidad del obispo. Sobre todo los monjes se dedican al cuidado de los enfermos y de los pobres. A menudo al convento se le confía un sanatorio. Bajo el influjo de los monjes se puede percibir un fuerte nexo entre el cuidado a los enfermos y la disciplina eclesiástica, se puede observar el desarrollo de la unción de los enfermos y también en las reglas de los monjes se muestra el modo de comportarse con los enfermos.

La regla benedictina, por ejemplo, considera el cuidado a los cohermanos enfermos como un deber especial para la comunidad⁴¹ porque el servicio al enfermo es servicio a Cristo en el sentido de Mt 25. En un comentario a la regla benedictina del siglo IX, se afirma que el abad debe hacer todo lo posible para que “los enfermos confiesen sus pecados, reciban los sacramentos, escuchen regularmente la misa, reciban visitas, sean consolados y animados”.⁴² Podemos entender estas prescripciones y este rigor sólo si tenemos en cuenta la concepción de la enfermedad en este tiempo en los monasterios: la enfermedad es vista como un medio disciplinario en favor de la salud. El cuidado de los enfermos y la pastoral de los enfermos tienen, pues, un carácter religioso-moral. También el médico está obligado a dejar que los pacientes ante todo se confiesen y sólo después se ocupen del cuerpo: la medicina terrena puede actuar sólo cuando el hombre es espiritualmente puro.⁴³

Desde que el hospital forma parte del convento es evidente que la pastoral de los enfermos forma parte del cuidado de los enfermos. En los siglos XII y XIII se forman nuevos tipos de hospitales. En las nuevas ciudades aumentan los pobres y enfermos. Ahora corresponde a la comunidad entera ocuparse de ellos. Al mismo tiempo, a través de la reflexión sobre las cruzadas y el movimiento de los pobres, se forma una nueva valoración de los pobres y de los enfermos como *domini nostri pauperes*. Una declaración



papal describe el cuidado de los enfermos como “*pauperum Christi servitium*”.⁴⁴ En este contexto nacen órdenes religiosas que quieren realizar el amor a Cristo y al prójimo a través del servicio a los enfermos. Continúa siendo fuerte la visión según la cual, mediante la enfermedad, el alma es puesta a la prueba y es iluminada. La enfermedad es una medicina espiritual que conduce al enfermo a la perfección (II Co 12, 9). También es evidente que todo cuidado en favor de los enfermos inicia con la confesión y la eucaristía. Los que se ocupan de los enfermos se ganan un premio en el cielo; su actividad es una contemplación del sufrimiento de Cristo y, a través de él, llegan a la perfección.

Este sistema de la pastoral de los enfermos conexo estrechamente con la confesión y la autoridad del sacerdote permanece inmutable hasta el siglo XVI.⁴⁵ Con Lutero, la pastoral de los enfermos recibe fundamentalmente un carácter de seguimiento, sostén y consolación. La confesión pierde su rigor y es vista como hecho gozoso de encuentro, en el que no hay necesidad del sacerdote, sino que necesita la presencia de cualquier cristiano.⁴⁶ Pero es necesario indicar que incluso con Lutero no se cancela totalmente el carácter eclesial y en las iglesias luteranas del siglo XVI se nota aún el vínculo entre cuidado pastoral y ministros eclesiales. Esto es mucho más evidente en las iglesias reformadas en Suiza. De todos modos, se ve un gran interés por la pastoral de los enfermos, los encarcelados y los pobres. En las grandes ciudades se constituyen párrocos sólo para los hospitales. En el ámbito del pietismo, la enfermedad es vista ante todo como tiempo oportuno en el que el enfermo tiene ocasión de abrirse a la palabra de Dios y de convertirse. La pastoral está orientada fundamentalmente hacia la conversión: “El enfermo debe soportar los sufrimientos con paciencia,... se debe abandonar a Dios, dejar el mundo con gozo,... tratar de asemejarse cada vez más a la imagen de Cristo en el sufrimiento,... permanecer fiel has-

ta la muerte”.⁴⁷ Pero, al mismo tiempo, en el pietismo encontramos una comprensión de la pastoral para los enfermos como conversación libre en la que se toman seriamente las necesidades del enfermo. Es captada como expresión del amor de Dios que libera y compadece al que sufre. Se introducen así nuevos aspectos, la individualidad de la persona y de su libertad. La pastoral protestante hasta Schleiermacher estará determinada por estos dos principios.

En el contexto del racionalismo, el objetivo del cuidado pastoral de los enfermos se articula alrededor de la figura del Pastor como amigo y buen compañero en el sufrimiento. La enfermedad es vista como una realidad totalmente mundana que no tiene nada que ver con el pecado. La tarea del capellán hospitalario tiende a consolar, sostener moral y psicológicamente; se le pide tener buen conocimiento del hombre y de la psicología. En el siglo XX esto requeriría una relación personal con el enfermo, pero ésta se vuelve cada vez más difícil para el capellán por la organización de los hospitales modernos. En este contexto se puede entender la importancia del concepto de capellanía como lo interpreta la Conferencia Episcopal Italiana.

Con el movimiento que nace sobre todo en Estados Unidos hacia los años 60-70 se llega a un cambio en la concepción del capellán hospitalario. Se insiste mucho sobre el “cuidado pastoral terapéutico” que requiere una formación especial para el capellán y la recepción de los progresos de la ciencia psicoanalítica. En este contexto nace el “movimiento del cuidado pastoral” que ha cambiado incluso el cuidado pastoral de los enfermos.⁴⁸

2.2 La situación contemporánea

En el contexto de la funcionalidad, especialización y tecnificación de los hospitales, la pastoral de los enfermos ha tenido un cambio profundo en su estructura.⁴⁹ La tecnificación de la medicina camina junto con una comprensión demasia-

do objetiva y reductiva de la enfermedad como pérdida provisional (pasajera) de la función de una parte del cuerpo. Por esta razón, para la pastoral de los enfermos se ha vuelto urgente no perder de vista la relación que tienen la enfermedad y la vida y de tomar seriamente el aislamiento afectivo que soporta el enfermo en los hospitales modernos. El cuidado de los enfermos debemos entenderlo, entonces, como cuidado pastoral del hospital. Se convierte en pastoral a favor de los pacientes y de los agentes sanitarios dentro de la institución hospital; no es la continuación de la pastoral de la comunidad parroquial, sino debe desarrollar sus peculiares objetivos y métodos.

La pastoral de los enfermos se debe entender, pues, – por analogía al Dios de Israel que camina con su pueblo – como seguimiento del hombre en la crisis de su enfermedad con el fin de llevar junto al otro su sufrimiento y sus necesidades para llegar juntos a Él y comprender globalmente el significado de la enfermedad y de la vida.⁵⁰ Esto requiere una buena colaboración entre el capellán hospitalario y los médicos y enfermeros y, en algunos casos, será involucrado como miembro del equipo terapéutico. De este modo la solicitud pastoral no se considerará como suplemento, sino como parte de un cuidado y terapia global que implica a todo el hombre. Dicho acercamiento requiere de parte del capellán gran capacidad y facilidad de relación. Es solamente en el contexto de la relación que puede invitar a la oración y anunciar el amor de Cristo en la situación concreta del enfermo. Todo esto debe acontecer en el contexto de un camino común de búsqueda de sentido. Es dentro de este camino que se colocan la celebración eucarística, la confesión y la unción de los enfermos.

La lección que debemos captar de estos aspectos históricos con referencia a la identidad del capellán es que si su ministerio a lo largo de la historia se ha articulado sobre todo alrededor del ministerio de la Palabra, de la eucaristía, de

la remisión de los pecados y de la solidaridad de toda la comunidad con el miembro que sufre, a nuestro parecer dichos datos se encuadran en el sentido del canon 564 que define al capellán como sacerdote en cuanto colaborador del obispo, primer responsable del cuidado de los enfermos ya que representa a Cristo jefe y cabeza de toda la comunidad. Pero, como hemos subrayado, dicha configuración requiere desde su esencia una mayor colaboración de los laicos en el único ministerio de Cristo.

A partir del Vaticano II con su eclesiología de comunión, la Iglesia se ha vuelto más sensible a una mayor implicación de diáconos, religiosos y laicos en la pastoral de los enfermos. Considerada la situación eclesial actual, algunas iglesias locales buscan una mayor colaboración del capellán con un equipo, es decir, para implicar a los diáconos, religiosos y laicos en la pastoral de la salud. Me parece que en este sentido se deben entender también las indicaciones de este Pontificio Consejo.

3. Colaboración de los laicos en el único ministerio de Cristo en la pastoral de la salud

Aquí nos encontramos frente a la actualidad del problema pastoral. Hoy no contamos con muchos sacerdotes en algunas iglesias particulares para ponerlos a disposición de los hospitales. ¿Qué se puede hacer? No es por cierto justo y vital dar cada vez más funciones a los mismos sacerdotes que ya están super comprometidos. Por eso se discute hoy si es posible confiar toda la responsabilidad de la pastoral de los enfermos a un laico o a un grupo de laicos (voluntarios o pagados) o si es posible que el diácono esté habilitado a conferir también la unción de los enfermos.

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos responder claramente que el cargo de capellán pertenece solamente a un ministro ordenado. El capellán y la administración de los sacramentos, como celebración del

ministerio salvífico de Cristo jefe, son inseparables. Sin embargo, el Vaticano II nos ofrece otro camino. El Concilio se refiere al Nuevo Testamento cuando habla de los colaboradores de san Pablo (*Rm* 16, 1-16; *Flp* 2, 25; 4, 3; *Col* 4, 10-15; *Filemón* 1, 24) y desarrolla casi una teología de los colaboradores.

Según esta teología, considerando su participación (fundada en el bautismo) a la misión salvífica de la Iglesia, los laicos son colaboradores directos en el único ministerio de Cristo.⁵² Según una *missio* propia, pueden asumir ciertas tareas (*munia*) que están vinculadas estrechamente con el ministerio (*officia*) de los pastores.⁵³ Esto es posible ya sea en lo que se refiere a la enseñanza como en la actividad litúrgica y la pastoral (*cura animarum*). El Concilio habla exactamente de “*cooperatio*” en el ejercicio de algunos ministerios; como *cooperatio* no es al mismo tiempo “*participatio*” en el ministerio ordenado (*LG* 33; *AA* 24; cf. en el *CIC* can. 228, 230, 759). El laico sigue siendo laico aunque ejerza ciertas tareas estrictamente conexas con el ministerio ordenado.

En el fondo, se trata de la “*cooperatio* (*LG* 33; *CIC* can 129 § 2) o de una participación de los laicos en las tareas del ministerio ordenado y, es decir, con relación a la guía de la Iglesia (*LG* 37; *CIC* can 129 § 2) y de manera especial en la creación de instituciones sinodales (consejos parroquiales, quizás aquí hay que enmarcar el discurso de la capellanía con las connotaciones ya enunciadas por S. E. Lozano), así como también en la realización de la liturgia (con creaciones de ministerios como lectores, acólitos, ministerio de la comunión, conferir el bautismo y animar la liturgia: Can 230 §2 y 3), en la proclamación de la doctrina y de la Palabra (*LG* 35; *CIC* can 229, 230 § 3, 759, 766). Estos ministerios son conferidos con un mandato de misión de parte del obispo. Con esto se entiende subrayar más la responsabilidad común de parte de todos los cristianos en la participación en el triple ministerio de Cristo.⁵⁴ Aquí

hay que subrayar que quizás el punto de partida sería mejor el canon 785 del *CIC* de 1983. Este canon tiene la ventaja ante el canon 517 § 2 de no subordinar la colaboración de los laicos a la falta de los sacerdotes, sino de insertarlos en el ministerio en la perspectiva de los derechos y deberes fundamentales de todos los miembros del pueblo de Dios.

Si esta es la firme intención del documento, es necesario no preocuparse acerca de una clericalización del laicato. Una responsabilidad cooperativa y comunicativa sin temor expresaría de lo mejor el rostro de la Iglesia como familia de Dios con la diversidad de sus miembros y de sus varios carismas,⁵⁵ es decir, se trata de profundizar y aprovechar plenamente las posibilidades que nos ofrece el Concilio que describe al laico a través de su carácter de estar en el mundo (*Weltcharakter: LG* 31)⁵⁶ y como colaborador en el ejercicio del ministerio eclesial de Cristo (*LG* 33 y 35). No me parece que dicha colaboración tenga necesidad de ser reconocida como un sacramental en el sentido que entienden Rahner y Hünnerman.⁵⁷ Se corre el riesgo de crear confusiones⁵⁸ y de absolutizar ipso facto el sacerdocio ordenado en lugar de proponerlo en relación con otros ministerios como carismas diferentes para la edificación de la familia de Dios en marcha hacia el encuentro con el Padre en el Hijo por el Espíritu Santo.

Conclusión

Para concluir podemos decir que la identidad del capellán hospitalario se define partiendo de la identidad del sacerdote ordenado. Esta especificidad de su identidad, sin embargo, no excluye el esfuerzo para encontrar caminos de colaboración con los laicos para hacer cada vez más eficaz y significativa la presencia de Cristo en el mundo de los que sufren en su cuerpo y elevan su mirada a Cristo y necesitan el seguimiento de la Iglesia en esta fase de su vida. Esta colaboración no debe cancelar o dismi-

nir la identidad de cada uno de los miembros de la familia de Dios sino debe servir para el crecimiento de todos en la ayuda recíproca.

La situación de crisis actual ciertamente puede ser tiempo de renacimiento de la Iglesia, de renovación, pero de ningún modo dicho renacimiento puede significar ruptura con la tradición. Antes bien, la originalidad verdadera nace siempre desde lo íntimo de la tradición. Como Juan XXIII, permanecemos siempre confiados en el Señor que a través de la crisis actual prepara mediante el Espíritu Santo una nueva pentecostés para su Iglesia. Releyendo la *Tertio millennio adveniente* me satisface encontrar la misma perspectiva de la esperanza y de la confianza en la presencia del Espíritu del Señor que guía, renueva y vivifica la Iglesia.

P. JUVENAL LLUNGA MUYA
Profesor de Teología Fundamental
Pontificia Universidad Urbaniana
Roma

Notas

¹ Según el Código, el capellán es un sacerdote: CIC can 564. El debate contemporáneo gira efectivamente alrededor de esta identidad del capellán. El tema es actual y toca un problema urgente y fundamental de la vida de la Iglesia en los umbrales del tercer milenio; esto lo notamos porque en los últimos años muchas conferencias episcopales se han interesado en el delicado problema de la relación entre sacerdocio ministerial y sacerdocio comunes. Simplemente recuerdo las dos

cartas de la Conferencia episcopal holandesa y de la Conferencia episcopal francesa, así como la comunicación del obispo Walter Kasper con ocasión de la *Internationale deutschsprachige Generalvikarkonferenz* en Quarten (Diócesis de S. Gallen) del 21 al 26 de mayo 1995. Las tres se publicaron en los años noventa: "Au nom du Christ. La Parole, le sacrement, le ministère et l'ordination. Lettre pastorale de la Conférence épiscopale des Pays-Bas" en La Documentation Catholique, 4 de octubre de 1992, n° 2057, 833 - 846; "Les ministres ordonnés dans une Eglise - communion. Note théologique du Bureau d'études doctrinales de la Conférence des évêques de France" en La Documentation Catholique, 3 enero 1993, n° 2063, 420 - 429; Walter KASPER, "Der Leitungsdienst in der Gemeinde" (me refiero a su manuscrito).

² Sobre el concepto de Iglesia como *Communio* en el Vaticano II: cf. WALTER KASPER, "L'Eglise comme communio. Réflexions sur l'idée directrice de l'ecclésiologie du Concile Vatican II" en IDEM, La théologie et l'Eglise, Cerf, Paris 1990, pp. 389 - 410.

³ El Padre Yves Congar describe mejor esta situación cuando dice que al "Vaticano II ha seguido una profunda mutación socio-cultural que no tiene comparaciones en la historia de la Iglesia en lo que se refiere a su amplitud, su radicalidad, su velocidad y su carácter cósmico" y que "esta crisis no ha sido suscitada por el Concilio" aunque - siempre según Congar - es necesario reconocer que sus raíces están en él "simplemente por el hecho que ha habido concilio, debate": YVES CONGAR, Le Concile Vatican II, Son Eglise, Peuple de Dieu et Corps du Christ, Beauchesne, Paris 1984, p. 69 - 70.

⁴ Esto no quiere decir que la Iglesia no se debe sentir como familia de Dios donde reina el principio de igualdad (LG 32) en la diversidad de los carismas entre los miembros, suscitados por el mismo Espíritu que concede a todos los creyentes el sentido sobrenatural de la fe (*sensus fidei*), que mantiene a toda la Iglesia en la verdad y que se expresa en la fe y costumbres: LG 12, 35, GS 43; AA 2s.

⁵ Hay que recordar, por ejemplo, las reacciones que suscitó la tesis de Hans Küng según la cual en los orígenes de la Iglesia habían dos formas iniciales de ministerio: en Jerusalén, la Iglesia habría tenido una estructura muy institucional, mientras en Corinto, la Comunidad habría vivido solamente de la espontánea aparición en su seno de los carismas: HANS KÜNG, L'Eglise, t. 2, "Textes et études théologiques", Desclée de Brouwer, Paris 1968, p. 544 - 610. Sabemos que desde el punto de vista exegético dicha tesis no es válida porque no está fundada históricamente; cf. COLLECTIF, Le Ministère et les ministères selon le Nouveau Testament, Seuil, Paris 1974.

⁶ Sin dudar de la importancia de la colaboración de los laicos en la única misión de Cristo (cf. Cei, n° 55), deseamos subrayar solamente el hecho que el compromiso efectivo cada vez mayor de los laicos con mandatos de misión ha suscitado interrogantes sobre la identidad misma del sacerdote y de su misión. Un índice de dicha reflexión lo encontramos en el documento de la Conferencia episcopal francesa: Tous responsables dans l'Eglise? Assemblée plénière de l'Episcopat français a Lourdes, Le Centurion, Paris 1973.

⁷ Baste recordar la institución en Francia del "Séminaire de la Mission en France" en 1941 en Lisieux y en 1944 de la "Mission de Paris" para hacer concreta la idea del sacerdote que comparte las condiciones de vida del pueblo y realiza así en su lugar de trabajo la tarea misio-

nera. Dicha idea se inserta en la prolongación del libro de los dos sacerdotes H. GODIN e Y. DANIEL, La France pays de mission?, "Rencontres", 12, Editions de l'Abeille, Lyon 1943. De esta idea de presencia cercana al pueblo se pasa a la figura del sacerdote obrero: Emile POULAT, Naissance des prêtres-ouvriers, Castermann, Paris, 1965.

⁸ Cf. CARDENAL SUHARD, Le Prêtre dans la Cité, Lettre pastorale du Carême de l'An de Grâce 1949, Paris, Editions A. Lahure 1949.

⁹ MICHEL LABOURDETTE, Le Sacerdote et la mission ouvrière, Une étude de la Commission théologique de la Mission ouvrière, La Bonne Presse, Paris 1959, n° 14.

¹⁰ MICHEL LABOURDETTE, Le Sacerdote et la mission ouvrière, n° 13.

¹¹ Cf. G. GRESHAKE, Priestersein. Zur Theologie und Spiritualität des priesterlichen Amt, Freiburg, 1982, 1991, p. 31-80.

¹² Esta idea de la *representatio Christi* está presente también en otros textos: en Lucas 10, 16: "El que os escucha a vosotros, a mí me escucha...". Podemos recordar también el carácter sacerdotal de la Palabra de Dios que manifiesta el misterio salvífico escondido desde la eternidad en Dios: Rm 16, 25-27; Ef 3, 9-11; Col 1, 25-27. El apóstol está impregnado de esta idea de la *representatio Christi* que concibe toda su vida y sus viajes apostólicos como manifestación de la victoria de Cristo en el mundo: 2Co 1, 14 o incluso en 2Co 4, 10: "Llevamos siempre en nuestros cuerpos por todas partes el morir de Jesús, a fin de que también la vida de Jesús se manifieste en nuestro cuerpo".

¹³ AGUSTIN, en Joan. 6, 7.

¹⁴ Los estudios de E. SCHILLEBEECKX han contribuido mucho a tematizar estos interrogantes: E. SCHILLEBEECKX, Kirchliches Amt, Düsseldorf 1981; Idem, Christliche Identität und kirchliches Amt, Düsseldorf 1985.

¹⁵ Cf. P. J. CORDES, Sendung zum Dienst. Exegetisch - historische und systematische Studien zum Konsildekret "Vom Dienst und Leben der Priester", Frankfurt 1972.

¹⁶ Cf. también PO 12.

¹⁷ Pietro Lombardo surayaba este doble aspecto explicando por qué el sacerdote dice *offerimus* y no *offero*: PIETRO LOMBARDO, Sent. IV d. 13, 1. Cf. LG 10. Este carácter de representación de la Iglesia a través del sacerdote tiene muchas pautas en la tradición de la Iglesia: cf. YVES CONGAR, Jalons pour une théologie du laïc, Unam Sanctam 23, Cerf, Paris 1957; cf. IDEM, "Le sacerdoce du Nouveau Testament, Mission et culte" en Les Prêtres. Décrets Presbyterorum ordinis et Optatum totius, Textes latin et traduction françaises, J. FRISQUE - Y. CONGAR, "Unam sanctam, 68, Cerf, Paris 1968, p233 - 256.

¹⁸ CIPRIANO, E.p. 66, 8.

¹⁹ AGUSTIN, Sermon. 340, 1 cit. LG 32. También Tomás de Aquino, para quien el ministro representa la Iglesia, argumenta en este sentido: TOMAS DE AQUINO, S. Th. III, 82, 7 ad 3; Suppl. 31, 1 ad 1; S.c.g. IV, 73.

²⁰ CIPRIANO, E. p. 66, 8.

²¹ Baste recordar la cuestión que aún se discute de la distinción conciliar entre sacerdocio común y ministerial. La formulación de esta distinción la encontramos en la LG 10: "El sacerdocio común de los fieles y el sacerdocio ministerial... aunque diferentes esencialmente y no sólo en grado, se ordenan, sin embargo, el uno al otro..." requiere aclaraciones ulteriores. ¿En qué consiste esta diferencia esencial y no sólo de grado? Pero me parece que para los Padres la intención haya sido la de evitar nivelar el sacerdocio



ministerial con el sacerdocio común y por tanto de insistir sobre su especificidad que no deriva del sacerdocio común. Viceversa, el sacerdocio común no es una derivación del sacerdocio ministerial. Ambos tienen su fuente en el sacerdocio único de Cristo. La diferencia está en el nivel sacramental (*sacramentum tantum*): El sacerdocio ministerial es el signo sacramental de lo que desde el punto de vista del contenido (*res sacramenti*: la salvación comunicada) es dado a todos los creyentes, es decir, la representación del servicio salvífico de Cristo en el mundo. Estar al servicio de esta misión común, hacerla eficaz incluso desde el punto de vista estructural y mantenerla viva, es lo que constituye lo específico del sacerdocio en la Iglesia: cf. W. BEINERT, "Autorität um der Liebe willen. Sur Theologie des kirchlichen Amtes" en K. HILLEBRAND, ed., *Priester heute. Anfragen, Aufgaben, Anregungen*, Würzburg 1990, p. 32-66, p. 56s; K. LEHMANN, *Das dogmatische Problem des theologischen Ansatzes zum Verständnis des Amtspriestertums* en F. HENRICH, ed., *Existenzprobleme des Priesters*, München 1969, p. 121-175; P. NEUNER, *Der Laie und das Gottesvolk*, Frankfurt 1988, p. 127; G. GRESHAKE, *Priestersein*, p. 192s.

²² PO, n° 2.

²³ Comisión Teológica Internacional, *Le ministère sacerdotal*, Cogitatio Fidei, 60, Cerf. Paris.

²⁴ E. PIN, "La différenciation de la fonction sacerdotale, Analyse sociologique" en *Concilium* 43, 1969, p. 45-55. De esta distinción podemos entender el pasaje actuado por Joseph Moingt que distingue modelos de sacerdocio: cf. sus artículos sobre "Essai sur la mutation du ministère sacerdotal" en *Etudes*, abril 1970, luego en *Ibidem*, julio 1973, septiembre 1973, octubre 1973.

²⁵ PO n° 7.

²⁶ PO n° 2.

²⁷ Basta examinar sus exhortaciones apostólicas, cartas a los sacerdotes del Jueves Santo y homilías con ocasión de ordenaciones para darnos cuenta de ello. Formula la cuestión de la identidad del sacerdote: "¿Quién soy? ¿Qué se espera de mí? ¿Cuál es mi identidad? Esta es la cuestión ansiosa que se plantea con frecuencia el sacerdote, que ciertamente no está al libre de los contragolpes de la crisis de transformación que sacude al mundo": JUAN PABLO II, "Le prêtre dan la société contemporaine, Homilía en la misa de ordenación en Río de Janeiro, 2 de julio de 1980, en *La Documentation*, 77/n° 1971, 1980, p. 751-754, p. 751. Leer: P. TOINER, *L'Ordre sacerdotal et l'avenir de l'homme*, "Theologie nouvelle", Fac-éditions, Paris 1981, p. 167.

²⁸ JUAN PABLO II, *Motu proprio Dilectum hominum* (11 febrero 1985), n° 1 que recuerda que para la Iglesia la pastoral de los enfermos forma "parte integrante de su misión".

²⁹ Cf. JOSEF MAYER - SCHEU - RUDOLF KAUTZKY, por, *Vom Behandeln zum Heil. Die vergessene Dimension im Krankenhaus*, Wien/Freiburg/Basel, 1980, p. 138s.

³⁰ Cf. HANS WALTER WOLFF, *Anthropologie des AT*, München, 1977, p. 211s.

³¹ Cf. HEINRICH SCHIPPERGES, "Die Entwicklung der 'cura' im Verständnis der therapeutischen Dienste" en JOSEF MAYER - SCHEU - RUDOLF KAUTZKY, por, *Vom Behandeln zum Heil. Die vergessene Dimension im Krankenhaus*, Wien/Freiburg/Basel, 1980, 40-55, p. 41.

³² En los pobres y sufrientes, la Iglesia "reconoce... la imagen de su Fundador, pobre y sufriente": LG 8.

³³ Cf. THOMAS BONHOEFFER, *Ursprung und Wessen der Christl. Seelsorge*, München, 1985, p. 11.

³⁴ Cf. PEDRO LAIN ENTRALGO, *Heilkunde in gesch. Entscheidung*, Salzburg 1950, pp. 100s.

³⁵ Cf. Carta de Policarpo a los Filipenses, 6.1.

³⁶ Cf. AUGUST HARDELAND, *Geschichte der speziellen Seelsorge in der vorreformatorischen Kirchen und der Kirche der Reformation*, Berlin 1898, p. 22.

³⁷ Citado por ESUSEBIO, H. E., 7 22, 7-10.

³⁸ Cf. JEAN PIERRE SCHALLER, *I sacramenti: farmaco di immortalità*, Roma 1990.

³⁹ Cf. CIPRIANO, *De lapsis* 14.

⁴⁰ Cf. GERHARD UHLHORN, *Die christlichen Liebestätigkeit*, I., *Alte Kirche*, Stuttgart 1882, 316s.

⁴¹ Cf. Reg. Ben. 36.

⁴² AUGUST HARDELAND, *Geschichte der speziellen Seelsorge in der vorreformatorischen Kirchen*, p. 190.

⁴³ PAUL DIEPGEN, *ÜBER DEN Einfluß der autoritativen Theologie auf die Medizin des M.A.*, Wiesbaden 1958.

⁴⁴ Cf. CHRISTIAN ROBST, "Das Hospitalwesen im hohen und späten M. A. und die geistliche eine gesellschaftliche Stellung der Kranken" en GERHARD BAADER - GUNDOLF KEIL, por, *Medizin im m.a. Abenland*, Stuttgart 1932, p. 265.

⁴⁵ Cf. por ejemplo el comentario a la Regla de la Orden del Espíritu Santo en el siglo XV: *Liber regulae S. Spiritus*, ed. A. F. La Cava, Mailand 1949, 128s.

⁴⁶ Exhorta diciendo que nos dejemos "unos a otros confesar, aconsejar, ayudar y orar... sin dudar del sí de Dios para con nosotros": MARTÍN LUTERO, "Von der Beicht", WA 8, 184, 21-24).

⁴⁷ BERNHARD WALTER MARPERGER, *Getreue Anleitung zur wahren Seelencur bey Krancken und Sterbenden*, Nürnberg 1717, 212s.

⁴⁸ Cf. HAN CHRISTOPH PIPER, *Klinische Seelsorge-Ausbildung*, Berlin 1972; JOACHIM SCHARFENBERG, *Seelsorge als Gespräch*, Göttingen 1972.

⁴⁹ J.J. ROHDE, *Soziologie des Krankenhauses*, Stuttgart 1974; JOHANNES SIEGRIST, *Arbeit und Interaktion im Krankenhaus*, Stuttgart 1978.

⁵⁰ Cf. JOSEF MAYER-SCHEU, *Seelsorge im Krankenhaus*, Mainz 1977; MICHAEL KLESSMANN, *In der Krise begleiten. Probleme und Aufgaben des Pfarrers am Krankenbett* en EK 16, 1983, pp. 543; IDEM, "Krankenhausseelsorge heute" en *Themenheft WzM* 29, 1977, H. 1.

⁵¹ Cf. PONTIFICIA COMMISSIO DE APOSTOLATU PRO VALETUDINIS ADMINISTRIS, *Les religieux dan le monde de la souffrance et de la santé*, Roma 1987; *Les laics dans le monde de la souffrance et de la santé*, Roma 1987; *Curate Infirmos* y la vida consagrada, Ciudad del Vaticano 1994.

⁵² Cf. CEI, *Pautas para la vida de nuestros seminarios*, Coll. Documenti Chiese locali n° 85, EDB, Bologna 1999, n° 55.

⁵³ Aquí se puede notar que el Concilio mismo no precisa con certeza la diferencia entre *munia* (LG 33 refiriéndose a los laicos) y *sacra officia* (LG 35, 37) con referencia a los sacerdotes. En efecto, se quiere hacer una distinción entre oficio sacramental y los ministerios no sacramentales. Pero se puede notar que por un lado que en la LG 18s se emplea también el término ministerio (*ministerium*) para los sacerdotes y, por otro, en varios lugares se emplea el término oficio (*munus*: LG 33; *sacra officia*: LG 35, 37) para los laicos; cf. v. Beinert, *Autorität um Liebe willen*, p. 35.

⁵⁴ Cf. KARL RAHNER, "Über das Laienapostolat" en *Schriften zur Theologie*, II, Einsiedeln 1961, p. 339-379, p. 351 Idem, *Sakramentale Grundlegung des Laienstandes in der Kirche* en *Schriften zur Theologie*, VII, Einsiedeln 1966, pp. 330-350.

⁵⁵ En efecto, me parece que en caso de la iglesia congoleña, desde 1975 se ha sabido aplicar con el cardenal Joseph Malula esta bella concepción del Vaticano II que ha proseguido en *Ministeria quaedam* de Pablo VI (1972) y *Evangelii nuntiandi* (1975), evitando dicho peligro. Me refiero a la institución de los Bakambi (es el plural de Mokambi), esto es, un laico instituido por el obispo para guiar una parroquia, en el sentido de la administración parroquial y de organización de las actividades pastorales. Trabaja con un sacerdote que no es el párroco, pero tiene justamente la función de representar al obispo en el lugar ya que el obispo es el responsable de la pastoral. Su función se limita aquí a la función del "moderador como define el can 717 § 2. Ejerce la responsabilidad de las tareas específicamente presbiteriales. Cf. Archidiócesis de Kinshasa, *Les ministères laïcs à Kinshasa*, Kinshasa 1985; *L'Avenir des ministères laïcs. Enjeux ecclésiologiques et perspectives pastorales*, L. SANTEDI KINPUDU, éd., *Signes de Temps*, Kinshasa 1997; MATENKADI FINFINI, A. *Le statut juridique du catéchiste en territoire de mission. Structure et signification du canon 785 du Code de droit canonique de 1983*, Ottawa, 1988; IDEM, "L'expérience pastorale des Bakambi: histoire et perspectives" en *Revue Africaine de théologie* 17, 1993, p. 227-235; *Oeuvres complètes du Cardinal Malula*, L. de Saint Moulin, por, vol. 6. Textes concernant le laïc et la société, Facultés Catholiques de Kinshasa 1997. Se diferencia del sistema alemán de "Pastoralreferenten y Pastoralreferentinnen": cf. H.J. POTTMEYER, "Thesen zur theologischen Konzeption der pastoralen Dienste unter ihrer Zuordnung" en *ThGl* 55, 1976, p. 313-337; W. KASPER, "Die Schädlichen Nebenwirkungen des Priestermangels" en *Stimmen der Zeit* 195, 1977, p. 129 - 135; K. RAHNER, "Pastorale Dienste und Gemeindeleitung" en *Stimmen der Zeit*, 195, 1977, p. 733-743; P. HÜNERMANN, "Ordo in neuer Ordnung? Dogmatische Überlegungen zur Frage der Ämter und Dienste in der Kirche heute" en F. KLOSTERMANN, ed., *Der Priestermangel und seine Konsequenzen*, Düsseldorf 1977, p. 58-94; G. GRESHAKE, "Der theologische Ort des Pastoralreferenten und sei Dienst" en *LS* 29, 1978, p. 18-27; IDEM, *Priestersein*, p. 72; F. KLOSTERMANN, *Zur neuen Ordnung der "pastoralen Dienste" en der BRD* "in *Diakonia* 9, 1978, p. 129-139; H. SOCHA, "Der Dienst der Pastoralreferenten und die eine geistliche Vollmacht" en *Archiv für Kirchenrecht* 147, 1978, p. 377-405. W. J. Henstschel, *Pastoralreferenten - Pastoralassistenten*, Eischstätt - Wien 1986; P. NEUNER, *Der Laie und das Gottesvolk*, Frankfurt 1988, p. 191-203.

⁵⁶ Al respecto, es iluminador el documento del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, "Los laicos en el mundo del sufrimiento y de la salud", Roma 1987, que habla del compromiso del laico en el campo de la pastoral de la salud como un ministerio, una diaconía que deriva de la naturaleza misma del laico como miembro de la Iglesia, de su condición de bautizado y de secular: n° 8.

⁵⁷ Cf. K. RAHNER, "Pastorale Dienste und Gemeindeleitung" en *Stimmen der Zeit*, 195, 1977, p. 733-743; P. HÜNERMANN, "Ordo in neuer Ordnung? Dogmatische Überlegungen zur Frage der Ämter und Dienste in der Kirche heute" en F. KLOSTERMANN, ed., *Der Priestermangel und seine Konsequenzen*, Düsseldorf 1977, p. 58-94.

⁵⁸ Cf. Las precisiones de G. GRESHAKE, *Priestersein*, p. 72.

El Capellán católico de la Pastoral de la Salud en el Derecho Canónico

1. La normativa actual

a. En el Código de Derecho Canónico

Los cánones 564 – 572 no tienen su correspondiente en el Código Oriental. Pero quizás se puede encontrar algo parecido cuando el Código Oriental se ocupa también de la parroquia personal en el can. 280: “*Si... id expedit, erigantur paroeciae personales... vel alia definita rationes determinatae*”.

a.1 Concepto – cánones 564 y 568

Dos conceptos clave: sacerdote y cuidado pastoral

El capellán es el sacerdote a quien se le confía de manera estable, al menos parcialmente, la cura pastoral de una comunidad o de un grupo de fieles, para ejercerla de conformidad con lo establecido por el derecho universal y particular (564).

Son muchas las categorías de capellanes: el Código prevé de manera explícita las siguientes:

- capellanes de una casa de un instituto religioso laical;
- capellanes de hospital y de cárcel;
- capellanes de mar;
- capellanes de emigrantes, nómadas, marinos;



– capellanes militares, etc.

Entre estas categorías las dos primeras se dedican de modo especial al ámbito de la salud, porque en realidad muchos institutos religiosos laicales tienen como finalidad ocuparse de las personas enfermas.

Muchas veces, incluso los mismos hospitales han sido fundados por piás confraternidades...

El término “capellán” deriva de “capa” y se refiere al manto de S. Martín, que se conserva en la basílica de de S. Dionisio, que se ha convertido en el color azul de la bandera francesa: este manto que el santo compartiera con el pobre de Amiens era un verdadero símbolo: siguiendo el modelo de S. Martín, el capellán era el sacerdote encargado de distribuir la caridad de la Iglesia. La palabra “aumônier” en francés designa también al sacerdote que se encarga de las limosnas.

El can. 568 amplía este concepto: retomando el voto Conciliar expresado en CD 18, espera que en lo posible se constituyan capellanes, “para los que por su género de vida no pueden gozar de la atención parroquial ordinaria”. El Motu proprio *Ecclesiae sanctae* I, 19 para la aplicación de este decreto ruega a las Conferencias de los Obispos que “confíen a un sacerdote delegado o a una especial comisión todo lo que concierne el estudio y la organización del servicio pastoral” de los grupos particulares de fieles. Se refería ante todo a los emigrantes, pero la noción es válida para todos.

Algunos comentarios: estas disposiciones son nuevas y nacen en la decisión conciliar de que las conferencias episcopales deben proveer como responder al derecho que tienen los fieles, “que no pueden gozar de modo suficiente del ministerio pastoral ordinario y común de los párrocos”, de re-

cibir con abundancia la palabra de Dios y los sacramentos.

Ante todo, no se pensaba en el mundo de la pastoral de la salud, sino en los emigrantes. Es en favor de ellos que en todo este siglo la Congregación concistorial ya había hecho derogaciones especiales. Pero también aquí el principio vale para todos.

Hay que tener en cuenta que los cánones del Código del 1917 que se ocupaban de la materia, son aquellos relacionados con los capellanes de las asociaciones: de hecho, muchas veces no es el dispositivo institucional propio de la Iglesia particular el que logra corresponder a todos los derechos de los fieles, pero es necesaria la intervención de carismas particulares, que se expresan tradicionalmente a través del asociacionismo: las primeras asociaciones de fieles en la Iglesia las encontramos en el siglo tercero, incluso antes de que la Iglesia manifieste sus instituciones abiertamente, propio en favor de la asistencia a los enfermos;¹ cuando estos carismas son institucionalizados por la Iglesia universal, los institutos de hecho se convierten en un don hecho por la Iglesia universal a muchas Iglesias particulares.

a.2 Nombramientos y remoción

La norma general es el nombramiento de parte del Ordinario del lugar: “El capellán es nombrado por el Ordinario del lugar, a quien también pertenece instituir al que se le presenta o confirmar al elegido” (565).

Pero pueden haber excepciones:

1. La primera, que se refiere al proceso preliminar al nombramiento, la encontramos en el canon 567: El Ordinario del lugar “no debe proceder al nombramiento del capellán de la casa de un instituto religioso

laical sin consultar al superior, que tiene el derecho, después de oír a la comunidad, de proponer a un sacerdote” (567/1).

Esta es una novedad; visto que se trata de proponer y no de presentar, el superior no está obligado a proponer aquel designado por la comunidad, ni el Ordinario está obligado a nombrar aquel propuesto.

2. En lo que concierne a las asociaciones públicas, es necesario tener en consideración el canon 317, inciso 1 que obliga al Obispo a escuchar, cuando sea conveniente, a los oficiales mayores de la asociación, antes de nombrar al capellán.

3. No se afirma con claridad si el “consejero espiritual” previsto para las asociaciones particulares en el canon 324, y que tiene una forma especial de nombramiento, posee el carácter de capellán. Para Echeverría la respuesta es afirmativa.

Según su prudente decisión y por justa causa, el Ordinario del lugar, puede remover de su cargo al capellán aunque haya sido elegido o presentado por otros, firme quedando lo establecido por el canon 682/2 (cfr. 572).

Se trata de un principio que vale para todos los cargos cuyo titular es removible: libertad del Ordinario y salvaguardia del derecho del superior de ser advertido oportunamente acerca de sus súbditos.

Si se trata de un religioso, éste puede ser removido ya sea por el Ordinario del lugar o por el Superior religioso, sin el parecer de ninguno de los dos, ya que es suficiente que el autor de la remoción informe a la otra parte sobre el particular.

a.3 Facultades, canon 566²

Se trata de un canon importante que nos permite entender mejor la elevada idea que tiene la legislación de la Iglesia acerca de la figura del capellán.

A) *Principio general*: el capellán debe contar con todas las facultades necesarias para la correcta *cura pastoral*. Por ejemplo: Can. 911: Los capellanes tienen la obligación y el derecho de llevar la santísima Eucaristía como Viático.

B) *Principio especial*: ade-



más de las facultades concedidas por el derecho particular o por un poder especial por razón de su oficio, el capellán tiene la facultad de:

1) escuchar las confesiones de los fieles confiados a sus cuidados. De conformidad con el c. 967, 2 esta facultad concedida *vi officii* vale en todas partes, salvo que haya sido prohibido por el Ordinario del lugar.

2) predicarles la palabra de Dios;

3) administrarles el Viático y el Oleo de los enfermos;

4) administrar también el sacramento de la confirmación a los que se encuentren en peligro de muerte (566/1).

C) *Principio muy especial*: en los hospitales, en las cárceles y durante los viajes marítimos, el capellán tiene también: la facultad, que solamente puede ser ejercida en esos lugares, de absolver de las *censura latae sententiae* no reservadas ni declaradas, pero firme quedando lo establecido por el c. 976 (566/2).

Esta facultad no es concedida ni siquiera a los párrocos o decanos y subraya la amplitud del verdadero “cuidado pastoral” ante el cual nos encontramos. Esta vez se cita explícitamente el mundo de la pastoral de la salud. Al decirse “absolver”, los comentaristas consideran que se limita al foro interno sacramental.

Los capellanes castrenses se rigen mediante leyes especiales (569).

a.4 Tareas

1. La famosa “cura pastoral” para la cual ha sido creado su oficio.

2. Ser rector si hay una iglesia anexa.

3. Celebrar o dirigir las funciones litúrgicas cuando es capellán de un instituto laical; pero sin inmiscuirse en el régimen interno del Instituto.

4. En el ejercicio de su función pastoral, el capellán debe mantener la debida unión con el párroco. (571).

Por ejemplo, el capellán no puede dispensar a la comunidad de los días de festividad establecidos o de las penitencias, ni de las competencias del Superior de institutos de derecho pontificio y del párroco cuando se trata de institutos laicales o de derecho diocesano (c. 1245).

Compete al parecer del Ordinario del lugar decidir si las celebraciones solemnes en la iglesia no parroquial causan o no perjuicio al ministerio parroquial (can. 559).

b. En la Instrucción interdicasterial

Artículo 1. Necesidad de una terminología apropiada

§ 3. El fiel no ordenado puede asumir la denominación genérica de “ministro extraordinario”, sólo cuando es llamado por la autoridad competente para realizar, únicamente como suplente, los oficios a los que se refiere el canon 230 §3ⁱ, así como los cánones 943 y 1112. Naturalmente, podemos emplear el término concreto con el que se determina canónicamente la función confiada, por ejemplo, acólito, lector, etc.

El cargo temporal en las ceremonias litúrgicas, a las que se refiere el canon 230 §2, no confiere ninguna denominación especial al fiel no ordenado.ⁱⁱ

Por tanto, no es lícito que los fieles no ordenados asuman, por ejemplo, la denominación de “pastor”, de “capellán”, de “coordinador”, “moderador” u otras denominaciones que, de cualquier modo, podrían confundir su papel con el del pastor que corresponde únicamente al Obispo y al presbítero.ⁱⁱⁱ

2. Tres puntos “candentes”

Esta última enseñanza, de la

Instrucción interdicasterial, nos obliga a tomar una posición en el debate: nos parece útil aclarar ciertos puntos para ver tanto a nivel de doctrina como de oportunidad pastoral, qué puertas existen, teniendo en cuenta el bien de la Iglesia, para garantizar el servicio más adecuado para los enfermos. Se trata de “aperturas” que están en armonía con el conjunto de la disciplina de la Iglesia y no de excepciones colocadas como sistema para que entren en la Iglesia conceptos que de por sí serían extraños a ella. Me parece que existen vías por recorrer tanto en el campo de la definición de nuevas oficinas eclesiásticas confiadas a los laicos – responsabilidad pastoral de un sacerdote – como en el ámbito de la ampliación de las facultades de los capellanes, y en el campo de la creación de nuevas capellanías. Pero visto que todo este sistema depende de la concepción que uno tiene de la identidad sacerdotal y de su papel en la Iglesia, desarrollaremos ante todo el primer punto como fundamento de toda la disciplina.

a. La identidad sacerdotal del capellán

El Capellán “est sacerdote”.

Pueden haber otras personas comprometidas en la pastoral de la salud, pero no con este título ni con estas facultades.

Ya el Directorio para el ministerio de los Obispos *Ecclesiae imago*, en el n. 183, con respecto a la institución de centros especiales de apostolado, distinguía por una parte la misión con cuidado de almas y, por otro, el simple “centro pastoral”, en el que cierta cura, específicamente también de caridad, podía “ser confiada incluso a diáconos y, en su ausencia, también a religiosas o laicos, que ejercerán las funciones permitidas por su estatuto”.

Doble “colaboración” de los laicos prevista por el Código de Derecho Canónico

El principio de la colaboración al ministerio sacerdotal está formulado en el cuerpo canónico actual: en primer lugar, el Código de Derecho Canónico

latino de 1983 recuerda en el canon 228 §1, que habla de una *habilitas* de los laicos hacia los “oficios” (*officia*) eclesiásticos y las “funciones” (*munera*), la posibilidad de la “participación a las funciones más cercanas al oficio de los pastores”; seguidamente, el Código de cánones de las Iglesias orientales de 1990, basándose en el Concilio, reformula este mismo principio para ordenar de modo más lógico dos niveles de colaboración y habla de la posibilidad para los laicos de “ser asumidos para funciones eclesiásticas”.³

CDC 1983	CCEO 1990
228 / 2: Los laicos que se distinguen por su ciencia, prudencia e integridad tienen capacidad para ayudar como peritos y consejeros a los pastores de la Iglesia, también formando parte de consejos, conforme a la norma del derecho.	408 / 1: Los laicos que se distinguen por su ciencia, experiencia e integridad tienen capacidad para ser oídos como peritos o consejeros por las autoridades eclesísticas, sea individualmente, sea como miembros de los diferentes consejos y asambleas, como las parroquiales, eparquiales, patriarcales.
228 / 1: Los laicos que sean considerados idneos tienen capacidad de ser llamados por los sagrados Pastores para aquellos oficios eclesísticos y encargos que pueden cumplir según las prescripciones del derecho. ⁴	408 / 2: Además de aquellos encargos eclesísticos a los que los laicos son admitidos por el derecho común, estos pueden ser llamados por la autoridad competente también para otros encargos, exceptuados aquellos que requieren el orden sagrado o que expresamente quedan excluidos para los laicos por el derecho particular de la propia Iglesia <i>sui iuris</i> .
	408 / 3: En el ejercicio de un encargo eclesístico, los laicos están sometidos plenamente a la autoridad eclesística.

El interés de este primer grupo de cánones deriva esencialmente de las referencias mencionadas, que son exclusivamente conciliares.

Los documentos conciliares aún son demasiado inexplorados, a nivel de su sentido real como lo manifiestan los “informes” y los “modus” conforme a los cuales han sido votados y que prácticamente son inéditos,⁵ para permitirnos una visión de conjunto; pero al faltar esta síntesis, dado que la Iglesia es un cuerpo viviente, nos referiremos sólo a los pasajes que efectivamente han contramarcado la conciencia que ella tenía de sí misma, sobre este punto preciso de una colaboración, no sólo en el “apostolado jerárquico de la Iglesia” – practicada desde tiempos de San Pablo y luego en innumerables campos como en las asociaciones de fieles, los órdenes menores, la Acción católica, etc. – sino también en el “ministerio pastoral” en sí.

Textos fundantes del Concilio Vaticano II

En el ámbito de los principios reconocidos, la comisión de interpretación del Concilio, que se ha convertido en la Comisión para la Interpretación de los Textos Legislativos,⁶ establece para el Código latino, esta colaboración muy específica en tres documentos: la constitución dogmática sobre la Iglesia *Lumen gentium*, n. 33, el decreto sobre el oficio pastoral de los obispos *Christus Dominus*, n. 10 y el decreto sobre el apostolado de los laicos *Apostolicam actuositatem* n. 24. El Código

oriental escoge estas tres referencias y añade otras más: *Lumen gentium* 33 es citado para dos tipos de colaboración; *Christus Dominus* 10 sólo para el primero, es decir para el apostolado jerárquico, y *Apostolicam actuositatem* 24 sólo para el segundo, es decir, para el ministerio pastoral en sí; en ambos casos, se refiere, además, a *Lumen gentium* 37; para el primer tipo de colaboración cita también *Christus Dominus* 27, *Apostolicam actuositatem* 20b y 26, los decretos sobre la actividad misionera *Ad Gentes* n. 30 y sobre el ministerio y la vida de los sacerdotes *Presbyterorum Ordinis* n. 17, mientras para el segundo tipo cita *Christus Dominus* 27 y *Ad gentes* 17. En lo que se refiere a la sumisión a la autoridad eclesiástica en el ejercicio de todas estas funciones, el Código oriental remite a *Apostolicam actuositatem* 20 d.⁷

“Funciones” eclesiásticas para los laicos

Visto que la cuestión nos interesa es la del segundo tipo de colaboración, que puede aparecer la más innovadora, la más cercana al sacramento del Orden, debemos citar estos textos así como las aclaraciones oficiales proporcionadas por las comisiones de redacción.⁸ En LG 33, leemos:

“Además de este apostolado, que incumbe absolutamente a todos los cristianos, los laicos también pueden ser llamados de diversos modos a una colaboración más inmediata con el apostolado de la jerarquía (cfr. Pío XII, aloc. *Six ans se sont écoulés*, 5 oct. 1957),^{m.17} al igual que aquellos hombres y mujeres que ayudaban al apóstol Pablo en la evangelización, trabajando mucho por el Señor (cfr. *Phil* 4, 3; *Rm* 16, 3ss). Por lo demás, poseen aptitud de ser asumidos por la jerarquía (*ad hierarchia adsumantur*) para ciertos cargos eclesiásticos, que habrán de desempeñar con finalidad espiritual (*ad quaedam numera ecclesiastica, ad finem spirituales exercenda*).¹⁸ Inf. F n.18 m.19

De las explicaciones de las comisiones de redacción emergen varias aclaraciones.

La única verdadera novedad lo constituye esta frase: “Los laicos poseen aptitud de ser asumidos por la jerarquía para ejercer ciertos cargos eclesiásticos, que habrán de desempeñar con una finalidad espiritual”. ¿En qué consisten estos “cargos eclesiásticos”? El informe en la letra F, referente al penúltimo texto, el que podía incluir también modificaciones incluso sustanciales votadas por los

Padres, simplemente dice que aquí ha sido introducida una “idea complementaria”, sacada de la larga lista de propuestas del Card. Suenens. Pero la lectura de esta “*Propositio nova ordinatione capitum*”⁹ de septiembre de 1963, ya considerada por la comisión, no ayuda a comprender por qué la comisión haya considerado oportuno mantenerla: la frase en cuestión es dejada tal cual, al concluir el párrafo sobre la igualdad y la desigualdad de los miembros de la Iglesia de Cristo, y sin que se encuentren explicaciones en las demás intervenciones del prelado. Parece, pues, que la frase haya sido colocada en la constitución como una afirmación general, permitiendo una progresión lógica dentro del párrafo.

El *modus* 18 muestra que, para al menos un Padre esta frase no es muy clara, no ve bien si se trata de una cosa diferente del “llamado a colaborar al apostolado de la jerarquía”, para no hablar del poder propio de las asociaciones reconocidas por la Iglesia. La comisión rechaza entonces suprimir el texto e indica que se trata de los “*munera*” eclesiásticos de los que proporciona dos ejemplos: el ecónomo de una institución religiosa y el catequista en sentido estricto.

Si confrontamos el texto de AG 17, vemos que se trata no de catequistas que se contentan de guiar las oraciones y tener una misión de enseñanza en su comunidad, sino de aquellos de los países de misión que son asumidos a tiempo completo y que, bajo este título, tienen derecho a ser remunerados:

“En nuestros días, el oficio de los catequistas tiene una importancia extraordinaria, porque resultan escasos los clérigos para evangelizar tantas multitudes y para ejercer el ministerio pastoral. Su formación, por consiguiente, debe realizarse y acomodarse al progreso cultural, de forma que puedan desarrollar lo mejor posible su cometido (*munus*), agravado con nuevas y mayores obligaciones, como cooperadores eficaces (*validi cooperatores*) del orden sacerdotal.

Multiplíquense, pues, las escuelas diocesanas y regionales

en que los futuros catequistas estudien la doctrina católica, sobre todo en materia bíblica y litúrgica, y el método catequético, así como la práctica pastoral, y se formen en la moral cristiana [...].

Además, hay que procurar, por medio de una justa remuneración, a quienes se entregan por entero a esta obra una condición de vida decorosa y la seguridad social [...].

E incluso es de desear que, donde parezca oportuno, se confiera a los catequistas debidamente formados misión canónica en la celebración pública de la acción litúrgica, para que sirva a la fe con más autoridad delante del pueblo”.

Asimismo, siempre en AG 17, la comisión auspicia que los catequistas puedan recibir una misión canónica, sin distinguirse entre catequistas auxiliares y catequistas en sentido estricto: es decir, que no es la misión canónica la que confiere el “*munus* eclesiástico” al que la jerarquía puede llamar. En el *modus* 3, la comisión reconoce también que esta “misión canónica” ¡no tiene valor “canónico” en sentido propio! Se afirma que simplemente se trata de una práctica difundida y que el decreto se funda allí donde esto puede contribuir a una mayor autoridad al servicio de la fe proporcionado por los catequistas.

Se trata ciertamente de una “autoridad”, pero no de una “*potestas*”: la eventual carta de misión que el nuevo Código no prevé más allá del antiguo, no confiere ninguna potestad y, por tanto, no quita nada al gobierno de los pastores verdaderos, es decir, los párrocos y los capellanes por asimilación.

El texto del decreto sobre el apostolado de los laicos, *Apostolicam Actuositatem* 24, es aún más categórico:

“Por último, la jerarquía encomienda a los seglares ciertas funciones (*munia quaedam committit*) que están más estrechamente unidas a los deberes de los pastores (*proprius cum officiis pastorum coniuncta sunt*), como, por ejemplo, en la explicación de la doctrina cristiana en determinados actos litúrgicos y en la cura de almas. En virtud de esta misión, los



seculares, en cuanto al ejercicio de tales tareas (*muneris*), quedan plenamente sometidos a la dirección (*moderationi*) superior de la Iglesia”.^{Inf F}

Para no crear confusión y dar la impresión que la potestad de jurisdicción pudiese ser transmitida por vía no sacramental, materia debatida al no pertenecer a la doctrina común, y sobre la cual no se podía, pues, fundar alguna disciplina, el texto fue limpiado de toda referencia a la moción de “mandato”, de “misión canónica” y de “participación al apostolado de la jerarquía”. Al respecto, se vea el informe F en la nota.

“Munera” et “officia” en sentido amplio

Todo se basa, por consiguiente, en los dos niveles particulares de colaboración diferentes de LG 33 (consejos y cargos eventuales). LG 37 no hace sino retomar esta distinción, pero esta vez presenta las relaciones de los laicos con la jerarquía desde el punto de vista de los pastores:

“Por su parte, los sagrados Pastores reconozcan y promuevan la dignidad y responsabilidad de los laicos en la Iglesia. Recurran gustosamente a su prudente consejo, encomiéndenles con confianza cargos en servicio de la Iglesia (*in servitium Ecclesiae officia committant*) y denles libertad y oportunidad para actuar; más aún, anímenles incluso a emprender obras por propia iniciativa. Consideren atentamente ante Cristo, con paterno amor, las iniciativas, los ruegos y los deseos provenientes de los laicos. En cuanto a la justa libertad que a todos corresponde en la sociedad civil, los Pastores la acatarán respetuosamente”.^{Inf M}

Los cargos eclesiales de los que aquí se habla, y que una “carta de misión” no es suficiente para que sean conferidos, en realidad son oficios: en efecto, el término latino empleado por LG 37 es explícitamente “*officia*”, mientras LG 33 habla de “*munera*” “que debe ejercer con un fin espiritual”; esto remite de manera bastante clara a la definición del “oficio eclesiástico en sentido amplio”, como se presenta en la primera parte del canon 145 §1 del Có-

digo de Derecho Canónico de 1917 y ya canonizada por la *Prebyterorum Ordinis* 20 como sentido general del oficio de la Iglesia. El informe C de la antepenúltima redacción de este último decreto muestra que ya en 1964 se había decidido que uno de los principios de reajuste de la legislación habría sido el de adoptar en general la acepción amplia del oficio eclesiástico y ya no su aceptación estricta que obligaba a conllevar una participación a la potestad de orden o de jurisdicción. Cualquiera sea el fundamento de esta reforma – en efecto, ¿es realmente posible estructurar la institución de la Iglesia a partir de oficios que no tienen en cuenta en primer lugar ni del sacramento ni de la necesidad de un poder coactivo? – ella significa que “la participación a la potestad no entra en el concepto de oficio”,¹⁰ ni la participación al sacramento del Orden.

Con respecto a LG 33, debemos tener en cuenta que el texto no distingue entre “*officia*” y “*munera*”. A través de sucesivas extrapolaciones se ha pretendido que la Iglesia local gozase de una prioridad con respecto a la Iglesia universal,¹¹ lo cual implicaría la obligación de reconocer los *munera* espontáneos en los laicos (en particular en la parroquia) y a veces de erigirlos en verdaderos y reales oficios eclesiásticos; pero nada de esto puede invocar el fundamento conciliar: LG 33 no distingue entre *munera* y *officia*, no concibe los *munera* en el sentido ontológico como fundamento de la *Sacra potestas* conferida mediante la consagración (como en el canon III sobre la jerarquía), sino en el sentido genérico de deber o de rol.

¿“Colaboradores” o “cooperadores”?

En la organización de la Iglesia, los laicos pueden recibir un lugar muy particular, que es exaltado, porque están abiertos sus oficios relativamente raros más bien a tiempo completo y mejor definidos de lo que comportan las numerosas misiones canónicas que, por consiguiente, permiten a los ministros, incluidos los obispos, ejercer su

“*sacra potestas*” natural.¹² Al mismo tiempo, se trata de un puesto bastante delimitado: *Christus Dominus* 27 encuentra ambiguo que se atribuya el título de “colaboradores” también a los laicos que desarrollan un oficio en la curia diocesana y limita su aporte a una “ayuda al obispo”.

“Los sacerdotes y laicos que pertenecen a la curia diocesana deben saber que prestan ayuda (*adiutricem operam praestare*) al ministerio pastoral del obispo. La curia diocesana ha de organizarse de forma que resulte un instrumento adecuado para el Obispo, no sólo en orden a la administración de la diócesis, sino también para el ejercicio de las obras de apostolado”.

Lo mismo se puede decir con respecto al término “cooperadores”: probablemente tiene un fundamento sacramental, dado que indica ya la medida de “*sacra potestas*”, conferida a los sacerdotes desde la ordenación; LG 28 dice que los sacerdotes son “*providi cooperatores*” del orden episcopal y no sólo su ayuda y su instrumento. El decreto conciliar sobre el oficio pastoral *Christus Dominus* nunca menciona a los laicos como colaboradores, ni siquiera en el cap. 2-III sobre los cooperadores del obispo diocesano; se habla de un deber de cooperar referido a los párrocos, pero se trata de cooperar con los demás pastores: no se les impone algún deber de cooperar con los fieles como si esto formase parte de su misión. Al contrario, los modos 1, 3 y 6 en CD 11 excluyen explícitamente a los laicos y diáconos de la definición conciliar de la diócesis como “porción del pueblo de Dios que está confiada a los cuidados pastorales del obispo coadyuvado por su presbiterio”. Cuando un Padre pidió si se podía añadir nuevamente a esta definición “con la cooperación del presbiterio y también de los laicos”, se le respondió fríamente que los laicos no se ocupan de apacentar.¹³

Los laicos no son “pastores”

Por consiguiente, nada permite afirmar que la cooperación, la colaboración o la participación de los laicos pertenece a la noción de “tarea pasto-

ral de los pastores”: en el Concilio, sólo el decreto *Apostolican actuositatem* 10 cuando se ocupa de los laicos habla en estos términos de cura de almas:

“(Los laicos) cooperan intensamente en la predicación de la palabra de Dios, sobre todo con la instrucción catequética; con su competencia profesional dan mayor eficacia a la cura de las almas y también a la administración de los bienes eclesiásticos”.

Por otro lado, hemos visto que en AA 24 se habla de la posibilidad de confiar a los laicos tareas “vínculadas más estrechamente” con los deberes de los pastores, en los tres aspectos de único *munus* y, por tanto, también en la cura de las almas; pero no habla de que se les confíe este cuidado. De la investigación efectuada teniendo en cuenta el database “*Magistra*” no resulta algún texto oficial que hable de laicos, a no ser como colaboración, cuando se trata de *cura animarum*. Aún menos se habla de un derecho de parte de ellos para colaborar a este *cura animarum*: pueden colaborar en el apostolado, en la misión de la Iglesia, incluso en la transmisión de la Palabra, pero no en el cuidado de las almas, esto es, en lo que compete al oficio del pastor. El Código actual distingue los límites de estos oficios cuando resume los deberes de los párrocos “con la cooperación también de otros presbíteros o diáconos, y con la ayuda de fieles laicos, conforme a la norma del derecho”.¹⁴

Los laicos no están habilitados para “presidir”

Para concluir con respecto a la posibilidad para los laicos de asumir oficios de gran responsabilidad, que son en un plano diferente de la responsabilidad sacramental sobre las almas, es necesario citar el *modus* 2 de AG 17, ya que ha sido tomado fielmente en la instrucción interdicasterial y en sus traducciones.¹⁵

“Además, las Iglesias reconocerán agradecidas la labor generosa de los catequistas auxiliares, cuya ayuda necesitarán. Ellos conducen las oraciones y enseñan la doctrina en

sus comunidades. Hay que atender convenientemente a su formación doctrinal y espiritual”.

Dado que el oficio confiado a los laicos no comporta alguna potestad y ninguna relación con el sacramento del Orden, esto se traduce en todas sus tareas para dirigir: el latín no usa el término “*praesident*” con relación a ellas, sino “*praesunt*” o con rigor “*praeunt*”; esto quiere decir que se puede confiar a estos laicos la tarea de acompañadores de la comunidad, ser animadores, de dar el ejemplo, es decir, de caminar adelante, de dirigirlos, de guiarlos. Pero ellos no “presiden” nada, ni los bautismos, ni las oraciones, ni los sepelios, ni los consejos: presidir es algo propio de la jerarquía sacramental.

Los diáconos tampoco son “pastores”

Por lo demás, esto comporta una consecuencia mal explorada en lo que respecta a los diáconos: son miembros de la jerarquía sacramental, pero no del sacerdocio. Reciben la capacidad de ofrecer en nombre del Pueblo y de distribuir en nombre de Dios, están frente a la Iglesia, son imagen de Cristo en la dimensión de servicio de su sacerdocio, pero no son imagen de Cristo Jefe: por tanto, pueden presidir y bendecir frente al pueblo, pero nunca en presencia de un sacerdote. La doctrina común expresada en el Catecismo de la Iglesia Católica o en el nuevo Directorio para el ministerio y la vida de los diáconos permanentes hace iniciar el cargo pastoral sólo con el presbiterado.¹⁶ La gracia propia de los diáconos, en el primer grado del “sacramento del ministerio”, no hace que ellos sean pastores. Por esto no pueden recibir oficios que comporten la plena cura de almas. La instrucción recuerda que es necesario atribuirles prioritariamente tareas de suplencia, ya que ellos ejercen un verdadero ministerio. Sin embargo, incluso en el caso del can. 517 § 2, los diáconos no participan en la tarea “pastoral”, sino sólo en su ejercicio.

Ojalá que todas estas distinciones entre cargo pastoral, mi-

nisterio y oficio eclesiástico nos ayuden a comprender el poco poder que hay en juego en todo lo que constituye la armazón de la institución de la Iglesia: justamente porque se trata de gracias propias, fundadas en consagraciones diferentes, los papeles no se pueden intercambiar.

El Cardenal Ratzinger resume la cuestión doctrinal del modo siguiente:¹⁷

La Instrucción distingue tres tipos de tareas y servicios a través de los cuales los fieles laicos participan en la única misión de la Iglesia:

1. tareas y servicios referentes al apostolado de los laicos, es decir su peculiar modo de hacer presente a Cristo en las estructuras del orden temporal y civil;

2. tareas y servicios en las diferentes estructuras organizativas de la Iglesia, que son confiadas a los laicos por la competente autoridad eclesiástica, a través de oficios y funciones.

3. tareas y servicios, que son propios de los ministros sagrados, pero que sin embargo ante especiales y graves circunstancias, y concretamente por falta de presbíteros y de diáconos (esperando sea transitoria), son temporáneamente ejercidos por laicos, previa la facultad jurídica o el mandato de la autoridad eclesiástica competente. En este caso, se trata de las ya mencionadas *tareas suppletorias*, que no derivan del carácter del Orden sagrado.

Aquí reconocemos la distinción conciliar recordada más adelante a la que se añade la distinción de los casos de suplencia. No podemos dejar de darnos cuenta que esta doctrina comporta inmediatamente implicaciones en el orden de gobierno. Siempre se debe promover el apostolado de los laicos; su cooperación en los oficios eclesiásticos no puede ser promovida, es una posibilidad que en sí no aporta nada a los laicos, pero de la cual los obispos pueden aprovechar para la organización de su diócesis, siempre que esto no comporte confusión de identidad; en cuanto a la suplencia, ésta es posible sólo como remedio temporáneo a una situación de crisis. Se trata, pues, de un mal

menor del cual hay que escapar cuanto antes.

Otros aspectos canónicos

Los textos mencionados anteriormente muestran como la distinción de varios grados en la colaboración deriva de otra distinción, aquella entre la potestad de orden y la potestad de gobierno, y de la introducción del principio de una posible “cooperación” a este último.

Sobre este principio, tenemos un segundo grupo de cánones, que no reinterpreta sólo dos o tres pasajes conciliares, sino una tradición bastante definida, cuya interpretación aún no es unánime en lo que se refiere al modo de transmisión de estas dos potestades (el orden y la jurisdicción), pero de las cuales el Concilio ha definido bien su origen sacramental haciendo descansar el origen del poder colegial de los obispos en una misma participación ontológica a los *munera Christi*, participación recibida en una consagración personal que configura a Cristo según una forma nueva a cada grado del sacramento. La edición crítica del Catecismo recapitula esta enseñanza sustituyendo el n. 879 con estos términos:

El ministerio sacramental en la Iglesia es pues un servicio ejercido en nombre de Cristo. Tiene un carácter personal y una forma colegial.

Una reivindicación de tipo “juridicista”

Sería demasiado largo hacer un comentario de estos textos y de toda la tradición en la que están insertados. Una vez más, el Concilio no ha querido elegir de manera explícita lo referente al modo de transmisión de estas dos potestades. Pero nos ponemos a soñar cuando vemos que es periódicamente servida como última consecuencia de la eclesiología de comunión¹⁸ la tesis de K. Rahner de 1956,¹⁹ según la cual los animadores pastorales perderían su estado laical y entrarían en el estado clerical por el hecho de ejercer establemente una función o un oficio eclesial, que de por sí les haría partícipes de la sacramentalidad de la Iglesia ya que su función haría de ellos signos del orden del *sacramentum tantum*. Esta tesis está completamente fuera del propósito de la enseñanza conciliar sobre los *munera* y sobre la *sacra potestas* como fundamento ontológico del ministerio. Cualquiera sea el carácter polémico de estas obras que parecen sobre todo estar preocupadas por hacer saltar el candado del celibato, entendido como razón escondida de la distinción entre clérigos y no clérigos, ellas descansan todas en una concepción que en fin de cuentas es más bien “juridicista” y algo hipertrófica de la

potestad de jurisdicción, como si ésta fuese corrientemente usada en la Iglesia. Cuando buscan un sostén conciliar, dichos autores citan LG 33, como si este texto previera esas posibilidades para los laicos de ejercer una jurisdicción: ya se ha dicho como estaban las cosas realmente. Tampoco podemos negar que en estos esfuerzos desesperados existe “una búsqueda si no de una teología, por lo menos de una práctica alternativa de los ministerios en la Iglesia”, para retomar una frase de antología, cuando vemos que estos autores firman peticiones más peticiones y se agitan en torno a sínodos diocesanos para hacer pasar su tesis. Pero lo que es verdad, es que se trata de disputas de clérigos de los que los laicos no son responsables.

La enseñanza del Catecismo de la Iglesia Católica

Recordemos sólo la cita que hace el *Catecismo de la Iglesia Católica* de estos cánones, en los n. 908 y siguientes, acerca de la participación de los laicos en el oficio real de Cristo:

Nº 910: “Los seglares también pueden sentirse llamados o ser llamados a colaborar con sus pastores en el servicio de la comunidad eclesial, para el crecimiento y la vida de ésta, ejerciendo ministerios muy diversos según la gracia y los carismas que el Señor quiera concederles” (*Evangelii nuntiandi*, 73).

Nº 911: En la Iglesia, ‘los fieles laicos pueden cooperar a tenor del derecho en el ejercicio de la potestad de gobierno’ (*CIC* can. 129, §2). Así, con su presencia en los concilios particulares (can. 443, §4), los sínodos diocesanos (can. 463, §1.2), los consejos pastorales (can. 511; 536); en el ejercicio de la tarea pastoral de una parroquia (can. 517, §2); la colaboración en los consejos de los asuntos económicos (can. 492, §1); 536); la participación en los tribunales eclesiásticos (can. 1421, §2).

Hay que notar que la edición crítica del catecismo suprime la ambigüedad de una participación “*in solidum*” de los laicos en el ejercicio excepcional de la cura pastoral prevista por el can. 517 §2: ya que la expre-

CIC 1983	CCEO 1990
274 /1. Slo los clrigos pueden obtener oficios para cuyo ejercicio se requiera la potestad de orden o la potestad de rgimen eclesistico.	371 /1. Los clrigos tienen derecho a obtener del propio Obispo eparquial, supuestos los requisitos cannicos, algñ oficio (<i>officium</i>), ministerio (<i>ministerium</i>) o funcin (<i>munus</i>) al servicio de la Iglesia.
129 /1. De la potestad de rgimen, que existe en la Iglesia por institucin divina, y que se llama tambien potestad de jurisdiccin, son sujetos hbiles, conforme a la norma de las prescripciones del derecho, los sellados por el orden sagrado. /2. En el ejercicio de dicha potestad, los fieles laicos pueden cooperar a tenor del derecho.	979 /1. Para la potestad de rgimen, que existe en la Iglesia por institucin divina, son sujetos hbiles, a tenor del derecho, ^{979/1} quienes estn constituidos en el orden sagrado. /2: En el ejercicio de la potestad de rgimen pueden cooperar los dems fieles, a tenor del derecho.
150. El oficio que lleva consigo la plena cura de almas, para cuyo cumplimiento se requiere el ejercicio del orden sacerdotal, no puede conferir vlidamente a quien an no ha sido elevado al sacerdocio.	

sión “*in solidum*” se aplica a colegios en los que los miembros son de equivalente responsabilidad, ella no puede convenir para el cuidado pastoral que pertenece solamente al pastor propio de la comunidad, incluso si se trata de un moderador.

Ministerios y oficios de los laicos en el Código de Derecho Canónico

A propósito de los ministerios y de los oficios de los laicos, es necesario citar también los cánones 224-231, que tratan de las obligaciones y de los derechos de los fieles laicos. Hablan de *ministerio* solamente en ca. 230 §1 y 3, a propósito de los ministerios instituidos.

Hablan de *officium* en varios sentidos: en los cánones 225 §2 y 226 §1, en el sentido general de los *deberes* vinculados con la evangelización del orden temporal y de la familia; en el § 3 del can. 230 se habla de oficios de los ministerios instituidos, incluso aquí en términos de deberes. En el can. 228 se habla de ciertos “oficios eclesiásticos”, definidos por el derecho, para con los cuales los laicos gozan de una *habilitas*. El sentido aquí es pues más técnico, se trata del oficio de conformidad con el canon 145. Podemos deducir de esta capacidad el hecho que los *munera* derivarían de la confirmación así como el carácter del sacramento del orden: el orden produce siempre el carácter, mientras la confirmación no produce sino una *habilitas* que no es válida para todos los oficios y para todos los *munera*, sino para aquellos que son definidos y no comportan el cuidado de almas.

No es una buena metodología fundar una teoría sólo a partir del vocabulario de un texto tan contingente como el CIC. Sin embargo, el mismo Código no da ningún fundamento para considerar que el bautismo o la confirmación confiera un derecho al oficio: solamente da una “*aptitudo*”, traducida con “*habilitas*” en el CIC, hacia ciertos oficios “más cercanos” a los de los pastores.

En el canon 150, el Código parte de la nueva noción am-

pliada de oficio e introduce la posibilidad de confiar verdaderos y propios oficios eclesiásticos a algunos laicos, con la condición de que no comporten la “plena cura de almas”. En la práctica, la confrontación con el can. 228 nos hace ver que sólo los oficios previstos por el derecho pueden ser confiados a los laicos: los que han sido institucionalizados por el CIC son poco numerosos.²⁰ Todos los demás pues son creados por el derecho particular y no pueden tomar el lugar de los oficios cuya existencia es obligatoria. Además, como hemos visto, el oficio confiado a los laicos no comporta alguna potestad; no se sustituye a la responsabilidad pastoral de las almas y es un principio básico de la organización de la Iglesia que no haya ninguna comunidad sin pastor, que su criterio de agrupar sea territorial o personal. Como subraya Mons. Cadilhac: “Sólo el que es ordenado puede asumir la cura pastoral. Una parte del ejercicio de ésta ciertamente puede ser delegada a laicos, pero ellos pueden desarrollar su tarea solamente si dependen de quien tiene la cura pastoral”.²¹ Si el *Directorio para el ministerio y la vida de los diáconos permanente* recuerda que ellos ejercen su ministerio incluso en los contextos menos favorecidos y lejanos de la Iglesia, siempre bajo la dependencia de un pastor en todo lo que se refiere al cuidado de las almas, esto vale a fortiori para los laicos.

Se trata de alertar contra cierto espíritu y no de decir todo

Es importante recordar el canon 19 que se ocupa de los casos de laguna jurídica. La ausencia de norma no significa licencia para hacer cualquier cosa. La Iglesia siempre ha reconocido la validez de las costumbres “*praeter legem*”, bajo una condición: la racionalidad. Esta depende de criterios objetivos, fruto de la experiencia de la Iglesia, que le permiten mantener cierta coherencia en su acción. Dichos criterios son los de la analogía con las leyes empleadas para casos semejantes, de los principios generales del derecho, de la jurisprudencia y de la práctica de la curia

romana y, en fin, de la opinión común y constante de los doctores.

Dichos criterios permiten proponer, entre otros, el desarrollo de la noción de “*cura animarum*”.

El artículo 1º de la instrucción pide ante todo una aclaración terminológica; en este sentido, quizás sería oportuno tener en cuenta sólo la clasificación propuesta por los formadores:

1. La *cura animarum* corresponde exclusivamente a los ministros ordenados (cfr. can. 150).

2. La *cura pastoral* corresponde al obispo y el presbítero participa en ella (CD 11). No se puede fundar en una carta de misión.

3. La cura pastoral es *ejercida* por el párroco y son los vicarios los que participan de su ejercicio. Una participación a este ejercicio puede ser confiada a los laicos en el caso excepcional del can., 517 §2.

b. Las facultades especiales

Cuando uno va a buscar las fuentes de la legislación actual, descubre que muchas facultades han sido concedidas a dos categorías de fieles: los emigrantes y los militares.²² Sólo a partir de 1985 nuestros enfermos tienen su Consejo Pontificio, que está encargado de hacerles llegar la solicitud de la Iglesia universal.

La Instrucción *nemo est* de 1969 para los emigrantes atribuye a su capellán la equivalencia con el párroco si tiene una “misión con cura de almas”, y también el mismo título con los derechos y obligaciones propios del pastor, si se le confía una parroquia personal. El art. 39 dice que esta potestad personal es cumulativa *aequo iure* con la del párroco. Por tanto, todo emigrado tiene plena facultad para dirigirse libremente para la celebración de los sacramentos, incluido el matrimonio, ya sea al capellán como al párroco del lugar.

Esta equivalencia quizás podría ser útil en ciertos casos también para los enfermos.

No quisiera suscitar malos anhelos, pero me parece que componer una nueva lista de

facultades, eventualmente ampliada después de haber visto cuáles eran las necesidades de los capellanes en la Iglesia universal, y quizás dotada de nuevas indulgencias a solicitarse a la Penitenciería Apostólica, sería también un modo para demostrar dos cosas:

- la importancia que la Iglesia da al mundo del sufrimiento
- y la respuesta peculiar de la Iglesia a este mundo; en efecto, la Iglesia responde a las necesidades no sólo a nivel de ayuda humanitaria, sino sobre todo con el cuidado pastoral, típicamente sacerdotal. El cuidado pastoral, este es el modo con el que la Iglesia responde al derecho de los fieles de recibir con abundancia la Palabra y los sacramentos. Una presencia sacerdotal es una presencia particular de Cristo y ampliar las facultades sacerdotales significa facilitar de modo peculiar el encuentro con Cristo.

c. La elección de *constituir nuevas capellanías*

CD 18 expresa un voto de la Iglesia universal. Es un texto que vale ya sea para la Iglesia latina como para las Iglesias orientales. Por tanto, existe un deber de parte de las Conferencias de Obispos, de estudiar los problemas más urgentes con respecto a grupos de fieles a quienes difícilmente llega el ministerio de los párrocos.

Sobre la materia, la Iglesia no mortifica la imaginación, antes bien, es justamente su instancia más solemne que pide a todos un examen de conciencia sobre el modo de responder a las necesidades de las almas.



La única reserva que existe de parte de la Iglesia está constituida por la necesidad de regularse siempre según la virtud de la prudencia. En materia de “pastoral peculiar”, hemos encontrado sólo un criterio “restrictivo” en este sentido: la Instrucción *Solemne semper* de 1951 recuerda un principio siempre válido:

“No enviar al ministerio a sacerdotes inexpertos.

Os exhortamos, Venerables hermanos, eviten en lo posible, enviar en el pleno de la actividad pastoral a sacerdotes que aún son inexpertos, enviarles en lugares muy remotos de la sede de la diócesis o de otros centros mayores. En dichas situaciones, en efecto, aislados, inexpertos, expuestos a peligros, sin maestros prudentes, ciertamente tendrían perjuicios para sí mismos y para su ministerio”.

Podemos considerar que también la pastoral de la salud es un ámbito demasiado delicado para ser improvisado: todas las innovaciones son posibles en el modo de confiar a las almas, pero “en lo posible” las generaciones de sacerdotes que serán destinados a pastorales innovativas deben ser formados en la escuela de cohermanos que les enseñen el “*sensus Ecclesiae*” para estar seguros que no “corren en vano”.

Mons. MARTIN VIVIÈS,
Oficial de la Congregación del Clero
Profesor de Derecho Canónico
en el Seminario de S. Martín de Blois,
Francia

Notas

¹ Cf. PONTIFICIA COMISION PARA LA INTERPRETACION AUTENTICA DEL CODIGO DE DERECHO CANONICO. Respuesta (1º junio 1988): AAS 80 (1988) p. 1373.

² Cf. PONTIFICIO CONSEJO PARA LA INTERPRETACION DE LOS TEXTOS LEGISLATIVOS. Respuesta (11 julio 1992): AAS 86 (1994) p. 541-542. Cuando se prevé una función para el inicio del otorgamiento de una tarea de cooperación a los asistentes pastorales al ministerio de los clérigos, se evite de hacer coincidir o de unir dicha función con una ceremonia de sagrada ordenación, así como también de celebrar un rito análogo previsto por el otorgamiento del acolitado o del lectorado.

³ En dichas ejemplificaciones se de-

ben incluir todas las expresiones lingüísticas que, en los idiomas de los diferentes países pueden ser análogas o equivalentes e indicadoras de un papel directivo de guía o de vicariedad con respecto a ella.

⁴ Las agregaciones eclesiales se remontan a los orígenes de la Iglesia; se conservan rastros de legislación al respecto:

- colegios de *fossore*s con fines de caridad, en el siglo IV para la sepultura en las catacumbas

- en Oriente los *parabolani* se consagran en favor de los enfermos desde el 250. Su número es limitado en el código de teodosiano a 250 para la ciudad de Alejandría

- También en Oriente, confradías de *spoudaioi* y *philoponoi*, fieles en el mundo bien diferenciados de los religiosos pero que se ayudan en la búsqueda de la perfección y sobre la cual se realizan vigiliias demasiado largas

- se encuentra el empleo de *confratriae* a partir del 658 (Concilio de Nantes) para designar las reuniones de fieles con un objetivo pío (cf. R. Naz, *Traité de droit canonique*, Paris 1955).

⁵ Clasificación de conformidad con los términos de F. D'Ostilio, *Prontuario del Codice di Diritto canonico*, Città del Vaticano 1995, p. 247.

⁶ La concordancia de los canones entre CDC y CCEO es aquella publicada por E. Eid, y R. Metz en *Il Codice dei canoni delle Chiese Orientali*, Libreria Editrice Vaticana, 1997.

⁷ La traducción del “*munera quibus ipsi secundum iuris praescripta fungi valent*” se inspira aquí en aquella reconocida por la Conferencia Episcopal Española.

⁸ Además de las *Acta synodalia*, estos textos se pueden encontrar en Francisco Gil Hellin, *Concilii Vaticani II synopsis in ordinem redigens schemata cum relationibus necnon patrum orationes atque animadversiones*, Libreria Editrice Vaticana. Ya se han publicado las actas de las constituciones dogmáticas *Lumen Gentium* y *Dei Verbum*, así como también del decreto *Presbyterorum Ordinis*.

⁹ Cfr. Pontificia Commissio Codici Iuris Canonici Authentice Interpretando, *Codex Iuris Canonici, fontium annotatione et indice analytico-alphabetico auctus* (1989), can. 228 §1; Pontificium Consilium de Legum Textibus Interpretando, *Codex canonum Ecclesiarum orientalium, fontium annotatione auctus* (1995).

¹⁰ En adelante emplearé las siguientes siglas AA= Apostolicam Actuositatem, AD= Ad Gentes, CD= Christus Dominus, LG= Lumen Gentium; PO= Presbyterorum Ordinis.

¹¹ La traducción se inspira aquí en aquella, bastante cercana al texto, de la obra *Les conciles oecuméniques* 2/2, Paris, 1994.

¹² “Dos Padres proponen observaciones referentes a esta ‘llamada’, o lo que es denominado ‘mandato’ al apostolado. Otro Padre pide que se declare explícitamente ‘el mandato no es reservado a una sola asociación, sino se extiende a todas las asociaciones reconocidas por la Iglesia’. R.: La redacción deliberadamente evita controversias sobre el vocabulario. Las ulteriores determinaciones pertenecen al esquema sobre el apostolado de los laicos”.

¹³ “Esta idea completamentaria referente a los *munera* eclesiásticos a ejercerse de parte de los laicos deriva de la ya aplaudida *propuesta* de S.E. el Card. Suenens”. La “*propositio Suenens*” dice lo siguiente (nueva disposición de los capítulos): “Los laicos gozan además de la aptitud para ser llamados por la jerarquía a algunos *munera* eclesiásticos, que se ejerzan con finalidad espiritual”.

¹⁴ “Un Padre propone suprimir la pa-

labra 'Además' ya que ésta coincide con las palabras que preceden la cooperación más inmediata al apostolado. R: Aquí se trata de otra categoría, es decir de aquellos que ejercen *munera* eclesiásticos, como por ejemplo los economos de una institución religiosa, los catequistas en sentido estricto, etc.”.

^{m 19} “Un Padre propone *añadir* al final de esta frase una larga exposición sobre las *formas particulares* conforme a las cuales los laicos pueden cooperar con la jerarquía. R: no se puede admitir un desarrollo de dicha amplitud”.

⁹ Cf. GIL HELLIN, *o.c.* p. 868-871.

^{m 1} “Se supriman las palabras ‘sobre todo en materia bíblica y litúrgica’ o se diga ‘tanto la doctrina católica como la liturgia, así como el método catequético’ (1 Padre). R: la renovación de la acción pastoral llevada a cabo por el Concilio, en lo que se refiere a la catequesis, consiste sobre todo en la catequesis bíblica y litúrgica. Es oportuno, pues, que los catequistas sean informados. El texto permanece”.

^{Inf. A} “En el texto se ha introducido un inciso para que aparezca con mayor claridad que esta remuneración se refiere a los catequistas denominados ‘full time’ (2, 26 [Mons. Seitz IV, IV, 619]; 5, 41 [Mons. Riobé IV, IV, 597]). En efecto, es sobre todo de ellos que se trata en los primeros tres incisos de este número; se trata de catequistas ‘voluntarios’ o ‘auxiliares’ en el quinto inciso”.

^{m 3} “Se suprima el término ‘canónico’ o por lo menos se justifique en una nota; en efecto, este término ha sido rechazado por el decreto AA sobre el apostolado de los laicos (1 Padre). R: Considerando globalmente, el *modus* no es admitido, porque aun si el derecho actual (*ius conditum*) no conoce dicha misión canónica, se trata de una praxis que tiene lugar en numerosos lugares y no sólo en las misiones”.

^{Inf. B} “Un solo Padre (4, 62 [Mons. Mazé]) plantea la cuestión de conferir órdenes menores a los catequistas. Parece ser suficiente que el esquema proponga una acción litúrgica especial para instituir el catequista”.

^{m 34} “Treinticuatro Padres piden que en lugar de ‘a los oficios de la jerarquía’ se escriba ‘a los pastores’; un Padre pide ‘al Ordinario’ y otro Padre ‘a los obispos’. R: Se escriba: ‘al oficio de los pastores’”. (*Acta Synodalia*, Vol IV, Pars VI, p. 110).

^{Inf. F} “La comisión se somete a las observaciones de Mons. Jubany Arnau, y para no entrar en una materia discutida entre los canonistas, retira las palabras ‘misión denominada canónica’, así como ellas participan a su manera en el apostolado mismo de la jerarquía’. En lugar de ‘en la predicación de la palabra de Dios’, es mejor decir ‘en la propuesta de la doctrina cristiana’. Se admite la corrección propuesta por dos Padres (Mons. H. Tenhumberg y Mons. I. Hoffner), de añadir ‘algunos’ antes de ‘actos litúrgicos’. También aquí se suprime la nota referente a la misión canónica, por la misma razón anterior acerca del mandato” (*Acta Synodalia* Vol. IV, Pars II, p. 355).

^{Inf. K} Después de la exposición de las relaciones de los laicos para con la jerarquía, esta nueva frase considera ahora, en sentido inverso, la cosa desde el *punto de vista de los pastores* (cfr. Cardenal de Barros Camara y 90 Padres de Brasil). El inciso ‘dignidad [...] añadirse’ es sacado del decreto sobre el apostolado de los laicos tit. 2 c. 1 n. 21, como lo sugiere Mons. L. Trevor Picachy, con el parecer de la comisión sobre el apostolado de los laicos. En lugar de ‘consejo según su *competencia* propia’, aquí se dice ‘consejo *prudente*’, porque ya se ha hablado mucho de la ‘competencia’ y por lo demás

no sería claro si se trata aquí de la competencia de los laicos o de aquella de la jerarquía”.

^{inf M} “Lo que aquí se afirma de la *libertad de los laicos en las cosas temporales* responde a las sugerencias del Card. Silva Henriquez (con 39 obispos), de Mons. Joseph Hoeffner, Samuel Ruíz, Marc McGrath”.

¹⁰ J. Manzanares, en *Code de droit canonique*, Paris, 1989, comentario del canon 145.

¹¹ Se rechaza aquí el juicio manifestado en la carta de la Congregación para la Doctrina de la Fe “sobre algunos aspectos de la Iglesia como comunión” en el n. 9 Cfr. DC 2055 (2-16 agosto 1992), p. 731.

¹² Cfr. *Nota explicativa proevia* n. 2 referente al cap. 3 de *Lumen gentium*.

^{m 99} “En lugar de ‘Los sacerdotes y los laicos’ se ponga ‘todos y cada uno de los colaboradores’ (1 Padre). R: El texto del esquema es más claro: por el contrario, los términos propuestos adolecen de ambigüedad”.

^{m 100} “Se omitan las palabras ‘y los laicos’ (1 Padre). En lugar de ‘es de desear’ (crear un consejo pastoral) se diga ‘allí donde se considere oportuno’ (10 Padres). R: no es necesario omitir ‘los laicos’, pues resulta de su condición en el apostolado de la Iglesia; las demás palabras propuestas no son admitidas porque la institución del consejo pastoral es realmente recomendable”.

^{m 101} “Decir ‘ellos deben aportar’ (1 Padre). R: el sentido de las palabras del esquema es que el trabajo en la curia romana revista un carácter realmente pastoral”.

¹³ “Se pide que se añadan las palabras: ‘sino también con otras ayudas, laicos no exceptuados’ (un padre). R: Esto no se admite: ya que la diócesis es una porción del pueblo de Dios por apacentar, no se puede añadir ‘también con otras ayudas, laicos no excluidos’ ya que no corresponde a los laicos apacentar el pueblo de Dios”.

¹⁴ Can. 519.

¹⁵ Cf. Art. 6 § 2; 7 § 1; 12 etc. En la traducción francesa, si se emplea el verbo ‘presidir’ sólo para el sacerdote o diácono, se accontentan de ‘guiar’ o ‘animar’ para los fieles laicos.

^{m 2} “En lugar de ‘*praesident* – presidente’, escribir ‘*praesunt* – dirigente’ o ‘*prae-eunt* – dan el ejemplo’, ya que el término ‘*praesidere* – presidir’ manifiesta la función de la jerarquía sacramental (1 Padre). R: el *modus* es admitido por razones del sentido latino”.

¹⁶ La edición crítica del catecismo, publicada contemporáneamente con el nuevo Directorio general para la catequesis en octubre de 1997, es aún más claro sobre este punto: mientras el art. 875 podía hacer suponer que también los diáconos reciben una participación en la *sacra potestas* de actuar *in persona Christi Capitis*, se ha corregido del siguiente modo: “De él, los obispos y los sacerdotes reciben la facultad (la ‘sagrada potestad’ de actuar ‘en la persona de Cristo Jefe’), los diáconos reciben la fuerza de servir al pueblo de Dios en la ‘diaconía’ de la liturgia, de la palabra y de la caridad, en comunión con el obispo y su presbiterio”.

¹⁷ Cfr. Entrevista a 30 Giorni, diciembre 1997.

²⁷⁴⁸¹ Can 118 del CIC del 1917; C.1, D.XCVI; c.18, C.XVI, q. 7; c. 2, D.I., de cons.; c.2, X, de aetate et qualitate et ordine praeficiendorum, I, 14; c.6, X, de transactionibus, I, 36; c.2, X, de iudiciis, II, 1; c.2, X, de institutionibus, III, 7; c. 4, X, de immunitate ecclesiarum, coemeterii et rerum pertinentium, III, 49; c. 1, X, de clerico non ordinato ministrante, V, 28; c. 10, X, de poenitentis et remissionibus, V, 38;

Conc. Tridentino, ses. VII, de sacra-

mentis in genere, Can. 10: si quis dixerit, christianos omnes in verbo et omnibus sacramentis administrandis habere potestatem: a.s. – Sesión XIV, de poenitentia c. 6, Can. 10; Si quis dixerit, sacerdotes, qui in peccato mortali sunt, potestatem ligandi et solvendi non habere; aut non solos sacerdotes esse ministros absolutio-nis, sed omnibus et singulis christifidelibus esse dictum: *Quocumque ligaveritis super terram, erunt legata et in coelo; et Quorum remiseritis peccata, remittuntur eis, et quorum remittueritis, retenta sunt*, quorum verborum virtute quilibet absolute-re possit peccata, publica quidem per correptionem duntaxat, si correptus acquieverit, secreta vero per spontaneam confessionem: a.s. – Sesión XXIII, de ordine, c. 4, Can. 7; Si quis dixerit, episcopos non esse prebyteris superiores, vel non habere potestatem confirmandi et ordinandi, vel eam, quam habent, illis esse cum presbyteris communem; vel ordines ab ipsos colatos sine populi vel potestatis saecularis consensu aut vocatione irritos esse; aut eos, qui nec ab ecclesiastica et canonica potestate rite ordinati nec missi sunt, sed aliunde veniunt, legitimis esse verbi et sacramentorum ministros: a.s. – Sesión XXIV, de ref., c. 12.

Innocentius III, ep. “*Eius exemplo*”, 18 dec. 1208, Professio fidei Waldeensibus praescr; Leo X (in Conc. Lateranen., V), cosnt. “Regimini universalis”, 4 maii 1515, § 10; const. “Exsurge Domine”, 15 iun. 1520, error 13, Martini Luther, damn.;

“In sacramento poenitentiae ac remissione culpa non plus facit Papa aut episcopus, quam infimus sacerdos: immo, ubi non est sacerdos, aequo tantum quilibet Christianus, etiamsi mulier aut puer esset. “Benedictus XIV, ep. Encycl. “*Quemadmodum*”, 23 mart. 1743, § 3, 6; Pius IX, litt. ap. “*Multiplies inter*”, 10 iun. 1851 = Syllabus errorum, prop. 54; “Reges et principes non solum ab Ecclesia iurisdictione eximuntur, verum etiam in questionibus iurisdictionis dirimendis superiores sunt Ecclesia”. ep. “*Exortae*”, 29 apr. 1876;

S.C. Ep. et Reg., Arianen., 5 apr. 1593; Castellana, 22 iun. 1708, ad 3: in Causa Castellana, seu Nullius Provinciae Baren. Iurisdictionis inter Monasterium S. Benedicti Conversani Ordinis Cistercensis ex una, et nonnullis de Clero Castellanae partibus ex altera de et super infreascriptis dubbis, etc. nempe: 3. An dictae Abbatissae liceat proponere ad Curam animarum Personas amovibiles ad nutum, easque ad libitum amovere (...). Sacra Congregatio respondit: Ad 3: Negative et interim per modum provisionis usque ad exitum Causa; Cura exerceatur per Deputandum a Capitulo approbandum tantum a Vicario Abbatissae per examinatores sibi benevisos – decr. 15 iul. 1845: Sanctissimus Dominus noster Gregorius PP.



XVI diu, serio ac mature perpendit relationem, quae inscribitur *Visita Apostolica realizada por el Card. Pignatelli Arzobispo de Palermo en el venerable monasterio de S. Giorgio de la Congregación Olivetana de su Majestad Fernando II Rey del reino de las dos Sicilias firmada en Palermo el 31 de marzo de 1845, ita subscriptam*: “I. Maria Card. Pignatelli Arzob. de Palermo Regio Visitador, Canonigo Salvatore Calcara Regio Visitador – Pietro Giuseppe Leone de los ministros de los enfermos co-visitador”, atque magno cum maerore cognovit omnia in ea peracta apparere nomine, iussu, et auctoritate laicae potestatis, quin mentio fiat Pontifici mandati, ac si regii iuris esset Apostolicam Visitationem indicere, et Visitationibus peragenda prescribere. Quapropter eadem Sanctitas Sua decrevit *relationem ipsam* sub tali forma ac terminis non esset admittendam, utpote Supremae Pontificiae auctoritatis summopere laesivam, et Apostolicae Sedi iniuriosissimam; et hoc decretum significari mandavit per me infrascriptum S. Congregationis EE. Et RR. Praefectum eidem E.mo Archiepiscopo Panormitano in tabulario actorum Visitationis asservandum. – S.C.C., Derthonen., 19 aug. 1730. SACRA CONGREGATIO PRO DOCTRINA FIDELI, Ep. (Prot. 151/76), 8 feb. 1977.

¹²⁹⁸¹ Pius VI, cost. “*Auctorem fidei*”, 28 ag. 1774, prop. 2, Synodi Pistorien., damn.; Pius X, lett. encl. “*Pascendi*”, 8 set. 1907; S.C. de Prop. Fide (C.P. pro Sin.), 16 en. 1977, ad 2.

¹²⁹⁸² S.C.Conc. Resol., 14 dic. 1918 (AAS 11[1919] 128-133; Pontificia Commissio Pro Russia, Ind., 20 en. 1930, SA Resp. 10 nov. 1947; Pius PP XII, All. 5 oct. 1957 (AAS 49 [1957] 927); LG 33; AA 24, SA Decisio, 11 jun. 1968; SCRIS Rescr., 7 feb. 1969; SCRIS Decr. Cleri-

calia instituta, 27 nov. 1969 (AAS 61 [1969] 739-740) Sec. Facul., 1 oct. 1974; EN 73a; SCRIS Rescr., 26 jun. 1978, 3; SCRIS Resp., 21 ag. 1978.

SACRA CONGREGATIO PRO CLERICIS, Notae directivae *Postquam Apostoli* (25 mar. 1980) 7, 17: *La llamada de los laicos*. Todos los laicos, en virtud del bautismo y de la confirmación, están llamados por el Señor a un apostolado efectivo.: “La vocación cristiana es por su naturaleza también vocación al apostolado”. El apostolado de los laicos, aunque se ejerza ante todo en las parroquias, debe extenderse también a nivel interparroquial, diocesano, nacional e internacional. Ellos, más bien, deben tener con consideración “las necesidades del pueblo de Dios en toda la tierra”, lo que se podrá efectuar ayudando a las obras misioneras ya sea con subsidios materiales como con servicios personales.

Los laicos, además, *pueden ser llamados por la jerarquía a una cooperación más directa e inmediata al apostolado*. La Iglesia, en efecto, ha descubierto en los últimos decenios las abundantes posibilidades y los abundantes recursos que la colaboración de los laicos puede ofrecer a su misión de salvación. La exhortación apostólica *Evangelii nuntiandi*, teniendo en cuenta las recientes experiencias, enumera varias mansiones, como la del catequista, de los *cristianos dedicados al servicio de la palabra de Dios* o a las obras de caridad, la de los *jefes de pequeñas comunidades*, etc. Dicha colaboración de los laicos, útil en todas partes, es útil ante todo en tierra de misión para la fundación, la animación y el desarrollo de la Iglesia.

Todos los miembros de la Iglesia, pues, ya sean pastores, laicos o religiosos, participan, cada cual a su modo, a la

naturaleza misionera de la Iglesia. La diversidad de los miembros, debida a la variedad de los ministerios o de los carismas, como el apóstol nos enseña, debe ser entendida en el sentido de que “no todos estos miembros tienen las mismas funciones”, sino sirviendo unos a otros, forman el único cuerpo de Cristo (RM 12, 4) para poder cumplir mejor el propio mandato; toda la Iglesia, en efecto, es movida por el Espíritu Santo para cooperar para que se realice el plan de Dios.

⁹⁷⁹⁸¹ Pío XII, m.p. “*Cleri sanctitati*”, 2 jun. 1957, can. 138. Pío VI, const. “*Auctorem fidei*”, 28 ago. 1794, prop. 2, Synodi Pistorien., damn. “La propuesta que declara: ‘La potestad es dada por Dios a la Iglesia para que sea comunicada a los pastores que son sus ministros para la salvación de las almas’, si se comprende en este sentido que la potestad del ministerio eclesiástico y del gobierno deriva de la comunidad de los fieles a los pastores, (es) herético”.

⁹⁷⁹⁸² LG 22 “*Praeter*”; AA 24 “*Quaedam*”: Pablo VI, Carta Apost. *Cum matrimonialium* 8 set. 1973, art. V-VI; Secret. Status, facultat data Sign. Apost., 1 oct. 1974: Ochoa V, 4347.

¹⁸ Cfr. J. RIGAL, *L’ecclésiologie de communion*, Cerf. 1997 p. 299; o también la obra más periodística de B. Sesboué, *N’avez pasperu-Regards sur l’Eglise et les ministères aujourd’hui*, Desclee de Brouwer, 1996.

¹⁹ Cfr. NRT 1 (1956); *Über das Laienapostolat: Schriften zur Theologie II*, Einsiedeln, 1964, p. 339-373.

²⁰ La nota 74 de *Christifideles laici* dará una lista de dieciséis cánones que presentan “varias funciones o tareas que los fieles laicos pueden cubrir en las estructuras orgánicas de la Iglesia”.

²¹ *Eglise de Nîmes*, 5 diciembre 1997.

Problemas emergentes

Mi intervención presupone las exposiciones que la han precedido acerca de los fundamentos teológicos y canónicos de la actividad pastoral del Capellán católico en la Pastoral de la Salud. Mi tarea en este momento es poner en evidencia las líneas portantes de dicha actividad pastoral. Para dar continuidad, armonía y coherencia a lo que diré, debo hacer alguna referencia a lo que ya se ha dicho pero trataré de limitarme a lo necesario.

Asimismo, debo tener en cuenta la evolución registrada en la gestión de la asistencia sanitaria y sus consecuencias pastorales: después de la empresarialización de los institutos de sanación, el enfermo que no se encuentre en estado terminal, es mantenido en el hospital por el tiempo estrictamente necesario para definir la naturaleza de

la enfermedad y de su curación. Una vez que se ha establecido el tipo de cura, es atendido en el territorio, es decir, en su domicilio o en las estructuras sanitarias de consultorio. Esto comporta mutaciones importantes incluso en la práctica de la pastoral sanitaria. Debe ser repensada y reorganizada no sólo en los hospitales, sino también en el ámbito de la pastoral parroquial donde sería muy oportuno prever la presencia de vicarios parroquiales o de comunidades de religiosos ordenados, con la tarea específica de asistir espiritual y religiosamente a los enfermos en sus domicilios.

Teniendo presente esta nueva situación, después de algunas consideraciones generales, hablaré de la presencia activa y creadora de la Iglesia en el mundo de la salud y de algunos

aspectos característicos de la actividad pastoral sanitaria en las parroquias y en las instituciones hospitalarias.

1. Consideraciones generales introductorias

a) Nuevo concepto de salud y de enfermedad

La sensibilidad actual parece estar particularmente atenta al alcance positivo de la existencia del hombre: la salud se coloca como tema y preocupación fundamental desde el punto de vista social y cultural y, visto que todas las enfermedades se pueden curar y que de muchas se puede sanar completamente, es considerada como un “derecho”, como algo normal y “debido”. En este nuevo concepto la salud no es consi-

derada solamente en sus factores físicos y orgánicos sino también en la dimensión psíquica y espiritual de la persona; asimismo, abarca el ambiente físico, afectivo, social y moral en el que la persona vive y actúa, y produce una profunda armonía existencial entre salud, calidad de vida y bienestar.

La salud, por tanto, es ante todo una *experiencia humana*, antes bien, *biográfica*. Está en estrecha relación con la vivencia que el individuo posee de su propia corporeidad y colocación en el mundo y con los valores en los que construye su existencia. Por tanto, no es sólo un dato que se impone sino también un objetivo, una meta, una tarea que compromete íntimamente su libertad. Aún no ha sido formulada una nueva definición de la salud, después de la que proporcionara la OMS en 1946, pero contamos con claros principios en los que se debe fundar. Trabucchi afirma: "La salud es: armonía entre el cuerpo y el espíritu, armonía entre la persona y el ambiente, armonía entre personalidad y responsabilidad".¹

La concepción de salud y de persona puede formularse de este modo: "Una persona es sana cuando habitualmente es capaz de vivir, empleando todas sus facultades y energías haciéndolas disponibles, para el cumplimiento de su misión, en cada situación que encuentra, incluso difícil y dolorosa o, en otras palabras, para desarrollar en cada situación el máximo amor oblativo en Cristo de lo que es concretamente capaz en ese momento".² "Junto con el de salud, también ha cambiado el concepto de enfermedad. Ya no es considerada como simple patología que se revela a través de un análisis de laboratorio, sino es entendida también como malestar existencial, consecuencia de determinadas elecciones de vida, de cambios de valores y de equivocada gestión del ambiente material humano" (Nota n. 7).³ La medicina de los cuidados necesarios que pasan a través del concepto de la medicina preventiva, ahora está concediendo lugar a la medicina de los deseos. Más que de salud o de enfermedad se habla hoy de hombre sano o

enfermo, y la enfermedad se refuerza no sólo por patologías orgánicas, sino también por contrastes entre deseo y realización, entre promesa y frustración que al asumir las connotaciones de una desarmonía resistente, se convierten en malestar psicológico y malestar existencial.

b) La Pastoral de la Salud como seguimiento en el crecimiento personal y cristiano

Decimos que el hombre es sano cuando habitualmente es capaz de *vivir positivamente* su situación y sus recursos concretos, quiero decir que él es sano cuando es capaz de vivir de manera favorable en su crecimiento personal como criatura y como hijo de Dios por la gracia que vive en él. Subrayo la confrontación entre sano y hombre capaz de vivir habitualmente de manera positiva porque esta capacidad constituye un punto fundamental de referencia para establecer la tarea de la pastoral sanitaria. Desde el punto de vista cristiano, en efecto, la salud concebida como capacidad habitual de vivir positivamente la propia vocación debería incluir también los compromisos del hombre bautizado, de manera que en el concepto de salud entraría también el ser en Cristo del cristiano llevado a un suficiente desarrollo de autenticidad y madurez: su actuación plena coincidiría con la santidad. En efecto, santo es el cristiano que en cada momento se compromete en la caridad, sin dejar inutilizado ninguno de sus recursos.

En este contexto, comprendemos mejor la definición que concibe la pastoral sanitaria "como presencia y obra de la Iglesia para llevar la luz y la gracia del Señor a los que sufren y a los que asisten" (nota n. 19). En esta definición, la presencia y la acción de la Iglesia en el mundo de la salud integra en una sola preocupación o relación de ayuda y de seguimiento: la persona enferma, sus familiares a quienes es oportuno ayudar a vivir sin traumas y con espíritu de fe la enfermedad de sus seres queridos y los agentes sanitarios para quienes

es necesario favorecer una formación al sentido de profesionalidad, de disponibilidad al servicio y de respeto de valores fundamentales de la persona que sufre.

En otras palabras, la pastoral sanitaria tiene la tarea de integrar todas estas fuerzas alrededor de la persona enferma para aliviarla moralmente y ayudarla a aceptar y valorar su experiencia de sufrimiento, acompañándola también con la oración y la gracia de los sacramentos, para responder a su vocación fundamental como hombre y como bautizado.

c) Interrogantes éticos frente a las nuevas enfermedades y a los nuevos cuidados

El aumento de la sensibilidad de la opinión pública y la responsabilidad de los hombres de gobierno permiten acelerar la investigación científica para la puesta a punto de nuevas técnicas y fármacos que aseguren la curación y la posibilidad de curar nuevas enfermedades, como el SIDA, las drogo-dependencias y, en general, las enfermedades consideradas hasta ahora incurables. Pero, al mismo tiempo, las nuevas metas logradas por la medicina diagnóstica, farmacológica y quirúrgica multiplican los interrogantes éticos a la conciencia de los agentes sanitarios y de la colectividad. El campo de la bioética se va ampliando enormemente. Por cierto se esperan respuestas adecuadas e intervenciones legislativas que regulen, por ejemplo, los problemas conexos con la fecundación asistida, la experimentación farmacéutica, los trasplantes y la dona-



ción de órganos y, en fin, la clonación humana. La humanidad tiene urgente necesidad de ser iluminada, pero también de poner los límites insuperables a la investigación y a la experimentación cuando éstas no salvaguardan la defensa de la vida y la dignidad de la persona humana.

c) *Nuevas figuras alrededor del lecho del enfermo: colaboración interdisciplinaria*

En los últimos decenios se han multiplicado alrededor del enfermo las figuras de profesionales de diferente formación y competencia de las que en el pasado no se sentía ninguna necesidad. Además de las figuras clásicas del médico, del enfermero y del asistente religioso, se encuentran ya de manera habitual la del psicólogo, del asistente social, del filósofo, del 'bioeticista', del experto de los derechos del enfermo, del jurista, del voluntario, del experto de economía sanitaria y de gestión. Esta multiplicidad de presencias durante la enfermedad, por un lado indica la aumentada sensibilidad hacia el sufrimiento humano y, por otro, subraya la complejidad de los problemas sanitarios.

La Iglesia está llamada a reflexionar sobre estas nuevas presencias y a calificar su propia acción pastoral, para dialogar de manera clara y eficaz con los demás agentes sanitarios. Como en todo ámbito de trabajo profesional, también en el mundo sanitario ya no es posible trabajar solos. En la investigación científica así como en la simple cura y asistencia cotidiana del enfermo es necesario trabajar juntos, de manera sincrónica y con un mismo objetivo.

2. Presencia activa y creadora de la Iglesia en el mundo de la salud

a) *Intervenciones magisteriales y pastorales*

Las consideraciones hechas hasta ahora nos conducen a considerar las iniciativas de la Iglesia ante la evolución del

mundo de la sanidad: han sido solícitas, oportunas y significativas. Ya hemos citado algunos documentos de la Iglesia durante esta reflexión.⁴ En este ámbito subrayo las más recientes: la carta apostólica *Salvifici doloris* de 1984; la exhortación apostólica post sinodal *Christifideles laici* de 1989 y la encíclica *Evangelium vitae* de 1995.

En la carta apostólica *Salvifici doloris* el Papa trata del sentido cristiano del sufrimiento humano. Es el primer documento de un pontífice que afronta de manera orgánica este gran problema. Con esta carta el Papa tiene la intención de ayudar a mirar a Cristo crucificado y aceptar el 'Evangelio del sufrimiento' con amor y confianza en el designio misterioso, pero siempre amoroso, de la divina providencia. De hecho, lo que para la razón sigue siendo un inseparable enigma, para la fe, y a la luz de muerte y resurrección de Cristo, se convierte en mensaje de esperanza.

En la exhortación post-sinodal *Christifideles laici* el Papa trata sobre todo de la misión de los laicos en la Iglesia y en el mundo, pero en los números 53 y 54 dirige un mensaje a los enfermos y a los que sufren y relanza con decisión una *acción pastoral para y con los enfermos*, "capaz de sostener y de promover atención, cercanía, presencia, escucha, diálogo, participación y ayuda concreta para con el hombre, en momentos en los que la enfermedad y el sufrimiento ponen a dura prueba, no sólo su confianza en la vida, sino también su misma fe en Dios y en su amor de Padre" (54). La "Iglesia – insiste el Papa – está obligada a buscar el encuentro con el hombre, de modo particular, en el camino de su sufrimiento. En un encuentro de tal índole el hombre 'constituye el camino de la Iglesia', y es éste uno de los caminos más importantes" (53).

En la encíclica *Evangelium vitae* (1995), el Papa denuncia la cultura de muerte que impera en la sociedad actual y estimula a los fieles para que sean testigos del evangelio de la vida en las diferentes oportunidades que se ofrecen hoy. En la cuarta

parte de dicha encíclica (78-101) el Papa indica las pautas del compromiso cristiano en el servicio de la caridad proporcionando también una lista de iniciativas concretas: los consultorios matrimoniales y familiares, los centros para hacer conocer los métodos naturales para la regulación de la fertilidad, los centros de ayuda y de seguimiento de la vida, las comunidades de servicio a enfermos particulares, la adopción y la tenencia de los niños, los comités de bioética. Aconseja, además, la participación a las diferentes formas de voluntariado, la animación social y el compromiso político.

Entre los documentos de la Iglesia referentes a la pastoral de la salud, tenemos en cuenta también los mensajes del Papa para las Jornadas mundiales de los enfermos, los documentos del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud, por ejemplo la *Carta de los Agentes Sanitarios*, y las declaraciones de las varias conferencias episcopales nacionales.

b) *Constitución de estructuras y organismos de animación de la pastoral sanitaria*⁵

En la comunidad eclesial se cuenta siempre con la presencia de las instituciones religiosas, de grupos, movimientos y asociaciones comprometidas en el mundo sanitario. Sin embargo, su acción que muestra la variedad y la riqueza de los carismas en la Iglesia, se ha caracterizado hasta ahora por la espontaneidad y generosidad hasta el punto que se ha revelado repetitiva y quizás dispersiva, haciendo surgir la exigencia de estructuras de coordinación, de comunión y de programación.⁶ Sólo recientemente ha llegado la respuesta a dicha exigencia y se ha actuado a nivel de Iglesia universal, nacional, regional y diocesana.

b1) *A nivel de Iglesia universal*

A nivel de Iglesia universal ha sido un acontecimiento muy importante la institución, con el motu proprio *Dolentium hominum* del 11 de febrero de 1985⁷, de la *Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sa-*

nitarios. Posteriormente se transformará en el *Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios*.⁸

Entre las finalidades de dicho organismo encontramos el estudio de las orientaciones programáticas y de las iniciativas concretas de política sanitaria, a nivel tanto nacional como internacional, con el fin de captar la importancia y las implicaciones para la pastoral de la Iglesia; la coordinación de las actividades desarrolladas por los diferentes dicasterios de la curia romana con respecto al mundo sanitario y a sus problemas; y el contacto con las iglesias locales, en particular con las Comisiones episcopales para el mundo de la salud.

Vinculada estrechamente con el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios tenemos la *Academia para la Vida*, instituida el 11 de febrero de 1994 con el motu proprio *Vitae mysterium*⁹ con la finalidad de estudiar, informar y formar acerca de los problemas de biomedicina y de derecho, referentes a la promoción y a la defensa de la vida, sobre todo poniendo de relieve su relación con la moral cristiana y las directrices del magisterio de la Iglesia.

En el Pontificio Consejo para la pastoral sanitaria confluyen algunas actividades que anteriormente estaban reservadas al *Pontificio Consejo Cor Unum* (1971), como la coordinación de las actividades médicas católicas y la asistencia al sector de la salud en vista de la promoción humana.¹⁰

b2) A nivel de iglesias locales

Pasando a niveles nacionales, las estructuras de comunión y animación, aunque varían de un país a otro, presentan también puntos comunes. Encontramos, en efecto, la presencia de las *Comisiones episcopales nacionales* que tienen la finalidad de coordinar la Pastoral de la salud en el territorio de la nación y actúan a través de las comisiones regionales o interdiocesanas y diocesanas. Como ejemplo, presentamos la situación de España y de Italia.

En 1970, en España,¹¹ por solicitud de la base la Conferencia episcopal crea el *Secreta-*

riado de pastoral sanitaria, que depende de la Comisión episcopal de pastoral. El Secretariado es presidido por un obispo y está animado por un director al que se añade un equipo que reúne a los representantes de los secretariados interdiocesanos, de los religiosos, de la Fraternidad cristiana de los enfermos y de los coordinadores de las seis comisiones instituidas dentro del Secretariado: hospitalaria, de la salud en las parroquias, de la salud mental, de los profesionales sanitarios cristianos, de los cuidados paliativos y de la formación.

Entre las múltiples iniciativas promovidas por el Secretariado podemos recordar los encuentros nacionales (Agradulce, 1975; Madrid, 1994), la celebración de la Jornada del enfermo (desde 1985), el Concordato sobre la asistencia católica en los centros hospitalarios públicos, la publicación del documento *La asistencia religiosa en los hospitales. Orientaciones pastorales* (1987). En cada diócesis existe una Delegación, cuyo director puede ser un sacerdote, un religioso o un laico. A partir de 1977, se celebran anualmente las "Jornadas nacionales de los delegados", que son un momento de encuentro, formación, comunión, reflexión y confrontación. Como órganos de conexión de las Delegaciones diocesanas existen los Secretariados interdiocesanos.

En Italia, la Conferencia episcopal instituye la *Consulta nacional para la pastoral de la salud*. Creada en 1962, ha sufrido diferentes modificaciones hasta que en 1978 logra su rostro actual. Es guiada por tres

obispos, diferentes por área geográfica, uno de los cuales tiene el cargo de presidente. Últimamente (1996) la Consulta ha sido dotada de una oficina permanente en la sede CEI.¹² Forman parte de la Consulta los delegados regionales y los representantes de las órdenes religiosas hospitalarias, de los capellanes, de las asociaciones católicas del sector y algunos expertos. Muchas son las iniciativas promovidas por la Consulta. Ha seguido atentamente la reforma sanitaria del país, estimulando "para que se defienda la presencia y la actividad de las obras de asistencia sanitaria católicas y se dé el oportuno espacio a la acción del asistente religioso en los puestos de los hospitales".¹³ Han sido tres los congresos organizados por la Consulta, el último (23-25 de abril de 1995) se ha ocupado de la "Proyección pastoral en el mundo de la salud".¹⁴ La actividad de animación y de formación está asumiendo una incisividad cada vez más grande a través de objetivos fijos como, por ejemplo, la preparación de las jornadas del enfermo y la formación de los responsables diocesanos.

La operatividad a niveles regionales y diocesanos es garantizada por la Consulta o Comisiones regionales y de las diócesis.

3. Atención pastoral sanitaria en el territorio y en las instituciones: el Párroco y la Pastoral Parroquial de la Salud

a) La comunidad cristiana como sujeto primario de la pastoral de la salud

"La Iglesia, afirma el decreto *Apostolicam Actuositatem*, ha nacido con este fin: propagar el Reino de Cristo en toda la tierra para gloria de Dios Padre y hacer así a todos los hombres partícipes de la redención salvadora y por medio de ellos ordenar realmente todo el universo hacia Cristo. Toda la actividad del Cuerpo místico, dirigida a este fin, recibe el nombre de apostolado, el cual la Iglesia lo ejerce por obra de todos sus miem-



bro, aunque de diversas maneras” (AA 2).

Es en este contexto que las comunidades cristianas locales deben tomar conciencia de la gracia y de la responsabilidad que reciben del Señor en lo que respecta a los fieles enfermos, ofrecerles consolación, la palabra de Dios, los sacramentos y el interés fraterno. En los ancianos, en los enfermos, en los que sufren y en los desesperados está realmente presente Cristo; una comunidad que no se renueva en virtud de esta presencia, que no percibe esta presencia de Dios en los pobres, que la honra con su actividad social y caritativa, deja de ser la Iglesia viva de Jesucristo.

En esta acción de animación y de coordinación, la oficina diocesana para la pastoral de la salud tiene un papel estratégico. Está llamada a mantenerse en estrecha vinculación con la oficina regional y aquella nacional para dar al compromiso local una visión más amplia de las problemáticas específicas. Según la “Nota” de la CEI, las tareas de la consulta diocesana son las siguientes:

1) Animar y coordinar la pastoral sanitaria de las vicarías y de las parroquias, favoreciendo una acción común y compartida entre las diferentes asociaciones, grupos y organismos caritativos que trabajan en la diócesis.

2) Favorecer la presencia de los enfermos y agentes sanitarios en los organismos eclesiales diocesanos.

3) Asumir iniciativas de formación y de actualización en el sector (Cf. Nota 78).

Las tareas indicadas en la “Nota” merecen una atención particular porque se insertan de manera excepcional en las innovaciones puestas en marcha en el mundo de la salud. En efecto, bien conocemos la tendencia general de la sanidad: se encuentra en acto un lento proceso de des-hospitalización, es decir, el enfermo está y estará internado cada vez por menos tiempo en las estructuras hospitalarias para ser cuidado en el territorio, es decir, en su domicilio o en estructuras sanitarias de consultorio.

Por consiguiente, el tema de los cuidados domiciliarios se

está desarrollando con gradualidad pero inexorablemente. Requiere un cambio radical en el modo de concebir la medicina, en la mentalidad de los agentes sanitarios, en la relación con el paciente, en el sentido y el fin de la actividad terapéutica; en particular, exige mayor compromiso de las familias de los enfermos y la implicación de la comunidad civil y eclesial. En el ámbito de la pastoral de la salud estas novedades comportan una mejor organización parroquial de la asistencia religiosa a domicilio y una revisión de las formas pastorales usadas en los institutos religiosos hospitalarios donde el promedio de la permanencia de los enfermos es prevista de alrededor de 5 días.

b) De la comunidad cristiana a la comunidad parroquial

b1) El párroco y la pastoral parroquial de la salud

Al respecto, es evidente que siendo el párroco el presbítero que se ocupa, como pastor peculiar, de la comunidad parroquial (cf. CDC 519), a él le corresponde la tarea de: dar una personal atención a los enfermos de la parroquia y la responsabilidad de promover y animar el sector de la pastoral sanitaria con especial referencia a los enfermos en su domicilio (CDC 528-529). De conformidad con tales tareas institucionales el párroco será el principal animador de la pastoral de la salud en su parroquia.

b2) Funciones de la pastoral parroquial de la salud

Las tres funciones clásicas de la pastoral – evangelización, sacramentos y servicio – son también para la pastoral de la salud las etapas necesarias de un camino único cuya meta es la salvación. El momento sacramental se vuelve significativo por un adecuado camino de fe y por una abrigada participación humana. Sin embargo, entre las funciones específicas de la pastoral debe entrar también todo lo que concierne la promoción humana, sanitaria y social de los enfermos y el respeto de los valores de la vida y de la salud (Cf. Nota 6). La humanización de la asistencia, de los

servicios y de las instituciones sanitarias es reconocida como función específica de la pastoral en vista de su valencia pre-evangelizadora.

c) Algunas iniciativas de la pastoral parroquial sanitaria

c1) Apoyo y sensibilización de la pastoral parroquial sanitaria

La pastoral de la salud, concebida como presencia y obra de la Iglesia para llevar la luz y la gracia del Señor a los que sufren y a los que se encargan de los enfermos, no se ocupa sólo de los enfermos, sino también de los sanos; lo hace en particular inspirando una cultura de mayor sensibilidad al sufrimiento, a la marginación, a los valores de la vida y de la salud. Al respecto, una atención particular se debe reservar a la familia del enfermo. En efecto, el mandamiento del Señor de visitar a los enfermos se refiere ante todo a los miembros de la familia. El sentido de este deber elemental debe desarrollarse comenzando desde la edad joven.

Es necesario, además, que la familia sea educada para tener a su lado a los parientes en dificultad. El calor del ambiente familiar tiene una función terapéutica insustituible; por el contrario, el abandono en las clínicas o en los pensionados produce sentimientos de soledad y de tristeza y a veces de desesperación: ciertamente no ayuda a la salud. En dichos momentos, especialmente si la enfermedad es prolongada y grave, también los familiares tienen necesidad de apoyo y de solidaridad. Ofrecer de vez en cuando el cambio para asistir a un enfermo resulta de gran ayuda.

En este contexto es importante sensibilizar a la comunidad cristiana a favor de la institución de servicios sanitarios sustitutivos en el territorio, que proporcionen la posibilidad de resolver a domicilio los problemas sanitarios más comunes, sin tener que recurrir a la hospitalización o a la internación en clínicas. Existen motivos personales, familiares, sociales y también económicos que acon-

sejan, en lo posible, poner en primer lugar el servicio domiciliario y luego el del hospital. Estos servicios podrían realizarlos también grupos estables de asistencia apoyados por la parroquia.

c2) Los laicos en la pastoral parroquial de la salud

Hasta ahora la corresponsabilidad laical en la pastoral de la parroquia se ha realizado sobre todo en la catequesis, en la liturgia, en la pastoral juvenil, etc., pero ha sido limitada en la pastoral de los enfermos. Quizás porque objetivamente es más difícil o quizás porque en la mentalidad corriente el enfermo no ocupa la centralidad que debería tener en una comunidad realmente cristiana. Es por esto que este ámbito de la pastoral parroquial tiene necesidad de ser sensibilizado mucho más. En los programas pastorales parroquiales y diocesanos, se debería reservar una atención comunitaria también a los enfermos. Mientras no haya esta atención, a la comunidad parroquial le faltará una dimensión importante y calificada.

c3) Concebir una pastoral "con" los enfermos y no sólo "para" los enfermos

En la exhortación apostólica *Christifidelis laici* (Cf. n. 54), Juan Pablo II manifiesta su profunda intuición cuando habla de un relanzamiento de la acción pastoral para y con los enfermos y los que sufren: el enfermo no debe sentirse como si fuera sólo objeto de atención, sino debe ser sujeto activo en la vida de la Iglesia de la comunidad parroquial, un canal de santidad de Cristo y de la Iglesia hacia el mundo del sufrimiento. El fiel enfermo debe lograr con mayor profundidad la convicción de que participa de manera especial y privilegiada en la obra redentora de Cristo en el mundo y que puede repetir con el apóstol Pablo: "Completo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo, en favor de su cuerpo, que es la Iglesia" (Col 1, 24).

El enfermo no se debe sentir marginado de la familia y de la comunidad. No obstante el mal físico, la minusvalidez o las

minoraciones, el enfermo, siendo "icono de Dios" sigue siendo un ser humano en la plenitud de su dignidad y de sus derechos, digno de todo respeto y consideración. Si el enfermo experimenta en quien lo visita, no un consolador aburrido, sino un hermano que ha venido para involucrarlo en una obra útil – pidiéndole, por ejemplo, que ore por los acontecimientos y los problemas de la parroquia – ciertamente y, no obstante todo, logrará sentirse miembro vivo del cuerpo místico de Cristo, hoy.

d) La institución de un grupo parroquial de cooperadores para la pastoral de la salud

Toda parroquia, además de los sacerdotes, debería contar con un grupo de cooperadores de pastoral de la salud que sea capaz de promover una actividad concreta para los que sufren. Dicho grupo no sólo podría integrar la actividad del párroco, sino que podría ser también un canal para penetrar en ambientes refractarios a la Iglesia, un camino de contacto con personas que de lo contrario permanecerían excluidas u olvidadas por la comunidad. Para estos cooperadores de pastoral sanitaria es necesario prever una buena formación humana y espiritual y una preparación específica al ministerio mediante cursos específicos.

La institución de un grupo parroquial de pastoral de la salud se justifica por la exigencia de pasar, también en este sector, de una obra caritativa espontánea y dispersiva a una actividad comunitaria, organizada y funcional, dotada de estabilidad y de una serie de servicios que sirvan para tutelar, defender y promover desde el punto de vista humano, religioso y social. La existencia de dicho grupo podría evitar la improvisación en el servicio y garantizar la preparación y formación permanente.

La actividad del grupo, además, debería extenderse a los enfermos de la comunidad que se encuentran internados en hospitales o clínicas y en instituciones sanitarias del territorio. Un aspecto importante es la conexión y la cooperación con

otros grupos y organismos de la parroquia.

4. Atención pastoral sanitaria en el territorio y en las instituciones: la actividad pastoral del capellán de hospital¹⁵

a) El capellán de hospital

El asistente religioso o capellán de las instituciones sanitarias es el sacerdote a quien "se le confía de manera estable el cuidado pastoral de aquel grupo particular de fieles, formado por los enfermos, por sus familiares y por los agentes sanitarios. Su tarea principal es anunciar la buena nueva y comunicar mediante la administración de los sacramentos el amor redentor de Cristo a quienes sufren en el cuerpo y en el espíritu las consecuencias de la condición finita del hombre, acompañándolos con amor solidario" (Nota 38).

b) Ministerio de la Palabra y de la comunicación¹⁶

La fe tiene su fundamento en la Palabra. Esto explica porque toda forma de apostolado considera a la evangelización y a la catequesis como algo prioritario. Lo mismo ocurre en la Pastoral de la salud. Se trata de sanar o, al menos, de reducir la fractura entre Evangelio y cultura; de presentar correctamente el punto de vista cristiano acerca del dolor, la muerte, la salud, del sentido de servicio hacia el que sufre.

Sin embargo, no se puede pensar que evangelizar a un enfermo, especialmente si está grave, sea la misma cosa que evangelizar a un sano. En el primer caso, se hace sobre todo mediante un diálogo de tu a tu, hecho de escucha, de silencios y de alguna palabra que se intuye corresponda a las necesidades del enfermo. En el segundo caso, tenemos un campo en el que se abren enormes posibilidades para el capellán hospitalario de intervenciones pastorales en lo que se refiere a la programación pastoral y a la formación para una asistencia más humana a los enfermos.

Otra exigencia de fondo pre-



sente en nuestro tiempo con respecto a la evangelización es la importancia de los problemas morales y la tarea pastoral de ofrecer respuestas adecuadas a los graves problemas planteados por el progreso científico y técnico en el mundo de la sanidad. Un asistente religioso hospitalario debe contar con una preparación que lo haga idóneo a dicha tarea. No sólo a nivel personal, sino también para la formación de los agentes sanitarios en todo nivel, favoreciendo iniciativas y utilizando estructuras ya existentes en el sector: enseñanza de ética profesional, institución de comités éticos, consejos de pastoral hospitalarios, etc.

*c) Ministerio de santificación:
celebración de los
sacramentos y oración
en el lecho del enfermo*

En las parroquias como lugares de sanación, la celebración de los sacramentos constituye uno de los pilares fundamentales de la pastoral de la salud. Sin embargo, es importante tener en cuenta algunas indicaciones pastorales: para ser inteligible y eficaz, el sacramento debe estar insertado dentro de un camino de fe. No puede ser presentado y acogido como un acto aislado en el conjunto de la experiencia de vida del bautizado enfermo. Asimismo, debe estar libre de interpretaciones y esperas mágicas o supersticiosas. Por el contrario, hay que hacer comprender la índole sagrada y eclesial de los sacramentos. Es Jesús que los ha instituido confiando a sus discípulos la tarea de 'hacer en su memoria' lo que El ha hecho

para la salvación de todos los hombres.

En la pastoral de la salud se insiste sobre la importancia del encuentro de los enfermos con Cristo en los sacramentos de la Reconciliación, de la Eucaristía y de la Unción de los enfermos. Cada uno de estos sacramentos tiene una gracia sacramental propia, por lo que hay que tenerlo presente en el cuidado pastoral de los enfermos. Normalmente, es preciso distinguir el cuidado pastoral de los enfermos del cuidado pastoral de los moribundos. Para los primeros se proponen los sacramentos de la Penitencia, de la Eucaristía y la Unción de los enfermos; para los demás, la Unción de los enfermos, el Viático y la recomendación del alma.

La Unción de los enfermos es la forma propia y más típica del encuentro del hombre con Cristo en aquella difícil y fundamental situación humana como es la enfermedad. Descubrir este sacramento – a través de una adecuada catequesis y significativas celebraciones individuales y comunitarias, apropiadas para crear una nueva mentalidad – proporcionará grandes ventajas espirituales, consolación y alivio para quienes tienen su salud gravemente comprometida por la enfermedad o la vejez. Por esto es preciso inculcar que la Unción de los enfermos es un sacramento que se debe recibir en la plena conciencia para poder recibir todas las ayudas espirituales y también el bienestar físico.¹⁷

*d) El ministerio
del servicio pastoral*

El capellán de hospital podría ser calificado como "el ministro de la comunión" en la comunidad eclesial hospitalaria. La reflexión teológica post conciliar, en efecto, ha redescubierto la centralidad de la *comunión* del ministerio de la Iglesia y en la actividad pastoral. La comunión eclesial, que es ante todo don del Espíritu y reflejo de la vida trinitaria, pide ser vivida y traducida en experiencia de comunidad. En la Iglesia cada uno tiene el propio don del Espíritu y cada uno tiene la gracia y la tarea de obrar

para la edificación de la comunidad eclesial y para favorecer su crecimiento en la fidelidad a Cristo.

El capellán realiza esta tarea mediante una amplia gama de actividades e iniciativas: visita y encuentro con el enfermo, ayuda a la familia, animación de grupos y asociaciones de voluntariado y/o profesionales, relación con la iglesia diocesana y con la realidad territorial, actividades de humanización, etc. Estas actividades no son por cierto tarea exclusiva del capellán, pero obviamente es tarea suya hacer que ellas se conviertan en verdaderas experiencias eclesiales. La visita a los enfermos constituye uno de los gestos más significativos del ministerio del cuidado pastoral del capellán de hospital. El coloquio personal debe constituir la escena madre, clásica, para cualquier pastoral sanitaria. Ella se fortalece mediante visitas regulares, en los pabellones o en las habitaciones individuales, durante las cuales se identifica la necesidad de coloquio pastoral en los enfermos, en los familiares y en el personal y, al mismo tiempo, se establece una presencia de la Iglesia.

Cuando la enfermedad se presenta como seria y duradera, entonces no se trata sólo de un hecho corporal, sino que se expande también en la dimensión psíquica y espiritual de la persona y el enfermo no percibe sólo la necesidad de ser curado físicamente, sino que espera también un apoyo espiritual y psicológico: el agente de pastoral sanitario está llamado, pues, a desarrollar un *ministerio de consolación*. La curación del enfermo dependerá en gran parte incluso de la calidad del sostén espiritual y psicológico que se le ofrecerá.

Las intervenciones de los agentes de pastoral en estas circunstancias no deben ser de *routine* o de palabras confeccionadas, sino deben partir de las dificultades concretas de la persona concreta con quien tratan en ese momento. El seguimiento espiritual debe tender a suscitar y a despertar las capacidades físicas, psicológicas y espirituales del enfermo para que pueda alcanzar la fuerza de

no ir a la deriva sino de acoger la esperanza ofrecida por la fe. Es así que la asistencia espiritual se convierte en asistencia religiosa y se completa a través de una iluminada celebración de los sacramentos.

Al capellán hospitalario, además, como hombre de la comunión se le pide también que sea *hombre de las relaciones*, un hombre que facilita las relaciones entre el enfermo y los familiares, entre él y la parroquia, entre la institución hospitalaria y la iglesia local. En efecto, hay que superar el aislamiento de la pastoral hospitalaria de la pastoral parroquial y diocesana; hay que superar las diferencias entre clero parroquial y capellanes, entre sacerdotes religiosos y sacerdotes diocesanos. El objetivo es lograr integrar la pastoral hospitalaria con aquella diocesana y al mismo tiempo sensibilizar a la iglesia local ante los problemas de la pastoral de la salud.

e) Animación y humanización de la asistencia a los enfermos

Entre las tareas importantes del capellán de hospital, entra también la de animar la colaboración a la humanización del ambiente de sanación del que es responsable pastoral. Con este propósito debe favorecer o poner en marcha todas las energías necesarias para promover una mayor humanización de los institutos hospitalarios. Se trata de una tarea que, según las diversidades carismáticas, compete a toda la comunidad eclesial que vive en esos lugares, pero compete ante todo a los laicos (Cf. LG 31) que por su competencia ocupan puestos de responsabilidad en la gestión de los servicios administrativos, terapéuticos y técnicos. El capellán los animará aconsejándoles y estimulándolos, pero no es oportuno que concentre en sí mismo todas las competencias y responsabilidades. Tampoco es oportuno que actúe en una óptica de delegación, como si los laicos fuesen simples ejecutores de las decisiones del clero.

Las iniciativas humanizantes a las que con frecuencia se hace referencia son: la promoción

del respeto de los valores fundamentales (vida-salud-libertad), la defensa de los derechos del enfermo, incluso con la institución de Comités Éticos u organismos de tutela de los derechos del enfermo, la valoración de las asociaciones profesionales, la formación de grupos de voluntariado, la predisposición de cursos, jornadas, encuentros de formación ético-profesional, la implicación de asociaciones de enfermos, el sostén a familias en dificultad.

Sin embargo, es oportuno subrayar que, en tema de humanización del mundo sanitario, el centro de la atención debe permanecer siempre la dignidad de la persona enferma y la calidad de las relaciones entre pacientes y personal. En este nivel, en efecto, se pueden advertir tensiones que amenazan algunos valores fundamentales como:

Centralidad de la persona enferma. El servicio sanitario no debería concebirse como medio para hacer frente a una necesidad propia, sino como respuesta a las exigencias de una persona para quien, en un momento de su vida, el estado de salud se vuelve fuente de preocupaciones importantes.

Relación sana entre personal y enfermo. El enfermo no debe ser considerado como una ocasión de trabajo, sino como un ser que posee una dignidad igual a la propia. La delibidad causada por la enfermedad no debe constituir una ocasión para establecer con él una relación de fuerza.

Participación responsable del paciente en el proceso terapéutico. Mediante una información más atenta, se debe dar la posibilidad al enfermo de pasar de una actitud de simple pasividad a la toma de responsabilidad frente a su enfermedad y a las consecuencias que la acción terapéutica podría provocar.

Respeto por la persona de los agentes sanitarios. El mundo de la sanidad se transforma en ambiente deshumano para el personal cuando este último es obligado a soportar formas de trabajo que ofenden su dignidad obligándolo a comportamientos que evitaría con gusto o que son contrarios a su modo de concebir la asistencia a los enfermos.

f) El Consejo pastoral hospitalario o proyecto de una "nueva capellanía"

“Uno de los instrumentos más eficaces para manifestar la responsabilidad común en la pastoral de una institución sanitaria es el *Consejo pastoral hospitalario*”. Entre sus objetivos generales surge como prioritaria la de “favorecer la formación de una fraternidad cristiana en la vida hospitalaria” (Nota 42). Otras finalidades generales son: la programación de la evangelización y la humanización, la promoción de la vida sacramental y litúrgica y, en fin, la colaboración con las realidades eclesiales territoriales.

Además de hablar del capellán, la ‘Nota’ de la Consulta para la pastoral sanitaria de la Conferencia Episcopal Italiana propone también una nueva estructura pastoral: la ‘capellanía hospitalaria’ concebida como “expresión del servicio religioso de la comunidad cristiana en las instituciones sanitarias”. Según el documento, ella “está formada por uno o más sacerdotes a los que se pueden agregar también diáconos, religiosos y laicos” (cf. Nota, 79-81).

La novedad de esta definición consiste en el hecho que abre las capellanías hospitalarias a los diáconos, a los religiosos no sacerdotes, a las religiosas y a los laicos. Se trata de una apertura que no está prevista en el nuevo Código de Derecho Canónico. Las palabras del documento dejan traslucir que ella es ante todo el fruto de un crecimiento en la ‘mentalidad comunal’ madurada de manera significativa en la reflexión conciliar y post-conciliar. En efecto, si la capellanía es la “expresión del servicio religioso de la comunidad cristiana en las instituciones sanitarias”, es importante que dicha comunidad cristiana esté representada por todos sus componentes (Cf. LG, 12; AA, 2; Cf., 23).

Según mi parecer, la denominación de capellanía es impropia: para no crear ambigüedad debería estar reservada a los sacerdotes, ministros de los sacramentos. A los demás componentes del equipo de servicio religioso se le podría atribuir el nombre de ‘Cooperadores pas-

torales' o, siguiendo lo que sucede a nivel nacional, regional y diocesano, donde existen las respectivas consultas para la pastoral de la salud, se podría hablar de una consulta pastoral hospitalaria que tiene los mismos objetivos y está formada por las mismas personas indicadas en la 'Nota' para la 'capellanía' (Nota 80-81).

La presencia del equipo pastoral de diáconos, religiosos y religiosas y de los laicos podría permitir al capellán ordenar el trabajo pastoral de manera más eficiente y válida. Se libraría de muchos servicios de suplencia que no tienen propiamente su fundamento en el orden sagrado y así podría reservar sus energías para tareas que son netamente sacerdotales. En fin, de la visión particular del laico, de la perspectiva carismática del religioso y de la religiosa y de la sensibilidad típica de la mujer podría provenir a la pastoral hospitalaria una abundante riqueza y variedad de aportes.

Entendida así, la llamada nueva capellanía no puede sino hacer crecer el sentido eclesial de la presencia y de la actividad pastoral del capellán, permitiéndole animar con más eficacia las fuerzas cristianas presentes en la comunidad hospitalaria a través de grupos, asociaciones y de manera particular a través del consejo pastoral hospitalario.

Conclusión

Para concluir, subrayo algunas líneas operativas que emergen de lo expuesto:

1) Continuidad en la fidelidad a la acción desarrollada por



la Iglesia a lo largo de su historia en favor de los enfermos: hay una luminosa historia de testimonios de santos y santas que se puede hacer revivir por la incidencia que han tenido y que todavía pueden tener a través de un compromiso renovado e iluminado según las exigencias de nuestro tiempo;

2) Toma de conciencia de los cambios que han tenido lugar o que se están realizando en el mundo sanitario a nivel cultural, estructural y pastoral. A nivel pastoral es necesario tener presente con particular atención la novedad de la apertura hacia los parientes y los agentes sanitarios, el primado de la evangelización, las diferentes formas de voluntariado, la nueva capellanía y los consejos pastorales hospitalarios;

3) Respetar la dignidad del enfermo, considerado en su subjetividad, como imagen de Dios y de Cristo sufriente, como persona en su dimensión somática, psíquica, familiar, social, espiritual y trascendental, que son dimensiones incluso terapéuticas;

4) Preparación frente a los problemas éticos que han nacido de la nuevas enfermedades y de los progresos de las técnicas médicas;

5) Promoción del Voluntariado como signo de nuestro tiempo, en sus formas más típicas: asistencial, pastoral y participativo.

Recuerdo en fin estas palabras de Pablo VI: "Las técnicas de la evangelización son buenas, pero ni siquiera las más perfectas de ellas podrían sustituir la acción discreta del Espíritu. Incluso la preparación más refinada del evangelizador no obra sin El. Sin el Espíritu la dialéctica más convincente es impotente en el espíritu de los hombres. Sin El los más elevados esquemas de base sociológica y psicológica se revelan vacíos y sin valor. Podemos decir que el Espíritu Santo es el agente principal de la evangelización" (EN 75).

P. RENATO DI MENNA,
Camiliano
Consultor del Dicasterio,
Profesor de Teología
en el Instituto Internacional
de Teología de Pastoral Sanitaria
Camillianum - Roma

Notas

¹ Cf. TRABUCCHI C., *Benessere fisico, mentale e sociale*, en La Casa, 44 (1984) p. 151-157.

² Cf. CICCONE L., *Salute e malattia - Questioni di morale della vita fisica (II)*, Ed. Ares, Milán 1986, p. 34.

³ La 'Nota' "La pastoral de la salud en la Iglesia italiana" de la Consulta pastoral nacional de la Conferencia Episcopal Italiana (CEI) ha tenido el mérito de trazar por vez primera de manera orgánica las líneas portantes de la pastoral sanitaria: ámbitos, motivaciones, sujetos y estructuras. Esta nota, no obstante sea un documento de una iglesia local, adquiere un valor universal porque reconoce, acepta y sintetiza, unificándolos, los documentos de la Iglesia universal sobre el tema, que surgieron con el Concilio Vaticano II en la época de su redacción (1989). Los documentos a los que me refiero son los siguientes: La Constitución Apostólica *Sacram Unctionem Infirmorum* de 1972; el nuevo *Ordo Unctionis Infirmorum eorumque pastoralis curae*, también de 1972; el documento CEI 'Evangelización y sacramentos de la Penitencia y de la Unción de los Enfermos' (1974); la Carta Apostólica *Salvifici doloris* (1984) y la Exhortación apostólica *Christifideles Laici* (1988).

⁴ Cf. La nota anterior.

⁵ Cf. BRUSCO A. y PINTOR S., *Sulle orme di Cristo medico*, EDB, 1999 p. 207 ss.

⁶ A. BRUSCO, La pastoral sanitaria en el contexto social actual, en AA.VV., *Progettualità ecclesiale nel mondo della salute*, Salcom, Varese 1995, 41.

⁷ EV 9/1410-1418.

⁸ EV 11/984-985.

⁹ EV 14/538-563.

¹⁰ Cf. G. GIANNINI, Pontificio Consejo *Cor Unum*, en DTPS, 921-922.

¹¹ Cf. S. PELLICER, 'Pastoral sanitaria en España', en DTPS, 854-858.

¹² Cf. S. PINTOR, Predicad el Evangelio y curad a los enfermos, en *Settimana* 23 (1998), 8-9.

¹³ G. SANTORO, 'La Consulta de la CEI para la pastoral de la sanidad, en *Insieme per servire* 2 (1988), 10-13. Cf. también R. MESSINA, 'La Consulta nacional y las consultas regionales y diocesanas de la sanidad' en *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, por A. Brusco, Camillianum, Torino 1992, 203-212.

¹⁴ Cf. las Actas de Congreso en *Proyecto eclesial en el mundo de la salud*, Salcom, Varese 1995.

¹⁵ Me refiero al hospital pero pienso también en otras estructuras sanitarias existentes hoy en el territorio como: clínicas, casas alojamiento, casas para ancianos y parientes de enfermos, centros de escucha, ambulatorios, etc.

¹⁶ Para toda esta parte es muy oportuno confrontar: *La carta de los agentes sanitarios*, un documento del Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios (1994). Consultar en particular los títulos: *Pastoral y sacramento de la Unción de los enfermos*; *Los enfermos terminales*; *La asistencia religiosa al moribundo*.

¹⁷ Cf. CEI, *Evangelización y Sacramentos de la Penitencia y de la Unión de los enfermos*, nn. 137-140.

Conclusiones

Provenientes de 22 países de 4 continentes – no participó Oceanía – 25 sacerdotes presentes han participado en un animado diálogo con los vértices del Dicasterio y con los relatores, exponiendo el estado real del ámbito pastoral de los países en donde desarrollan su labor y comunicando sus experiencias relacionadas con la evangelización en el campo de la salud.

Del intercambio fraternal ha surgido lo siguiente:

Como es obvio, existen considerables diferencias en lo que respecta las culturas de los diferentes países en donde la Iglesia está presente: laicización evidente en los llamados países “occidentales”, dificultad de acción en donde la Iglesia es numéricamente “minoritaria” y en donde se convive con religiones “diversas”. Todos han puesto de relieve el cambio radical que ha provocado el modo de considerar y realizar la sanidad: presencia muy breve en estructuras institucionales del enfermo agudo y, por consiguiente, la necesidad y urgencia de realizar un nuevo acercamiento, presencia y acción pastoral.

Una adecuación necesaria también en esos lugares de curación que asisten al enfermo crónico, en vista del profundo cambio que la sociedad humana está afrontando con relación al sentido de la vida. Es el efecto de la “globalización”, que no ahorra este aspecto de la vida.

Por tanto, se considera objetivo urgente estudiar para unir la acción del sacerdote enviado a los lugares de cura con los pastores en el territorio y en las parroquias donde el “enfermo” continúa recuperando su salud.

Uno de los presentes ha expuesto su experiencia en el territorio. Después de años de coordinación de la Pastoral de la Salud en las respectivas estructuras, ha sido enviado por su Obispo para realizar este nuevo servicio, ha involucrado a la comunidad parroquial para apoyar a un grupo especializado de “visitadores de enfer-

mos”, ocupándose del aspecto médico, incluso financiando la actividad de una enfermera que diariamente visita a los enfermos para aplicar las terapias. Asimismo, se han encaminado e intensificado los contactos con los Centros de Cura de la ciudad para contar con informaciones de los parroquianos.

Casi todos, han manifestado que existe una gran carencia de sacerdotes en esta forma de pastoral. De aquí la necesidad de ampliar a una nueva forma de “miembros de capellanía”, a los fieles que, aunque no tienen el sacerdocio ministerial, son preparados con cursos especiales bajo la directa responsabilidad del obispo diocesano, para trabajar junto con el sacerdote que está encargado del ámbito de la sanidad.

En este sentido, un delegado de un país de la vieja Europa ha presentado una detallada experiencia, estudiada y aprobada por la Conferencia Episcopal Nacional.

Se ha puesto de relieve que para el sacerdote que ha sido enviado para realizar este servicio pastoral existe de modo inderogable la exigencia, antes bien la obligación de conciencia, de prepararse de manera adecuada y de buscar las necesarias actualizaciones periódicas a través de cursos de formación permanente.

Un amplio intercambio de informaciones ha provenido de los delegados que en sus países cuentan con Facultades Teológicas con la especialización en Pastoral de la Salud, o centros de estudio análogos, y se ha puesto en marcha una fraternal colaboración con los que no cuentan con realidades parecidas en sus países, pero han mostrado gran interés en ello.

No obstante el breve espacio de tiempo, el Seminario de estudio ha sido muy denso y rico para conocer e intercambiar experiencias recíprocamente.

Con un objetivo común e inmediato por perseguir se ha dado inicio a una “Federación Internacional” para que mantenga unidas y en comunión a las

asociaciones nacionales ya existentes, y asista a los presentes que quieren poner en marcha en su país una experiencia análoga.

Para hacer más efectivo este proyecto, los participantes en el Seminario han aceptado la propuesta del Presidente del Dicasterio, Mons. Javier Lozano, de confiar el servicio de “COORDINADORES CONTINENTALES” a los siguientes delegados que han participado:

AFRICA

Revdo. P. Edgar Yameogo, MI
Parroisse St. Camille - Centre Medical
01 - B.P. 364
OUAGADOUGOU - 01 Burkina Faso
Tel: +226 361097 - FAX: +226 360349
E-Mail: st.camille@fasonet.bf

AMERICA

A. Norte y Central:
Rev. P. Stephen R. Ryan, OSM
President of N.A.C.C. - P.O. Box 97473
3501 Sout Lake Drive MILWAUKEE,
Wisconsin 53207 U.S.A.
Office - Tel: +1 414 4834898
FAX: +1 414 4836712
E-Mail: nacc@nacc.org
Private - Tel: +1 212 9134863
FAX: +1 213 6632448
E-Mail: fsteeverand@earthlink.net

B. Latina:
Revdo. Juan Jos Estrada
Santiago 1165
2000 ROSARIO Argentina
Tel: +54 155 481795
FAX: +54 0341 4213511
E-Mail: estrade-jj@usa.net

ASIA y OCEANIA

Revdo. P. Alex Vadakumthala
Executive Secretary Commission
for Health Care Apostolate - C.B.C.I.
Centre 1 - Ashok Palace
Goledakkhana
NEW DELHI 110 001 India
E-Mail: cbciheal@bol.net.in

EUROPA

Revdo. P. Vitor Feytor Pinto
Rua da Beneficiencia, 7-1
100 LISBOA Portugal
Tel: +351 1 7931435
FAX: +351 1 7954212
E-Mail: pastoralsaude@mail.sitepac.pt

P. FELICE RUFFINI,
Camiliano

Vice-Secretario del Pontificio
Consejo para la Pastoral de la Salud