

LA APORTACION DE LA IGLESIA A LA SANIDAD DESDE EL EVANGELIO Y SU PROPIA TRADICIÓN

Jesús Conde Herranz

Delegado Diocesano de Pastoral de la Salud de Madrid
Capellán del Hospital La Paz de Madrid

En el presente artículo el autor nos ofrece una interesante reflexión sobre dos mundos que, si bien distintos, siempre han tenido una profunda interrelación, Iglesia y Sanidad.

A pesar de que comience afirmando la dificultad que entraña este estudio y su conciencia de limitación ante el mismo, lo cierto es que Jesús Conde logra una claridad y una concisión que son muy de agradecer al tiempo que concluye con unos «apuntes sobre aportaciones actuales y futuras» de sumo interés para quienes nos movemos en este campo.

ALGUNAS CUESTIONES PREVIAS

1. El encargo que he recibido de desarrollar este tema, en el marco de las XVI Jornadas Nacionales de Delegados de Pastoral Sanitaria, requiere la capacitación y experiencia combinadas de un teólogo, un historiador de la Iglesia y un historiador de la asistencia sanitaria. No es ése mi caso; soy sólo un lector aficionado a tales disciplinas, movido por el interés que el quehacer pastoral suscita en mí.

Por eso, mi pretensión al aceptar dicho encargo ha sido animar a quienes me escucharon, o a quienes lean este escrito, a penetrar también mediante la lectura en el mundo apasionante de la Biblia, de la historia de la Iglesia y de su tradición asistencial, para descubrir el rico filón de teorías y experiencias que sobre la asistencia sanitaria allí laten, y cuya oportunidad actual apenas es tenida hoy en cuenta. Mi pretensión llega incluso a tratar de remover el interés de teólogos, pastoralistas y responsables cristianos de iniciativas sanitarias para que, con mucha mayor pericia que la mía, sepan presentar todo lo que la Iglesia puede ofrecer a la cultura, la ciencia y la praxis sanitaria de este momento histórico.

2. Mi punto de partida es la preocupación que -de un modo u otro, pero en alto grado- sentimos todos cuantos estamos inmersos en el mundo sanitario, al observar sus crecientes dificultades y contradicciones, inseparables por supuesto de sus indudables y espectaculares logros. Sin ir más lejos, los informes presentados en esas mismas Jornadas, por los doctores Viñas y Evangelista, nos han reafirmado en dicha preocupación. Nuestra sanidad está seriamente enferma y necesita un vigoroso tratamiento pluridisciplinar de amplio espectro, preciso y decidido. Y, a la vista de esta constatación, creo que ninguna aportación válida debe ser soslayada o menospreciada.

En este punto es donde mi preocupación da paso a una convicción y un empeño. La convicción de que Sanidad¹ e Iglesia deben acercarse de nuevo, reconocerse y saludarse; pero, para ello, deben superar viejas pretensiones de dominio por uno y otro lado, generadoras de malentendidos y celos enquistados aún hoy; todo en provecho del ser humano actual sano, enfermable y enfermo y, por tanto, también del medio ambiente social y natural. El empeño de prestar una mínima contribución, desde el

¹ 1. Al hablar de «Sanidad» me refiero en este caso al sistema asistencial vigente en nuestra sociedad occidental, a todos cuantos trabajan en él y a los destinatarios de sus prestaciones. Pero, a lo largo del escrito y mirando al pasado, entiendo por sanidad cualquier forma histórica de organización de la asistencia, dirigida a promover la salud y a prevenir o curar enfermedades en un marco social determinado como, por ejemplo, un país y la comunidad humana que lo compone.

lado de la Iglesia, para que esta convicción vaya creciendo esperanzada y paciente, y pueda así llegar a convertirse en realidad.

3. ¿Qué motivos hay para sostener semejante convicción y empeño? Los hay y, a mi modo de ver, tal vez optimista, tienen un peso considerable. En primer lugar, la evidencia de que en el ámbito de la asistencia sanitaria -al igual que en otros ámbitos la Iglesia es heredera de la tradición judeo-cristiana, que cuenta con casi cuatro mil años de antigüedad y experiencia², y ha de ser fiel transmisora de ella. En segundo término, el convencimiento, para mí cada día mayor, de que toda esa experiencia acumulada por la Iglesia, desde su prehistoria judía hasta hoy, puede ser presentada como un modelo cuyos rasgos -claros y oscuros, de aciertos y errores- son igualmente aprovechables y merecen una atención crítica, noble y abierta.

Dos premisas más son, sin embargo, necesarias para llegar a tal fin: considerar que la historia no es ¡ni más lo ya superado sino, en mayor o menor medida según los casos, maestra de la vida, como dijo Cicerón; y saber relatar esa historia con amor diáfano y humilde a la verdad, huyendo tanto de vanas apologéticas como de inútiles complejos. Sólo una tenaz búsqueda de la verdad histórica, declarada y reconocida abiertamente en lo bueno y en lo malo por todos los implicados en ella, nos hará libres también a todos para encontrarnos y ayudarnos mutuamente en la quijotesca y, por ello, necesaria empresa de mejorar la Sanidad.

UNOS APUNTES HISTORICOS

Describir, aunque no sea más que enumerándolas, las aportaciones que la tradición transmitida por la Iglesia ha venido ofreciendo al desarrollo y organización de la asistencia sanitaria a lo largo de la historia de Occidente y, a través de ella, a la cultura asistencial de la humanidad, es un cometido que desborda por completo las pretensiones y la extensión de este escrito. Por ello, me limito a ofrecer unos apuntes históricos en orden cronológico, divididos en siete apartados que enmarcan lo más granado, a mi modo de ver, de dichas aportaciones.

El antiguo Israel: una sanidad promovida por la religión

1. Remontar el curso de la tradición sanitaria de la Iglesia hasta la historia de Israel anterior a Cristo, teniendo a la vez ante los ojos la concepción y organización de la Sanidad vigentes hoy, supone arriesgarse a recibir quizá una crítica burlona por traer a colación planteamientos asistenciales tan primitivos. Sin embargo, una consideración madura de la historia de la asistencia nunca lleva a semejantes conclusiones, pues tiene en cuenta todos los planteamientos, desde los más antiguos hasta los más actuales³. Valga también esta observación para los apuntes alusivos a etapas históricas posteriores.

² 2. Si acordamos situar el comienzo de la prehistoria de la Iglesia en la vida de Abraham, que emigró a Canaán en torno al 1750 a.C., sabemos que por esa fecha ya existía en Mesopotamia un esbozo de organización sanitaria, gracias al Código de Hammurabi, escrito hacia 1880 a.C. que dedica trece artículos a la práctica de la profesión médica (cf. P. Laín Entralgo en Historia de la Medicina, Biblioteca Médica de bolsillo, Ed. Salvat, Barcelona 1978, p. 16). Lo mismo ocurría entonces en Egipto (cf. mismo autor y obra, p. 17ss; también Ángel González Núñez en Enfermedad y curación en el antiguo Israel, JANO, Medicina y Humanidades, 11-16 de junio de 1986, vol. XXXI, n.º 732, p. 50). De ambos pueblos tomó Israel muchos elementos para la organización social de su sanidad, pero a ellos añadió otros elementos propios, como se verá más adelante.

³ 3. El conocimiento de la historia es tan necesario como el contacto con la realidad para el logro de un saber científico cabal (P. Laín Entralgo en Enfermedad y pecado, Ed. Toray, Barcelona 1961, p. 8); la asistencia técnica al enfermo debe llevar en su seno, técnicamente asumido, todo cuanto en los modos pretécnicos de la acción sanadora fuese humana y efectivamente válido... La técnica terapéutica de quien no haya sabido comprender al brujo primitivo -comprender esto es, descubrir su razón de ser para todos los hombres, por mínima y escondida que ésta sea- puede tener desde luego, una validez genéricamente humana... Pero si el técnico de la medicina no ha sabido asumir de manera racional y reflexiva el resultado de esa faena de comprensión, su patología y su terapéutica no llegarán a ser integralmente humanas: valdrán, sí para todos los hombres, mas no para todo el hombre (mismo autor en La relación médico-enfermo, Alianza Universidad, Madrid 1983, p. 236).

2. La Biblia, además de ser un libro revelado para quienes lo consideramos el depósito de la palabra de Dios, es un documento excepcional sobre la sanidad, sus problemas y el tratamiento que los mismos requieren, dadas unas determinadas situaciones históricas y sociales. Al menos los cristianos deberíamos percatarnos de ello. Muchas de las páginas del Antiguo Testamento⁴ reflejan claramente la conciencia que existió en Israel de todo lo que un pueblo puede hacer para que el ser humano - individuo y comunidad- mantenga un aceptable grado de salud y evite un buen número de enfermedades. Y, aunque buena parte de las normas e indicaciones sanitarias contenidas en esas páginas haya perdido vigencia por completo, las ideas madres que las dieron a luz conservan palpitante actualidad. A título de ejemplo pueden ser mencionadas las siguientes:

a) Que la sanidad es una cuestión de importancia primordial en el desarrollo de un pueblo, Israel lo comprendió hasta el punto de vincular sus principios fundamentales al ámbito sagrado. En los pueblos hegemónicos que le rodeaban y que más influyeron en su cultura, la medicina nació y comenzó a madurar en las escuelas de religión. Y, si la autonomía de aquélla respecto de ésta ha sido una conquista histórica ardua y dolorosa, cuya necesidad es ya universalmente reconocida, no es menos cierto que hoy la medicina y la sanidad adolecen en su planteamiento y ejercicio de motivaciones trascendentes, tan abundantes en el período que estamos tratando.

b) La importancia decisiva de la sanidad para Israel aparece no sólo en sus principios impulsores, sino también en las implicaciones y extensión de sus desarrollos. Al ir unida a la religión bíblica, y dada la concepción total e integrada del ser humano que aquélla ofrece, la sanidad en Israel implicaba a todo el individuo y a toda la comunidad. En este aspecto puede decirse que ya entonces existió una sanidad rudimentaria, pero con tantas pretensiones de integral como la que hoy se busca, sólo que entonces desde la óptica predominante del factor religioso aunque, como se verá a continuación, sin desprestigiar los otros aspectos.

c) La Ley se preocupaba minuciosamente de la salud del organismo humano, de manera que el acento religioso no comportaba menosprecio del cuerpo, sino todo lo contrario. Las leyes dietéticas e higiénicas que contenía la Torá eran portadoras de viejas experiencias, muchas de ellas llenas de sabiduría. Y, aunque algunas de estas normas tenían su origen en antiguos tabúes, nada tenían que ver con creencias totémicas, y la mayoría obedecían a razones sanitarias.⁵

d) Pero en la Biblia los hechos biológicos referentes a la salud apuntan a realidades más profundas de los seres humanos. Allí la enfermedad es enfocada sobre el fondo del mal total: es un aviso de que quizá muchas cosas andan mal y, por eso, es toda la persona y toda la comunidad las que deben ponerse en cura. El ideal de salud propuesto por la Ley no consistía sólo en el bienestar somático, sino en la paz de uno consigo mismo, con los demás seres humanos y con Dios. Y esa paz había que ganarla mediante la fidelidad a la propia conciencia moral y religiosa, y venciendo el extrañamiento que separa de los otros seres humanos y de Dios.

e) Una visión de la salud y de la enfermedad que adopta tales proporciones hace que la concepción sanitaria subyacente desborde el saber médico, y subraye la importancia de otros recursos terapéuticos latentes en el individuo y en la comunidad. En este sentido puede decirse que Israel concibió una sanidad muy desmedicalizada, que dependía mucho más del individuo, de la colectividad y de sus

⁴ Los apuntes sobre la sanidad en el Israel del Antiguo Testamento están tomados en parte de A. González Núñez en el artículo ya citado y en su conclusión (JANO, nº 734, 23-28 de junio de 1986, p. 46-52); H. J. Stoebe en Rapiuth, sanar (Diccionario Teológico Manual del Antiguo Testamento, ed. por E. Jeremi y C. Westermann, Ed. Cristiandad, Madrid 1985, T. II, col. 101017); E. Stolz en Halah, estar enfermo (mismo libro T. 1, col 789-793); H. W. Wolff en Antropología del Antiguo Testamento (Ed. Sígueme, Salamanca 1975, p. 195-202); y P. Laín Entralgo en Historia de la Medicina, p. 36 s.

⁵ Destacan entre ellas las que exigían meticulosas purificaciones y lavados de personas y objetos, o la limpieza de las letrinas; las orientadas a prevenir el contagio de la lepra y a promover la higiene en las relaciones sexuales o en el contacto con cadáveres; las relativas al uso del incienso y las hierbas aromáticas como ambientadores; las leyes sobre la circuncisión, la endogamia y el descanso sabático y jubilar, extensivos ambos a los animales y aún a las tierras de cultivo.

dirigentes que de los médicos o de los sacerdotes. En Israel la enfermedad y la salud no eran únicamente casos clínicos; eran aspectos de la vida que suscitaban muchas preguntas y que repercutían hondamente en cada biografía personal y en la conciencia humana de todo un pueblo. Eran dos caras alternativas de la vida, dos estados existenciales que afectan a todo el ser humano.

Esta concepción de la salud, la enfermedad y, por ello, de la sanidad tuvo algunas consecuencias negativas muy graves: en el orden teológico, la fácil identificación de la salud con la gracia y de la enfermedad con el pecado; en el orden ético, la propensión generalizada a considerar al enfermo como pecador castigado por su pecado; y en el orden social, la terrible marginación de ciertos enfermos como los "leprosos. El libro de Job es un testimonio elocuente de la lógica rebeldía que llegó a producir semejante mentalidad, y la conducta de Jesús con los enfermos el revulsivo necesario para entender que la primera norma sanitaria es la relación asistencial cercana y acogedora. Pero también es cierto -y se ha subrayado mucho menos que lo anterior- que este planteamiento hacía de la sanidad, ante todo, una cuestión de responsabilidad individual y colectiva. Así lo expresan con toda claridad numerosos textos del Pentateuco y de los Profetas.⁶

f) Antes de terminar este apartado es forzoso mencionar otra aportación decisiva: la reflexión que ofrece el libro del Eclesiástico sobre la función combinada de la religión y la medicina técnica⁷ en el ámbito de la asistencia. Hay un párrafo en dicho libro⁸ que, en mi opinión, encierra la síntesis más feliz y equilibrada que jamás se ha escrito sobre la mutua y armónica implicación de ambos saberes y prácticas en el quehacer sanitario. Para Jesús Ben Sira, el autor del libro, Dios es el sanador radical y definitivo⁹, pero él ha dotado a la naturaleza y a los seres humanos de los remedios y la ciencia necesarios para ser los hacedores de su obra sanadora. De este modo, la oración y la ciencia natural -médica y farmacéutica- se integran en el restablecimiento del enfermo.

Esta doctrina no fue alumbrada sin dificultades. La teología y la espiritualidad de Israel pusieron graves reparos durante siglos a toda práctica sanitaria que no se redujera, de un modo u otro, a la súplica y al seguimiento de la voluntad de Dios, expresada en las normas ya citadas de la Ley. La introducción de la cultura helénica y, con ella, de la medicina hipocrática provocó una reacción integrista, de la que fue quizá su expresión más notoria la rebelión de los Macabeos. Sin embargo, la reflexión de los sabios de Israel produjo una evolución imparable, que aparece reflejada en los libros de Job, del Qohelet y de la Sabiduría. Ben Sira es otro exponente de tal evolución y, en el pasaje que nos ocupa, logró poner en diálogo fecundo eso que hoy llamamos los binomios fe y cultura, religión y medicina, sanidad y pastoral.

Jesús de Nazaret y la importancia de los recursos humanos en la sanidad

Aunque indirectamente se llamó a sí mismo médico¹⁰, ni se consideró tal en el sentido técnico, ni trató de crear un sistema asistencial. Sin embargo, la concepción de la asistencia que dimanaba de su doctrina y su conducta imprimió una evolución decisiva a la cultura y la praxis sanitarias de Occidente y, a

⁶ 6. Pueden encontrarse textos abundantes sobre esta cuestión en La comunidad cristiana y los enfermos, documentación de la Comisión de Formación, del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria para la XIV Reunión Nacional de Delegados Diocesanos, Madrid, septiembre de 1989, p. 717.

⁷ 7. El médico del que se habla en este libro es con toda seguridad el que ya nutre su ciencia del saber hipocrático, llegado a Israel tras las campañas de Alejandro Magno y sus generales. Las fuentes del judaísmo tardío hablan incluso de que en esa época algunos rabinos ejercían como médicos, hecho que manifiesta un enorme avance en la consideración favorable de la medicina natural, respecto a las épocas anteriores.

⁸ Se trata de Si 38, 1-14. En lugar de transcribir el texto, prefiero invitar a una lectura pausada del mismo.

⁹ En el Antiguo Testamento aparecen a menudo referencias directas e indirectas a Yahvé como médico, por ejemplo, en Ex 15, 26; 2Re 20, 5.8; 2Cro 16, 12; Sal 103, 3; 147, 3.

¹⁰ Cf. Mc 2, 17 y textos paralelos. Creo que el primer escritor cristiano que da a Jesucristo el título de médico es Ignacio de Antioquía en su Carta a los Efesios, VII 2 (cf. Padres Apostólicos, ed. preparada por Daniel Ruiz Bueno, BAC, Madrid 1965, p. 453s). Tras él, este título hizo fortuna entre los Padres de la Iglesia y lo usaron, por ejemplo, Clemente de Alejandría, Atanasio, Gregorio de Nisa, Cirilo de Jerusalén y Agustín de Hipona. La teología actual lo ha echado en olvido, aunque la Liturgia de las Horas ha vuelto a rescatarlo, incluyéndolo en las preces de laudes y vísperas

través de ellas, a las de toda la humanidad. La contribución de Jesús a la evolución de la sanidad pertenece, sobre todo, a lo que hoy llamamos el ámbito de los valores. Él aplicó al quehacer de la asistencia el conjunto de valores sobre los que debe basarse, y del que debe partir, cualquier sistema sanitario con pretensiones de dignidad y calidad humanas. Veamos muy resumidamente en qué aspectos.

a) Aunque en nuestro ámbito pastoral es una afirmación ya repetida hasta la saciedad, hay que reseñar una vez más que Jesús amplió a todos los seres humanos -sin distinción alguna el beneficio de la asistencia: ésta ha de ser para todos. Pues asistir para Jesús, según la filosofía subyacente a la parábola del Buen Samaritano y a sus intervenciones con los leprosos, significa convertir en próximo a cualquier lejano o extraño para ayudarlo a salir de su situación de enfermedad. Y no hay barrera impuesta por la naturaleza o por los hombres que justifique excluir a nadie de dicha asistencia, pues ésta es un imperativo que brota del doble y complementario mandamiento universal de amar a Dios y al prójimo.

b) Jesús considera que la tarea asistencial es también un imperativo universal, no un quehacer privativo del Estado, o de ciertos estamentos u organizaciones políticas, religiosas o de otra índole.

Que para Jesús la asistencia ha de ser tarea de todos -hasta donde sea posible a cada uno en cada caso- lo muestran con toda claridad dos de los textos evangélicos más clásicos sobre el asunto que nos ocupa: la indicación del final de la parábola antes aludida: Ve, y haz tú lo mismo (Lc 10, 37); y el criterio del Juicio Final expresado en Mateo 25, 40.45.

e) Más aún; siguiendo la tradición del Antiguo Testamento, Jesús afirma indirecta, pero rotundamente, que la sanidad tiene su primer fundamento y sus primeros recursos en cada ser humano: en su interior, en sus actitudes y comportamientos. El modo de vivir que cada uno va eligiendo para sí mismo es lo que salva o echa a perder su vida (cf. Me 8, 35ss y par.) y repercute, para bien o para mal, en los otros. Así queda patente la irrenunciable vertiente ética de toda empresa sanitaria: los primeros recursos con los que ésta ha de contar son aquellos que laten en cada uno de sus destinatarios (cf. Me 7, 14-23), y la positiva voluntad de éstos de ponerlos al servicio propio y de los demás. Como se verá más adelante, las primeras comunidades cristianas tomaron muy buena nota de este punto y convirtieron la ética, positivamente entendida y formulada, en fuente de salud.

d) Igualmente claro deja Jesús que la asistencia ha de consistir en una relación personal y directa, no en una acción a distancia¹¹, entre el sanador y el enfermo. Ni siquiera las normas preventivas de contagio - en el caso de los leprosos, o los endemoniados- o cualquier otro motivo deben impedir el contacto humano en la prestación sanitaria. Asistir no es sólo convertir en próximo al extraño, sino detenerse junto a él y acompañarlo mientras se le prestan los cuidados que necesite. Desde la óptica de Jesús sólo merece el calificativo ético de humana la estructura sanitaria que se basa en una asistencia personalizada.

e) De la mano del carácter interpersonal que ha de tener la acción asistencial, Jesús aporta otro dato sobre su naturaleza y alcance, que la mentalidad actual del sistema sanitario tiende tozudamente a soslayar, cerrando los ojos al enorme coste que acaba pagando por semejante menosprecio. Se trata de los ingredientes humanos y del precio personal que la relación [asistencia] exige a quien la practica, siempre que sea verdadera, íntegra y hondamente eficaz. Toda la exégesis contemporánea de los evangelios está de acuerdo en que Jesús no pretendía con sus curaciones ser un modelo del arte técnico de curar¹², aunque sí lo pretendieron luego, con rigor y pasión, los buenos sanitarios cristianos, para

¹¹ Las curaciones del siervo del centurión (Mt 8, 5-13 y par.) y de la hija de la mujer cananea (Mt 15, 21-28 y par.), realizadas a distancia, obedecen al motivo de subrayar la fe de los peticionarios; son dos casos excepcionales, e incluso en el primero Jesús actúa así contra su voluntad inicial y por indicación del centurión.

¹² Cf. por ejemplo, para ambas afirmaciones, E Graber y D. Müller en Salud, Curación, Diccionario Teológico del Nuevo Testamento. Ed. Sígueme, Salamanca 1984, T. IV, p. 136-143.

quienes el ejercicio de la caridad tenía su comienzo forzoso en la mayor competencia técnica posible. Pero la pretensión fundamental de Jesús era convertir en realidad con su conducta las promesas que el Antiguo Testamento anunció en la figura del Siervo de Dios; promesas cuyas connotaciones terapéuticas descubre Jesús.

Según el texto de Mt 8, 16s, Jesús, al curar, cumplía la profecía de Isaías tomando sobre sí nuestras dolencias y cargando con nuestras enfermedades (cf. Is 53, 4). Leídos ambos textos en clave asistencia] quieren decir -nada más y nada menos- que el ingrediente técnico es un elemento necesario, pero no suficiente, en toda acción terapéutica que no sea meramente puntual. Con otras palabras, que la operación de curar no se reduce a emitir' un diagnóstico y aplicar un tratamiento técnicamente impecables, sino que, por consistir en una relación humana continua y de ida y vuelta, le fuerza al terapeuta a dar de sí y a echar sobre sí- a dar una parte, mayor o menor según los casos, de sí mismo, de su intimidad; y a consentir en echar sobre sí alguno de los elementos nocivos (de nosos, enfermedad) que el enfermo padece y saca de sí mismo, sean éstos de índole biológica, psíquica o anímica.

Nunca he oído a un especialista en asuntos sanitarios hablar de los costos humanos que la sanidad exige a quienes la prestan en primera línea. Tampoco creo que ningún manual de terapéutica diga expresamente que curar a otro implica, si se hace bien, enfermar en cierta medida. Pienso, sin embargo, que el mayor y más poderoso conjunto de recursos de nuestra sanidad radica en la decidida voluntad de dar de sí y de arriesgarse a ser terapeutas forzosamente heridos, que observo en la mayoría, al menos relativa, de los sanitarios con los que trato. Son ellos los que, consciente o inconscientemente, han asumido este aspecto del mensaje de Jesús, aunque tal mensaje no haya calado ni en las estructuras docentes ni en las organizativas del sistema sanitario, casi dos mil años después de ser explicitado por el terapeuta de Nazaret.

f) Por último -forzosamente, a causa de la obligada brevedad y pretensiones de este escrito- queda por añadir que en Jesús se percibe con toda claridad una síntesis armónica de curar y cuidar, principio integrador de toda acción y planificación sanitarias a la altura de las verdaderas necesidades humanas. Es la conclusión lógica a la que llevan las observaciones anteriores y viene, además, avalada por la exégesis del lenguaje que los evangelios usan para describir la actividad sanadora de Jesús. Ésta aparece descrita en los evangelios con los verbos *therapetio*, *idomai* e *hygiao*, los cuales significan propiamente sanar mediante procedimientos médicos pero, aplicados a la obra de Jesús, tienen el significado de una acción terapéutica más completa, que incluye el cuidado henchido de amor solícito. La necesidad de superar la alternativa entre curar o cuidar, no tiene ningún objeto en el modo de asistir de Jesús. Él fue terapeuta y, al mismo tiempo se identificó con el enfermo, encarnando simultáneamente en su persona al ser necesitado de ayuda y al capaz de prestarla.

El cristianismo primitivo: una sanidad comunitaria que surge de la base

No hay que recurrir a idealizar los orígenes del cristianismo para afirmar que sus aportaciones a la cultura sanitaria posterior aún teniendo en cuenta su parvedad estructural en los primeros tiempos- son tan importantes como actuales. Los datos históricos a este respecto han sido rigurosamente estudiados¹³ y son por demás elocuentes. En síntesis apretada esto es lo que dicen.

a) El libro de los Hechos atestigua que, justo a partir de Pentecostés, el imperativo ético del seguimiento fiel de Jesús impulsó a los apóstoles a continuar las pautas asistenciales de su Maestro¹⁴.

¹³ Los apuntes para este apartado, y para alguno de los posteriores, están tomados de R Laín Entralgo en tres obras ya citadas: Historia de la Medicina, p. 139-142; La relación médico-enfermo, p. 104-133; y Enfermedad y pecado, p. 45-69; de D. Gracia Guillén en El cristianismo y la asistencia al enfermo, Labor Hospitalaria, nº 184, 1982, P. 66-75; de D. Casera en Chiesa e Salute. L'azione della Chiesa in favore della salute, Ed. Ancora, Milano 1991, p. 2143; y de A. Casera en L'ospedale e l'assistenza ai malati nel corso dei secoli, Ed. Salcom, Varese 1990, p. 41-47.

¹⁴ Cf. Hech 3, 1-8; 4, 9-12; 5, 12.15s; 8, 7s; etc.

Pero en seguida descubrieron que tal empresa comportaba enormes dificultades por la radical desproporción existente entre las necesidades que había que atender y los medios disponibles para poder lograrlo¹⁵. En la antigüedad la asistencia médico-técnica no llegó nunca de modo regular y constante a los estratos inferiores de la sociedad¹⁶, de los que procedía la absoluta mayoría de los miembros de las primeras comunidades. La medicina hipocrática era privada y sus servicios ocasionaban grandes dispendios (cf. Mc 5, 26). Por eso, durante el primer siglo y medio de existencia histórica del cristianismo no parece que se diera entre los cristianos la ayuda técnica o médica al enfermo, al menos con regularidad.

Sin embargo, las primeras comunidades cristianas mostraron que la penuria de medios económicos y técnicos no era un obstáculo insalvable para implantar y extender cada vez más una asistencia de auténtica calidad humana. Mostraron, sobre todo, que la creatividad puede ser en sanidad un excelente antídoto frente a la escasez de tales medios. En este sentido aquellas comunidades ofrecen un modelo muy válido para replantear algunos de los problemas más agudos que hoy padece la sanidad.

b) La fuerza impulsora de esa creatividad fue una ética formulada en clave positiva¹⁷ cuyo programa cristalizó en las obras de misericordia, y sirvió de banderín de enganche para recabar la participación en las tareas asistenciales de un buen número de miembros de las comunidades. Pablo en varias de sus cartas¹⁸ señala a la comunidad como sujeto responsable y marco de actuación de esa ética que, en el seno de aquella, había de suscitar el carisma de sanación en los individuos y ponerlo al servicio del bien común. La ética de los primeros cristianos fue, pues, el motor de una concepción sanitaria basada sobre todo en los recursos humanos, dotada de fuerte acento comunitario y participativo, surgida desde la base. En este aspecto puede y debe ser un sano revulsivo tanto para la organización sanitaria actual como para la conciencia general de las comunidades cristianas de hoy, cuya moral no deriva como antaño en tan ricas consecuencias asistenciales.

c) Fruto también de sus principios éticos fue la decisión tomada por las primeras comunidades de prestar una asistencia tanto igualitaria -a sus propios miembros y a los extraños- como gratuita, sólo por caridad. Así lo atestiguan la Carta de Policarpo de Esmirna y la Apología de Justino, documentos ambos redactados en torno al 150 d.C.

d) Pero la cobertura de uno y otro objetivo planteó desde el principio el grave problema -ya mencionado- de la tremenda desproporción entre fines y medios para alcanzarlos. Y aquí es donde las comunidades hicieron, por un lado, virtud de la necesidad y, por otro, echaron mano de la creatividad que brotaba de la hondura de sus convicciones. Para adecuar los medios a los fines, comenzaron redefiniendo -acotando- las implicaciones de su acción terapéutica. No se arredraron ante la imposibilidad práctica de prestar una asistencia médico-técnica, ni renunciaron por ello a asistir a los enfermos y menesterosos, sino que compensaron con cuidados humanos y espirituales esa imposibilidad. Y, al poner el acento en tales cuidados, aportaron importantes novedades a la cultura asistencial y sanitaria posteriores: la incorporación metódica de una incipiente psicoterapia basada en el consuelo, la práctica de la asistencia a los incurables y los moribundos, y la inclusión en el cuidado de los enfermos de prácticas religiosas.

¹⁵ Salvadas las diferencias históricas y sociales es básicamente el mismo problema que se le plantea hoy a nuestra sanidad, y que ha provocado la elaboración del llamado Informe Abril Martorell.

¹⁶ Cf. Gracia Guillén en el artículo citado.

¹⁷ En las comunidades del cristianismo preconstantiniano la condición ético-religiosa de la ayuda al enfermo era cosa obvia. Aquí se hace patente una considerable diferencia entre aquella situación y la nuestra. Entre nosotros, la moral suele mostrar de un modo más aparente aspectos negativos y prohibitivos. A juzgar por los textos que han llegado a nuestras manos, en las primeras comunidades cristianas la moral era ante toda una fuente viva de incitaciones a la acción. Ahí radica precisamente la diferencia entre una moral de temor y una moral de amor (R Laín Entralgo, *La relación médico enfermo*, p. 131).

¹⁸ Cfr. Por ejemplo, Rom 12; 1Cor 12; 1Tes 5,14, entre otros textos.

A la par que definían el alcance, objeto y contenido de su actividad terapéutica, los primeros cristianos desarrollaron medios y cauces adecuados para realizarla. Así surgió, ya en la época apostólica, la institución de las viudas y las diaconisas, que practicaban la ayuda a los enfermos en el domicilio de éstos, y la conversión de las casas de algunos cristianos en centros de acogida para enfermos y menesterosos, como hizo el papa Cleto, tercer sucesor de Pedro, ya hacia el año 77 d.C.

e) Pero, para hacer honor a la verdad histórica, no hay que silenciar las limitaciones y defectos que muestra el cuadro asistencial de las primeras comunidades. En dos pueden ser concretados y resumidos. En primer término, el abuso del exorcismo y la vigencia en cierto grado de supersticiones milagreras -de las que ofrecen numerosos ejemplos los evangelios apócrifos fomentadas por tendencias religiosas sectarias que a veces surgían del propio cristianismo primitivo. Añádase a ello, la pretensión de algunos autores cristianos, como Tertuliano y Taciano de Asirio, de seguir oponiendo religión y medicina, en detrimento de ésta, a pesar de ser ya una cuestión doctrinal; resuelta por los últimos sabios del Antiguo Testamento (cf. 11. 1.2. f), y armonizada en la práctica por Jesús de Nazaret.

El sistema cristiano de sanidad en el medievo

Ya a finales del siglo II d.C. se produjo un cambio sustantivo en la situación interna de las comunidades cristianas y, como consecuencia, en su proyección al exterior. Dicho cambio consistió fundamentalmente en un despegue hacia dentro y hacia fuera, que afectó de lleno al desarrollo de la asistencia por parte de las comunidades. Desde la fecha indicada hasta el final de la Edad Media, la organización asistencial de la Iglesia no hizo sino crecer en extensión, complejidad y riqueza de contenidos. Por eso, también este periodo tiene unas características que pueden servir de aportaciones a la sanidad de nuestro tiempo.

a) La fuerza del imperativo ético cristiano, como impulsor de organización y praxis asistencial, se revela sobre todo en este periodo. Los testimonios cristianos, y aun los paganos, nos informan de que, por entonces, allí donde había una comunidad cristiana existía una obra -más o menos rudimentaria u organizada- de asistencia a enfermos. Tan es así que el pagano Celso criticaba al cristianismo diciendo que era una religión para enfermos, el mordaz Luciano de Samosata se admiraba por el mismo motivo del espíritu que animaba a los cristianos¹⁹, y el emperador Juliano atestiguó más tarde que éstos no hacían distinciones entre propios y extraños al practicar la asistencia²⁰.

Tal incremento y extensión de las prestaciones llevó muy pronto a ver la necesidad de aumentar sustancialmente los recursos existentes y de crear otros nuevos, siguiendo unos criterios de racionalidad y eficacia. Éste es el momento en el que la Iglesia inicia la construcción de un sistema sanitario organizado. La Didascalia Apostolorum, ya en el siglo II, dividía el territorio de los obispos en barrios, y designaba a cada uno un diácono para que fuera el oído, el ojo y el corazón del propio obispo, y prescribía que todos servirán, según sus necesidades, a las personas ancianas que no tienen fuerzas, como hermanos y hermanas que están enfermos. Por la misma época Tertuliano escribía que, para realizar la asistencia, cada comunidad tenía una casa de mutuo socorro; el Concilio de Nicea, siglo y medio más tarde, estableció en su canon 70 que cada ciudad tuviera un lugar especial, dedicado al restablecimiento de enfermos y pobres, y es muy significativo que la disposición fuera obligatoria para todas las ciudades episcopales. Las citas de otros ejemplos contemporáneos y posteriores podrían multiplicarse.

¹⁹ Es increíble la premura con que las personas de esta religión se asisten unas a otras, en sus necesidades. No ahorran nada a tal fin. Su primer legislador les ha persuadido de que todos ellos son hermanos (Luciano de Samosata en *In morte Pellegrini*, c. 13; cf. D. Casera en o.c. p. 29).

²⁰ La asistencia a los paganos afectados por la terrible peste que el año 251 asoló la ciudad de Cartago, por parte de la iglesia local presidida con el obispo Cipriano a la cabeza, es un testimonio elocuente junto a otros muchos de esta actitud.

El carácter especial, prescrito para estos lugares, aludía no sólo a su uso exclusivo para los mencionados fines, sino también a la evolución en la comprensión del destino y alcance de sus prestaciones. Ya no se trataba sólo de proporcionar un hogar y unas ayudas humanas elementales, sino de construir centros donde la asistencia cubriera un amplio abanico de necesidades, incluidas las de la atención médico-técnica. No es posible describir aquí el organigrama del hospital cristiano surgido de las disposiciones de Nicea, ni su evolución a lo largo del medievo. Baste citar los ejemplos de la ciudad hospitalaria de San Basilio en Cesarea de Capadocia (construido hacia el año 370), y de la enfermería del monasterio de San Gall (en torno al 830), para ilustrar que la asistencia cristiana incluía en este periodo la organización y las técnicas disponibles en aquellos tiempos, como medios necesarios para el buen ejercicio de la caridad.

b) Con esta última afirmación pretendo resaltar otro hecho muy significativo para el diálogo Sanidad-Iglesia, en pro de la mejora de aquélla. La evolución del hospital cristiano durante este periodo es un claro exponente de lo que Ben Sira (cf. II. 1.2. f) ya dejó plasmado siglos antes, acerca de la fecunda complementariedad entre religión y medicina en la concepción y práctica de la asistencia. Merece la pena detenerse un momento a explicar esta afirmación y sus consecuencias históricas. Y comenzar diciendo que hospitalitas era la expresión que servía de consigna en el cristianismo del mundo romano, para aplicar a la asistencia el mandato de la caridad. Hospitalitas es la palabra con que los cristianos tradujeron al latín el término griego philoxenia, amor al extraño, es decir, caridad en el sentido propio del Nuevo Testamento. Siguiendo la misma lógica, denominaron xenodokoi a sus primeros hogares de acogida, cuando el griego era aún la lengua predominante del cristianismo antiguo, y luego hospitales a los centros que la Iglesia creó para prestar una asistencia más completa y organizada. La necesaria concepción actual del hospital empresa no debería ser obstáculo para que los planificadores de la Sanidad sacaran las consecuencias operativas que ofrece el impulso que dio origen a esta institución de cuño cristiano. La complejidad estructural o tecnológica no puede excusar la falta de sentido de acogida y de calidad en el trato humano.

Pero tampoco sería justo olvidar hoy que, para poder prestar a los enfermos una asistencia caritativa lo más eficaz posible, el cristianismo incorporó con decisión la medicina galénica al conjunto de sus prestaciones hospitalarias a partir de este periodo. A costa, en un principio, de un debate teológico no exento de ásperas confrontaciones entre diversos autores cristianos (cf. II. 3. e), sobre la compatibilidad de la medicina pagana con la vivencia y el ejercicio de la fe cristiana, ya Orígenes sentó las bases de dicha incorporación. A partir de él, los buenos terapeutas cristianos percibieron con claridad que religión y medicina podían y debían ir hermanadas, y que la ética cristiana exigía toda la perfección técnica posible en la asistencia a los enfermos. Así lo entendieron los monjes y otros eclesiásticos medievales. La historia de la Iglesia nos habla de obispos que eran también médicos, como Teodoto de Laodicea y el español Mazona, obispo de Mérida en el siglo IV. Hubo incluso un papa proveniente de la profesión médica: Pedro Hispano, elegido para la sede romana en 1276 con el nombre de Juan XXI.

c) El sistema sanitario cristiano no sólo supo incorporar la medicina galénica a su estructura asistencial, sino que contribuyó decisivamente a su salvaguarda y desarrollo, en tanto que saber técnico. Los monjes medievales preservaron en sus bibliotecas del olvido o de la destrucción una gran parte de los documentos de la medicina antigua, y los usaron para convertirse muchos de ellos en profesionales. Ello trajo consigo el riesgo de crear una clase médica predominantemente clerical, proclive con el tiempo a someter la ciencia médica a la religión, pero la Iglesia medieval lo conjuró de dos maneras: por un lado, apoyando la creación de escuelas de medicina -como la célebre Escuela de Salerno donde los médicos laicos eran mayoría dominante, y promoviendo luego la creación de facultades de medicina en las universidades; por otro, prohibiendo en diversos concilios el ejercicio de la medicina a los clérigos. El resultado fue que, a partir del siglo XII, la medicina era enseñada y practicada sobre todo por cristianos laicos.

d) Indudablemente, tampoco este periodo está exento de puntos oscuros. El más destacable de ellos, por lo que se refiere al tema que nos ocupa, es el hecho de que el desarrollo del sistema cristiano de sanidad se realizó interpretando las exigencias éticas de la asistencia exclusivamente desde lo que la bioética actual llama el principio de beneficencia²¹, y sólo desde este principio, pues fue considerado suficiente para cumplir el mandato evangélico. La historia posterior demostró, sin embargo, lo insuficiente de tal apreciación²². Puesto que la caridad ha de ser ilimitada para un cristiano, no se le pusieron toques máximos, pero tampoco mínimos. La Iglesia creó y desarrolló una sólida estructura asistencial, pero no supo, o no pudo, o no creyó necesario convertir la beneficencia en criterios y normas objetivas de justicia, que obligaran tanto a las estructuras políticas y sociales como a los individuos. Promovió una ética de máximos -del ideal de la virtud, de la sanidad heroica- mucho más que una ética de mínimos, exigible a todos. Y la experiencia histórica ha demostrado con creces que ambas modalidades éticas son necesarias en el planteamiento y realización de la asistencia sanitaria.

La asistencia subsidiaria de la Iglesia en el mundo moderno

El mundo moderno, nacido del Renacimiento europeo, modificó no poco el sistema sanitario medieval, haciéndolo evolucionar hacia unos planteamientos muy diversos. El comportamiento de la Iglesia y sus instituciones asistenciales frente a tal evolución aporta también unas lecciones que conviene no ignorar.

La causa fundamental de dicha evolución fue de orden político: el abandono definitivo del ideal del imperio universal bajo la tutela de las dos coronas -terrena y espiritual, del emperador y del papa- y el consiguiente fortalecimiento de los estados nacionales. Tal fortalecimiento impulsó a los estados europeos a desarrollar sus estructuras políticas y sociales con mayor independencia de la Iglesia, aunque en estrecha colaboración con ella hasta finales del siglo XVIII, momento en el que comenzó definitivamente a cuartearse la estructura política del antiguo Régimen, por el impacto de las revoluciones americana (1776) y francesa (1789).

Así fue cómo la asistencia sanitaria fue pasando del control de la iglesia al control del Estado, haciéndose aquélla poco a poco subsidiaria de éste en dicho campo. La asistencia, de ser considerada ante todo una obra de misericordia y un signo de perfección cristiana, se fue convirtiendo en un asunto de gestión y competencia política.

La mejor lección que aportó la Iglesia durante este periodo fue su capacidad de adaptación a las nuevas circunstancias, para seguir cumpliendo el imperativo de la caridad, y también su capacidad de compensar diversas carencias y defectos estructurales de la incipiente sanidad civil. El vigor del espíritu asistencial del evangelio tuvo entonces su máximo exponente en el nacimiento de nuevas formas de vida religiosa, surgidas específicamente para asumir tareas asistenciales. Fue la obra de cristianos como Juan de Dios, Camilo de Lelis y Vicente de Paúl, que suscitaron una nueva figura en el campo de la sanidad: la del religioso y la religiosa sanitarios, que buscaban integrar en su persona y en su modo de asistir la caridad cristiana y la competencia técnica, haciendo de ésta un signo y un vehículo de aquélla.

Estos nuevos sanitarios -que en su gran mayoría no eran clérigos, sino hermanos²³- contribuyeron notablemente a dotar de mayor calidad la asistencia hospitalaria, por su esmero en humanizar el trato al enfermo, tanto en su relación directa con él, como en la mejora de las condiciones materiales de habitabilidad e higiene de los hospitales donde realizaban su labor. En nombre, una vez más, de la caridad, supieron pacientemente llevar a cabo lo que en la jerga pseudotécnica actual se denomina

²¹ Cf. D. Gracia Guillén en Fundamentos de Bioética. Ed. Eudema, Madrid 1989, p. 15.26-104 y otras.

²² Baste leer la descripción y comentarios que P. Laín Entralgo hace de este punto en sus obras antes citadas, y en La medicina actual Ed. Dossat, Madrid 1981, p. 97-99.

²³ Entre otros motivos, para soslayar la prohibición canónica, dirigida a los clérigos, de practicar la medicina (cf. Il. 2. 4. c).

pomposamente optimizar los recursos en beneficio del usuario. Entraron a organizar y practicar la asistencia, como subsidiarios del Estado, en los hospitales civiles. Pero, como esos nuevos hospitales distaban mucho de cubrir las necesidades existentes, iniciaron la fundación de hospitales privados, destinados a los enfermos más necesitados y desasistidos, a los que no llegaban las prestaciones sanitarias del Estado.

Desde Juan de Dios hasta Teresa de Calcuta, los religiosos y religiosas sanitarias han sabido combinar, al menos, tres cualidades de gran importancia en sanidad: sensibilidad social para acudir donde las necesidades asistenciales sean más acuciantes; calidad personal en el trato con los enfermos y gran eficacia en la administración y uso de los recursos puestos en sus manos. Con ello, han demostrado sobradamente dos hechos muy claros para quien sepa leer objetiva y desapasionadamente la historia de la sanidad. El primero es la evidencia de que la utopía del Estado sanitario es, por desgracia o por suerte, imposible de cumplir pues ya advirtió Jesús que a los pobres los tendréis siempre entre vosotros (Jn 12, 8), con lo que es claro que la función subsidiaria de la Iglesia -y de otras instituciones- siempre será necesaria, incluso en el orden de la salud biológica²⁴. El segundo, consecuencia del anterior, es la constatación de que la aplicación en sanidad del principio bioético de justicia no puede ser satisfactoria, si se deja a un lado el principio de beneficencia²⁵.

La medicalización y socialización de la sanidad

Desde finales del siglo XVIII puede percibirse con toda claridad que las ciencias se despegan de la tutela que sobre ellas ejercían la teología, la moral y la espiritualidad cristianas, así como del corsé ideológico y práctico impuesto por la medicina hipocrático-galénica. La Ilustración fue el movimiento cultural que llamó a la emancipación científica y, a su llamada, la ciencia descendió de los principios filosóficos universales al terreno de la experimentación directa de la realidad, ayudada por la nueva matemática. Éste fue el ambiente en el que la medicina se diversificó, especializó e inició la carrera de sus portentosas conquistas técnicas en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Su formidable despegue le llevó a ocupar el puesto hegemónico en la organización de la asistencia. El siglo XIX es el tiempo en el que se consolida la medicalización del hospital y, con ella, ya en nuestro siglo la de la sanidad, cuando ésta crece más en extensión y recursos disponibles, por la implantación de los seguros obligatorios de enfermedad y de los sistemas nacionales de sanidad.

Todo ello trajo consigo unas consecuencias que llegan hasta hoy, y son de todos conocidas por estar presentes en nuestra sanidad. Por tal motivo han sido ya descritas más detalladamente, y con mayor destreza de la que yo sería capaz, por otros ponentes de XVI Jornadas de Delegados. Además, su análisis y el pronóstico sobre sus repercusiones frente al inmediato futuro de la sanidad, y de la función propia de la Iglesia en él, es un cometido que la Campaña del Día del Enfermo 1992 pretende que sea realizado con la participación del mayor número posible de personas e instituciones. Creo, pues, que es hora de rematar este escrito ayudando a situar ese análisis y pronóstico con unos últimos apuntes.

Apuntes sobre aportaciones actuales y futuras

Los beneficios asistenciales que la sanidad actual está reportando a la humanidad sólo pueden ser discutibles para quien mire la realidad sanitaria con mentalidad maniquea o fundamentalista. No es ese el caso de la Iglesia y menos aún el de su vertiente pastoral, a la que pertenecemos los que estamos día tras día intentando establecer un entendimiento y una colaboración lo más sana, diáfana y fructífera

²⁴ Deseo recordar el uso que hizo de esta expresión, junto con la de salud biográfica, D. Gracia Guillén en su ponencia Modelos actuales de salud. Aproximación al concepto de salud Para ello remito al lector al texto de dicha ponencia, publicado en Labor Hospitalaria, n.º 219, p. 11-14.

²⁵ Esta afirmación es justo el revés de la aplicada en el capítulo anterior a la actuación sanitaria de la Iglesia en el periodo medieval: cf. 11. 4. d. y nota 21.

posible entre ambas instituciones. En nombre de nuestro amor compartido hacia una y otra, y partiendo de una historia que ofrece lecciones muy aprovechables, vayan finalmente unas cuestiones dirigidas a la sanidad desde el interior de la Iglesia:

a) La primera cuestión va dirigida a plantear la revisión de la utopía sanitaria y médica. Ante una sanidad y una medicina que a lo largo del siglo pasado y del presente, de ser instrumentos cada vez más eficaces al servicio de la salud humana, se han ido convirtiendo en sistemas ideológicos predicadores de la utopía científica y de caminos de perfección²⁶ y salvación, cabe preguntarles si la visión histórica de su actuación en nuestro tiempo no debe impregnar a ambas de una sana humildad, que les lleve a renunciar a pretensiones cuasirreligiosas. Habrá que volver sobre este punto en la última cuestión.

b) La segunda cuestión tiene que ver con el destinatario de la sanidad. Sólo a partir de Jenner y de los higienistas del siglo XIX la sanidad y la medicina comenzaron a ser efectivamente preventivas. Hasta entonces su objetivo histórico casi exclusivo fue la curación y, por ello, el enfermo su destinatario principal. Por razones de todos conocidas, predominantemente económicas, hoy una y otra están tratando de imponer los nombres de usuario o cliente a dicho destinatario. Sin negar que tal pretensión esté justificada por una serie de razones objetivas, y sin querer tampoco que la promoción de la salud sufra menoscabo alguno, cabe preguntarse: ¿Es ético reducir sistemáticamente al enfermo a la categoría de cliente o usuario, o bien, hasta qué punto puede serlo? ¿No se corre con ello un peligro cada vez mayor de que la sanidad subordine gravemente la dimensión humana al puro factor económico?

c) En tercer lugar hay que cuestionar también la evolución que está sufriendo la figura del sanitario. Desde el panorama que a lo largo de las etapas anteriores hemos ido esbozando, la historia insiste una y otra vez en que el sanitario de primera línea asistencial, no sólo presta conocimientos y habilidades técnicas, sino que da de sí y echa sobre sí. Y la pregunta surge espontánea: teniendo en cuenta el punto de partida y las tendencias actuales de la sanidad ¿qué tipo de sanitario está promoviendo? ¿es acertada o equivocada tal promoción?

d) Conectada con la anterior, aunque también en parte independiente de ella, está la pregunta sobre los recursos de la sanidad. De los problemas que genera la provisión, planificación, gestión y control de recursos en la sanidad actual, todos hemos oído hablar mucho, pero quizá desde un punto de vista unilateral, que pone el acento en la vertiente presupuestaria y estructural de los mismos. Sin negar la absoluta necesidad de considerar tales vertientes, y mirando de nuevo a las lecciones de la historia, no queda más remedio que preguntar: siendo necesaria, ¿es suficiente esa consideración? ¿no está la sanidad actual minusvalorando los enormes recursos humanos que tiene a disposición, si sabe tratarlos bien, en el conjunto de sus ciudadanos y en sus propios sanitarios? ¿no está cayendo en la trampa de generar una espiral imparable de derroche económico, y también de energías humanas mal orientadas hacia la burocracia, por no atender a esos otros recursos?

e) Y entramos en las dos últimas cuestiones, las trascendentes. De ellas, la primera afecta a los fines. ¿hacia dónde camina la sanidad actual? Es indudable que el fin preponderante de la sanidad es la consecución del mayor grado de salud posible para los ciudadanos. Sin embargo, nunca la economía ha sido un factor tan determinante en la consecución de ese fin, ya lo hemos dicho. Pero, junto a la vinculación económica, está la vinculación política, hoy quizá más fuerte que nunca. La política en sus variantes de razón de Estado o razón de Partido. Sólo un apunte a este respecto: la concepción que refleje la práctica la sanidad actual del principio de subsidiariedad, y de quienes lo representan, será un buen test para contestar objetivamente a la pregunta sobre los fines. Pues el Estado, o el partido de

²⁶ No es una afirmación exagerada. Para corroborarla, basta recordar la definición que la OMS da de la salud y leer, por ejemplo, el comentario que hace P. Laín Entralgo en *La medicina actual*, p. 215-223.

turno en el gobierno, también es subsidiario de los ciudadanos y de quienes cuidan la salud de éstos. La segunda pregunta, y más propiamente trascendente, es la pregunta por el sentido. Ya ha sido esbozada en la primera cuestión pero, desde la óptica de la Iglesia, esa pregunta tiene que ver con su última aportación a la sanidad: la pastoral sanitaria, o de la salud. El camino de cualquier gran empresa social tiene un destino que, por serlo, está más allá de su situación actual en cada momento. Aquí la Iglesia, a través de su pastoral, tiene mucho que decir desde su comprensión de la dialéctica del ya sí, pero todavía no. Es la pregunta sobre el último sentido que puede darse a las realidades a las que la sanidad se dirige y trata. La pregunta sobre la índole de la utopía sanitaria y su alcance, dadas las disponibilidades con que se cuenta. La historia ofrece en este aspecto una doble lección: quienes han dado siempre, y siguen dando, el sentido último de las realidades de la vida son las creencias, y el mundo de las creencias es el mundo propio de la religión. Cuando ésta ha querido absorber a la medicina ha fracasado en su intento, pero también es cierto lo contrario, como lo demuestra la historia del último siglo y medio.

La Iglesia ofrece hoy a la sanidad no sólo su colaboración en el ejercicio de la asistencia, sino el sentido cristiano aplicable tanto a las situaciones límite de la vida, como a las tareas asistenciales cotidianas. Y en este momento ofrece a la sanidad su ayuda para contestar teórica y prácticamente las cuestiones arriba planteadas. La Iglesia pide a la sanidad el reconocimiento del valor terapéutico de su labor pastoral, entendida y practicada ésta desde la fidelidad a sus raíces, pero con el talante ecuménico que le inculcó Jesús de Nazaret. Y espera una respuesta inteligente y colaboradora.

N.º 223 / LABOR HOSPITALARIA