



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE TEOLOGÍA**

**DEPARTAMENTO DE TEOLOGÍA MORAL Y PRAXIS DE LA VIDA  
CRISTIANA**

**PASTORAL DE LA SALUD EN LAS FUENTES DE LA TEOLOGÍA MORAL  
PARA LA DIÓCESIS DE SAN FRANCISCO DE MACORÍS, REPÚBLICA  
DOMINICANA**

**Tesina de Licenciatura en Teología Moral y Pastoral**

**Autor:** Camilo Levis Paredes del Orbe

**Directora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. D<sup>a</sup>. María del Carmen Massé García

Madrid

Mayo 2021



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE TEOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE TEOLOGÍA MORAL Y PRAXIS DE LA VIDA  
CRISTIANA**

**PASTORAL DE LA SALUD EN LAS FUENTES DE LA TEOLOGÍA MORAL  
PARA LA DIÓCESIS DE SAN FRANCISCO DE MACORÍS, REPÚBLICA  
DOMINICANA**

Visto Bueno de la directora:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. D<sup>a</sup>. María del Carmen Massé García

Fdo.

Madrid

Mayo 2021

## Índice

<b>SIGLAS Y ABREVIATURAS .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y ACTUALIDAD DE LA PASTORAL DE LA SALUD EN LA DIÓCESIS DE SAN FRANCISCO DE MACORÍS .....</b>	<b>10</b>
1.1. La Diócesis de San Francisco de Macorís.....	11
1.1.1. Antecedentes históricos.....	11
1.1.2. Diócesis de San Francisco de Macorís hoy.....	12
1.1.3. Población de las tres provincias que conforman la Diócesis.....	15
1.1.4. Distribución porcentual de la población según edades .....	16
1.1.5. Centros sanitarios públicos por provincias: Camas y enfermos.....	18
1.2. Actualidad de la Pastoral de la Salud diocesana .....	20
1.2.1. Pastoral Social en sustitución de la Pastoral de la Salud.....	24
1.2.2. Centros sanitarios y realidad en la Diócesis.....	26
1.2.3. Iglesia diocesana y su actitud .....	30
<b>CAPÍTULO 2. LA PASTORAL DE LA SALUD EN LAS FUENTES DE LA TEOLOGÍA MORAL.....</b>	<b>32</b>
2.1. La atención pastoral y moral a los enfermos en la Biblia .....	33
2.1.1. Salud y enfermedad en el Antiguo Testamento (AT). La imagen del Buen Pastor .....	34
2.1.2. La atención pastoral a los enfermos en el Nuevo Testamento (NT). La imagen del Buen Samaritano .....	40
2.1.3. Dos modelos inspiradores: El Buen Pastor y el Buen Samaritano.....	47
2.2. La atención pastoral a los enfermos en la Tradición de la Iglesia.....	51
2.2.1. El monaquismo primitivo y la atención pastoral a los enfermos.....	52
2.2.2. Órdenes hospitalarias medievales y la atención pastoral a los enfermos .....	55
2.2.3. Transformación de la atención pastoral a los enfermos .....	56
2.3. La atención pastoral y moral a los enfermos en el Magisterio de la Iglesia.....	59
2.3.1. El Papa Juan Pablo II y la Pastoral de la Salud .....	63
2.3.2. Dos documentos de Juan Pablo II .....	63
2.3.3. La Pastoral de la Salud en América Latina y el Caribe.....	67
2.3.4. El Papa Francisco y la Pastoral de la Salud.....	69

<b>CAPÍTULO 3. PASTORAL DE LA SALUD PARA LA DIÓCESIS DE SAN FRANCISCO DE MACORÍS .....</b>	<b>77</b>
3.1. Reflexión teológico-moral y pastoral .....	78
3.2. Los tres horizontes de la salud: eje vertebrador de la Pastoral de la Salud .....	82
3.2.1. Prevención.....	84
3.2.2. Curación/sanación .....	89
3.2.3. Rehabilitación .....	94
3.3. Una propuesta para la Diócesis de San Francisco de Macorís .....	96
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>101</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>105</b>

A la Santísima Trinidad y a la Virgen, bajo la advocación de la Altagracia, porque me han llamado, cuidado, protegido y fortalecido en el ministerio sacerdotal sirviendo sin distinción de personas.

A mis padres: Dionisio Paredes Fermín (fallecido) y Sabina del Orbe Crucey, por ser mis primeros maestros poniendo las bases de una educación integral que hoy continúa dando sus frutos.

A mis hermanos, amigos, compañeros sacerdotes, profesores, directora de tesina, Universidad Pontificia Comillas, personal del Colegio Mayor y Seminario Pontificio Comillas, obispo y personas que con sus oraciones me han sostenido en la formación integral para servir mejor donde se me necesite.

Que Dios les siga colmando de abundantes bendiciones y continúe suscitando personas que, mediante la Pastoral de la Salud, llevando a la práctica sus tres horizontes: prevención, curación y rehabilitación, construyan un mundo más humano. La Virgen de la Altagracia interceda siempre por nosotros.

## SIGLAS Y ABREVIATURAS

AA	<i>Apostolicam Actuositatem</i>
AG	<i>Ad Gentes</i>
AT	Antiguo Testamento
CELAM	Consejo Episcopal Latinoamericano
Cf.	Compara, conferir
CIC	Catecismo de la Iglesia Católica
CL	<i>Christifideles Laici</i>
DoH	<i>Dolentium Hominum</i>
DV	<i>Dei Verbum</i>
DZ	<i>Denzinger, H.</i> , El Magisterio de la Iglesia
Ed.	Editor
EE. UU	Estados Unidos
GS	<i>Gaudium et Spes</i>
IDSS	Instituto Dominicano de Seguros Sociales
MM	<i>Mater et Magistra</i>
NT	Nuevo Testamento
RD	República Dominicana
RN	<i>Rerum Novarum</i>
SC	<i>Sacrosanctum Concilium</i>
SD	<i>Salvifici Doloris</i>
SELAC	Secretariado Latinoamericano de Cáritas
UASD	Universidad Autónoma de Santo Domingo
UCNE	Universidad Católica Nordestana
UCSD	Universidad Católica de Santo Domingo
UTE	Universidad de la Tercera Edad
Vol.	Volumen

Las citas bíblicas están con las siglas habituales.

## INTRODUCCIÓN

A través del tiempo el hombre se ha preocupado por cuidar de su vida y con ella de su salud. Por tal motivo, cuando la enfermedad llega se aúnan todos los esfuerzos para luchar contra el flagelo que nos afecta limitando nuestras posibilidades de actuar con normalidad en el abanico de posibilidades que la vida nos presenta. El cuidado de la salud se «entiende como todo aquello que se refiere a la prevención, al diagnóstico, a la terapia y a la rehabilitación, para mejorar el equilibrio y el bienestar físico, psíquico, social y espiritual de la persona»<sup>1</sup>.

Nosotros partimos de una realidad concreta para este tema de investigación; el cuidado de la salud frente a la enfermedad y cómo la Iglesia ha ido respondiendo a través del tiempo, teniendo siempre como protagonista al ser humano. Al observar la forma en cómo se ha venido viendo la Pastoral de la Salud, reduciéndola a la pastoral de enfermos, a nivel de nuestra acción pastoral nos hemos visto en la obligación moral de propugnar una praxis cristiana más performativa.

La elección de este tema siempre estuvo clara ya que sabíamos por dónde y hacia dónde queríamos ir. Las preguntas que siempre nos hacíamos respecto a la salud y a la enfermedad quedan respondidas en el transcurso del desarrollo de este trabajo de investigación. De igual modo se dan las respuestas progresivas de cuidado a los enfermos y la actitud que hacia ellos ha tenido la Iglesia como parte integrante de su misión.

El objetivo de este trabajo de investigación no es hacer un proyecto pastoral para la Diócesis de Francisco de Macorís en la República Dominicana, tampoco es hacer sugerencias desencarnadas de la realidad diocesana; no es llevar un modelo de la Pastoral de la Salud en Europa para que se aplique en la Diócesis de Francisco de Macorís. El objetivo es hacer una reflexión de la Pastoral de la Salud desde las fuentes de la Teología Moral que nos permita llegar a conclusiones fundantes y desde ellas poder hacer propuestas pertinentes para la aplicación pastoral.

---

<sup>1</sup> Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva Carta de los Agentes Sanitarios*, Trad. José Escobar (Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2017), 21.

Hemos querido basarnos en las fuentes epistemológicas del discurso moral: Biblia, Tradición y Magisterio de la Iglesia; porque garantizan y sustentan con claridad nuestras conclusiones y propuestas.

En cuanto a la estructura de este trabajo de investigación, en el primer capítulo titulado “Antecedentes históricos y actualidad de la Pastoral de la Salud en la Diócesis de San Francisco de Macorís”, presentamos los datos fundamentales de la historia de la Diócesis de Francisco de Macorís que nos permiten situarnos haciendo una visión retrospectiva. Sólo así se podrá comprender la realidad en la que se encuentra la Pastoral de la Salud. Al poner como base las informaciones de pasado y presente hemos visto que existen aspectos a superar. Por consiguiente, quisimos recurrir a las fuentes que nos permitieran profundizar en las búsquedas de soluciones a las problemáticas de la Pastoral de la Salud diocesana.

El primer capítulo nos llevó a buscar respuestas concretas. Así fue como recurrimos a continuar profundizando, planteando el segundo capítulo “La pastoral de la Salud en las fuentes de la Teología Moral”. En este capítulo buscamos plasmar la presencia de la Pastoral de la Salud en la Biblia, en la Tradición y en el Magisterio de la Iglesia. No obstante, debemos hacer la salvedad de que en el primero como en el segundo, salvo al final del segundo, no utilizamos la expresión Pastoral de la Salud. Hemos usado esa metodología para situarnos en el momento histórico para demostrar el cambio en el lenguaje.

Un tercer capítulo se hizo necesario para que nuestra investigación diera sus frutos. De esta forma dimos un paso más y surgió la tercera parte titulada “Pastoral de la salud para la Diócesis de San Francisco de Macorís”. Creemos que esta manera performativa expresa mejor nuestra intención de expresar que ya no es cuidado de los enfermos o pastoral de los enfermos, sino Pastoral de la salud. En este capítulo nuestra mayor propuesta son los tres horizontes de la Pastoral de la Salud: prevención, curación y rehabilitación. Esos horizontes permitirán que los tabúes sobre la Pastoral de la Salud se puedan disipar o desterrar de la acción pastoral diocesana.

La idea de esta propuesta, que consideramos apremiante, tiene sus orígenes en Arnaldo Pangrazzi quien en la introducción de su libro: “La pastoral de la salud. Sanación global”<sup>2</sup>,

---

<sup>2</sup> Arnaldo Pangrazzi, *La Pastoral de la Salud. Sanación global*, (Santander: Sal Terrae, 2013), 7. (A partir de ahora Pangrazzi).



plantea los tres horizontes, aunque no los desarrolla en lo sucesivo de la obra por lo que vimos una oportunidad de profundizar en las mismas ya que están presentes en la pastoral diocesana, pero no organizadas de acuerdo con la Pastoral de la Salud.

Finalmente, la motivación para esta tesina nace de varias experiencias. La primera es el trato con los enfermos que desde la niñez hemos tenido, la segunda es la especialidad en Teología Moral y Pastoral en la Universidad de Comillas y la tercera es nuestra experiencia práctica con los tres horizontes de la Pastoral de la Salud, aunque no los conocíamos. Desde pequeños vimos a nuestra madre y a familiares pasar por la enfermedad, luego recuperaron la salud lo que conllevó mucho esfuerzo de todos los miembros de la familia y vecinos.

Al venir a Europa a especializarnos en Teología Moral y Pastoral en esta Universidad Pontificia Comillas nuestra intención siempre ha sido formarnos mejor para servir mejor a la Iglesia. Es por ese motivo por que quisimos elegir un tema que fuera práctico y aplicable a la vida cotidiana. Por eso la propuesta que hacemos de la Pastoral de la Salud para la Diócesis de San Francisco de Macorís no es algo que se quedará en los papeles, sino que será aplicado en nuestra pastoral, ahora con mayor conocimientos, diligencia y dedicación estratégica.

## **CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y ACTUALIDAD DE LA PASTORAL DE LA SALUD EN LA DIÓCESIS DE SAN FRANCISCO DE MACORÍS**

Al iniciar este primer capítulo, nuestro objetivo es presentar de manera sintética la realidad de la Diócesis de San Francisco de Macorís. Es así como podremos justificar el por qué es urgente la Pastoral de la Salud, para una mayor eficiencia pastoral diocesana desde una fundamentación teológica sólida en sus dimensiones moral y pastoral, ya que es una cuestión vertebral para una evangelización que responda a la realidad del hombre y de la mujer de hoy y de mañana.

En este primer apartado, pretendemos dar inicio planteando la realidad, que es la base principal en la que nos sustentamos, para poder partir de las herramientas del conocimiento actual, y actuar presentando soluciones factibles aplicables a la problemática en cuestión.

Este capítulo inicial lo hemos dividido en dos partes: la primera consta de cinco subtítulos comenzando con los antecedentes históricos; a continuación, le suceden: Diócesis de San Francisco de Macorís hoy; población de las tres provincias que conforman la Diócesis; distribución porcentual de la población según edades; centros sanitarios por provincias: camas y enfermos. Con ellos lo que buscamos es presentar la realidad de nuestra Diócesis y sus necesidades sanitarias y espirituales.

La segunda parte consta de cuatro acápites que son continuación de los anteriores; el primero, actualidad de la Pastoral de la Pastoral de la Salud diocesana, seguido de, Pastoral Social como sustitución de la Pastoral de la Salud; centros sanitarios y realidad en la Diócesis, y finalmente; Iglesia diocesana y su actitud. En ellos se puede apreciar la no existencia de la Pastoral de la Salud, la sustitución de esta, las condiciones en las que se encuentran los centros sanitarios de la Diócesis y la actitud adoptada por la Iglesia diocesana.

Cada acápite irá describiendo con diversas informaciones los aspectos sobre la Diócesis, la población de las tres provincias y sus características, necesidades, centros sanitarios, camas y enfermos, Pastoral de la Salud, entre otros.

## **1.1. La Diócesis de San Francisco de Macorís**

### *1.1.1. Antecedentes históricos*

La Diócesis de San Francisco de Macorís fue creada el lunes 16 de enero de 1978; actualmente, cumplió 42 años. Es una Diócesis joven. Su jurisdicción abarca los territorios de las provincias: Duarte, María Trinidad Sánchez y Samaná. Su población aproximadamente era de 450.000<sup>3</sup> habitantes para 16 parroquias: Catedral Santa Ana, Santa Rosa de Lima, San Martín de Porres, San José, Nuestra Señora del Carmen, San Isidro Labrador (todas en el municipio de San Francisco de Macorís), y San Juan Bautista en el municipio de Pimentel.

Las otras parroquias eran: San Isidro Labrador en el municipio de Castillo, San Antonio de Padua en el municipio de Villa Riva, Nuestra Señora de la Altagracia, Santísima Trinidad y Santa María Reina en el municipio de Nagua, Santa Cruz en el municipio de Cabrera, San Juan Bautista en el municipio de Río San Juan, Nuestra Señora del Rosario en el municipio de Sánchez y Santa Bárbara en el municipio de Samaná.

En la misma fecha, en la que fue erigida la Diócesis de San Francisco de Macorís, el Santo Padre nombró Obispo y Pastor a Nicolás de Jesús López Rodríguez. A él le tocó diseñar, con su equipo de trabajo, las pastorales prioritarias de la Diócesis: Pastoral Campesina, Pastoral Juvenil, Obras Diocesanas de las Vocaciones Sacerdotales, Pastoral de las Comunicaciones, Ministerios y Movimientos Apostólicos, Evangelización y Catequesis.

Como se puede apreciar la Pastoral de la Salud no se apreció como necesaria en ese momento de la historia diocesana. Las prioridades eran otras y las circunstancias distintas a lo que se puede ver en la actualidad. Transcurrido el tiempo, tampoco se observa que haya sido incluida, como preponderante, en el accionar de la evangelización de la Iglesia local.

En otro orden, al momento de su creación, la Diócesis tenía un total de veinticinco sacerdotes de los cuales tres eran diocesanos nativos (Mons. Wilfredo Mercedes, Manuel Vicente de Castros y Bienvenido Hernández), cinco diocesanos extranjeros, diecisiete extranjeros Misioneros del Sagrado Corazón de Jesús y Paúles; cuarenta seminaristas; cincuenta y tres

---

<sup>3</sup> Diócesis de San Francisco de Macorís, República Dominicana, consultada el 2 de noviembre 2019, <https://www.diocesisdesanfranciscodemacorís.com/index.php/2013-05-22-08-35-26>.

religiosas; cuarenta y seis animadores de asamblea y doscientos setenta y cinco en proceso de formación; setecientos catequistas y otros muchos colaboradores.

### *1.1.2. Diócesis de San Francisco de Macorís hoy*

Iniciamos este acápite aprovechando la oportunidad para manifestar las diversas necesidades tanto en el plano sanitario como en el espiritual. La distinción de las necesidades aclarará con mayor especificidad las diferentes informaciones que se sucederán a lo largo de este capítulo y que sustentan a las mismas.

En el aspecto sanitario encontramos que hace falta: 1) Invertir más recursos económicos en el sector salud por parte de las autoridades gubernamentales; 2) humanizar los hospitales para que haya una eficaz relación médico-paciente; 3) inclusión de más personas en el Seguro Nacional de Salud; 4) la construcción de un hospital regional, así como también, el equipamiento actualizado de los hospitales existentes; 5) dar una remuneración a tiempo y justa a los médicos incluyendo al personal que labora en los centros de salud.

Las necesidades espirituales van de la mano de las necesidades sanitarias, es decir, es un trabajo conjunto el que se debe hacer. Por tal motivo, queremos presentarlas desde 3 dimensiones que han de partir de una formación continua: solidaria, comunitaria y político-institucional<sup>4</sup>. No obstante, debemos especificar: 1) El acompañamiento espiritual a los enfermos; 2) asistencia a los familiares; 3) administración de los sacramentos; 3) disposición de capellanes y personas voluntarias para la labor en los centros asistenciales de salud; 5) dar valor a la Pastoral de la Salud y entidad propia, con un diseño propio que responda a las diversas necesidades.

Ya planteadas las necesidades damos un paso más y nos percatamos que, en la actualidad, al cabo de 42 años de su fundación, es mucho el crecimiento y desarrollo diocesano, la muestra se manifiesta en los siguientes datos:

---

<sup>4</sup> No desarrollaremos cada una de ellas para no redundar ya que están desarrolladas en el acápite: Centros sanitarios y realidad en la Diócesis.

**Tabla 1. Actualidad diocesana**

<b>Parroquias</b>	48
<b>Comunidades</b>	610
<b>Población</b>	772.000
<b>Sacerdotes diocesanos</b>	48
<b>Sacerdotes religiosos</b>	13
<b>Díaconos permanentes</b>	94
<b>Seminaristas</b>	56
<b>Religiosas</b>	63
<b>Animadores de asamblea</b>	704
<b>Catequistas</b>	7.503

Las 48 parroquias diseminadas en tres provincias junto con sus 610 comunidades funcionan piramidalmente siendo el obispo el primer responsable de la Diócesis con sus respectivas parroquias. En cada parroquia hay un sacerdote responsable o párroco; éste es un delegado del obispo.

El territorio parroquial se encuentra dividido en comunidades donde cada comunidad tiene al frente un responsable que coordina. A su vez la comunidad se subdivide en pequeñas comunidades para poder llegar a más personas donde se dan oportunidades para que todos tengan responsabilidades.

La población asciende a 772.000 habitantes concentrándose la mayor parte en las zonas urbanas. Las ciudades más pobladas son las capitales de las provincias: San Francisco, Nagua y Samaná. El hecho de que la mayor concentración de población se localice en las ciudades se debe a las facilidades que ofrecen para el desarrollo y una mejor calidad de vida. No obstante, se puede pernotar ciertas zonas al margen de estas de hacinamiento y con abundantes precariedades.

En otro orden, los 48 sacerdotes diocesanos se encuentran, en su mayoría, uno por parroquia. Aquí debemos puntualizar que ellos se encuentran bajo la autoridad del obispo y su carisma es trabajar con todos los movimientos y apostolado. En tal sentido, por tener un tiempo de duración más extenso en las parroquias los proyectos pastorales se pueden desarrollar con mayor seguimiento.

Los 13 sacerdotes religiosos viven en 6 parroquias; esto se debe a que ellos deben vivir en fraternidad sacerdotal comunitaria, lo contrario a lo que sucede con los sacerdotes

diocesanos. La duración de los sacerdotes religiosos en una Diócesis determinada se establece por medio a un contrato de permanencia firmado entre el superior de la comunidad religiosa y el obispo. Vencido el tiempo se sopesa si deben continuar o no en su labor pastoral en la jurisdicción diocesana.

Como colaboradores del obispo y coordinados por los párrocos se destacan los 94 diáconos permanentes. Ellos se encargan de asistir a los sacerdotes en las diversas actividades. Su función de diaconía la desarrollan realizando actividades delegadas por los párrocos, tales como son: bautizos, bodas, catequesis visitas a enfermos, dirección de un movimiento eclesial o pastoral específica, entre otras actividades.

Las 63 religiosas desempeñan sus pastorales en asilos de ancianos, hospitales, parroquias y colegios. Una de las congregaciones religiosas que presta sus servicios en los hospitales son las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Ellas se especializan en dar las debidas atenciones, en coordinación con el cuerpo sanitario, a los enfermos y necesitados. Las Hermanas del Perpetuo Socorro se encargan de dar catequesis y formar a las personas para que sean multiplicadoras de lo aprendido. Así mismo, Las Hijas de la Caridad del Cardenal Sancha desempeñan sus labores en la formación académica en los colegios La Altagracia y La milagrosa.

Los 704 animadores se encargan de dirigir las comunidades y como su nombre lo indica deben animarlas con la celebración de la Palabra según lo permitan las circunstancias. Deben ser motivadores de las pastorales y movimientos eclesiales existentes bajo su responsabilidad. De igual modo, su deber se extiende a informar al sacerdote las carencias espirituales y físicas de la comunidad.

Los catequistas son el mayor número, 7.503; éstos tienen la misión de instruir en la fe a niños, adolescentes, jóvenes y adultos. Cada tiempo se dan los cursos de formación y actualización catequética para los dirigentes los cuales a su vez se convierten en multiplicadores para sus diferentes grupos parroquiales y comunitarios.

Además, ha existido un crecimiento notable en las diversas áreas de pastoral. Crecimiento en las diversas organizaciones y movimientos apostólicos como son: Cursillistas de Cristiandad,

Hermanidad de Emaús, Renovación Carismática en el Espíritu Santo, Legión de María, Apostolado de la Oración, Movimiento Escoge, entre otros<sup>5</sup>.

En el momento presente, el obispo es Mons. Fausto Ramón Mejía Vallejo, quien fue designado como tercer obispo de San Francisco de Macorís, el 31 de mayo de 2012, y era hasta ese momento rector de la Universidad Tecnológica del Cibao (UCATECI), La Vega.

### 1.1.3. Población de las tres provincias que conforman la Diócesis

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010<sup>6</sup> las tres provincias que conforman la Diócesis de San Francisco de Macorís tenían un total de 531.993 habitantes de ellos un 70% profesa la religión cristiana católica. En los últimos treinta años, el número de los protestantes ha crecido por diversas causas, de las que podemos citar el descuido en la evangelización, de forma ineficiente, en los ambientes de los centros asistenciales de salud.

**Tabla 2. Habitantes según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2010**

Provincia	Habitantes aprox.		
	Mujeres	Hombres	Total
<b>Duarte (San Francisco de Macorís)</b>	142.150	147.424	289.574
<b>María Trinidad Sánchez (Nagua)</b>	68.424	72.501	140.925
<b>Samaná</b>	49.088	52.406	101.494

La provincia Duarte o San Francisco de Macorís se sitúa en categoría número 3 siendo la tercera capital de la República Dominicana. Es la sede de la diócesis que lleva su mismo nombre y se presenta como una de las diócesis del país con mayor permanencia en la religión

<sup>5</sup>Estos datos históricos nos permiten situarnos al momento de conocer la realidad de nuestra Diócesis perteneciente a la Arquidiócesis de Santiago de los Caballeros y una de las 5 Diócesis que la conforman. (Puntualizamos que, en la República Dominicana hay dos Arquidiócesis: “la de Santo Domingo en el sur del país, 6 Diócesis y la de Santiago de los Caballeros en el norte con 5 Diócesis; juntas suman 11 Diócesis. El total de las Parroquias que componen las dos Provincias Eclesiásticas asciende a 628), consultada el día 2 de noviembre de 2019. *Ibíd.*, [www.diocesisdesanfranciscodemacorisis.com/index.ph/2013-05-22-08-35-26](http://www.diocesisdesanfranciscodemacorisis.com/index.ph/2013-05-22-08-35-26).

<sup>6</sup> “República Dominicana IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010”. En la República Dominicana se proyecta para que cada diez años se realice el Censo Nacional de Población y Vivienda, razón por la cual los datos son del 2010 porque aún no se ha ejecutado el censo del 2020, consultada el día 2 de noviembre de 2019. <http://sicen.one.gob.do/>.

católica. En los últimos 15 años de los 8 nuevos obispos la mayoría salieron del clero de la Diócesis de San Francisco de Macorís. Posee un hospital regional y 66 clínicas urbanas y rurales<sup>7</sup> según presentan los indicadores de las instalaciones sanitarias en el año 2006 de la provincia Duarte.

En el plano diocesano en un segundo lugar se encuentra la provincia María Trinidad Sánchez cuya capital es Nagua. Por ser zona costera, su crecimiento poblacional y las oportunidades de calidad de vida que ofrece mediante el turismo y las industrias a los pobladores se constituye en una de las ciudades prometedoras para el desarrollo integral de los moradores.

Por último, la provincia Samaná está ubicada en la península que lleva su nombre. Su gran producción es el turismo. Es la ciudad más distante de la Diócesis. Tiene cuatro parroquias que conforman su territorio y tres hospitales públicos que sirven de ayuda a los más necesitados. La asistencia sanitaria es muy limitada por lo que deben recorrer grandes distancias para ir donde un especialista para recobrar la salud.

#### *1.1.4. Distribución porcentual de la población según edades*

La realidad mundial va demostrando que con el auge de la globalización y el cambio de roles sociales la disminución de las familias numerosas es más imperante que hace 40 años atrás. Por consiguiente, ha existido un incremento de la población adulta en comparación con las otras edades<sup>8</sup>.

La población de 0-4 ascendía en el año 2002 a 11.4 y su descenso 8 años después, en el 2010 fue de 9.5 [Tabla 3]. Se nota la diferencia de un 1.9. La población cuya edad se encuentra entre los 5-9 en el 2002 era de 11.4, similar a la de 0-4; ya para el 2010 había descendido a 9.9, es decir, un 1.5.

---

<sup>7</sup> Departamento de estadísticas, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), consultado el 8 de septiembre 2020, <https://www.one.go.do/Multimedia/Download?ObjId=4582>.

<sup>8</sup> Informe general. “República Dominicana IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010”, Vol. I, consultada el día 2 junio 2020, <https://www.one.gob.do/censos/población-y-vivienda>.



**Tabla 3. Población según edades 2002-2010**

Edades	Año	
	2002	2010
<b>Total: 100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
0-4	11.4%	9.5%
5-9	11.4%	9.9%
10-14	11.2%	10.3%
15-19	9.8%	10.4%
20-24	9.2%	9.3%
25-29	8.0%	8.1%
30-34	7.5%	7.5%
35-39	6.9%	6.7%
40-44	5.6%	6.1%
45-49	4.4%	5.3%
50-54	3.9%	4.3%
55-59	2.7% %	3.4%
60-64	2.4%	2.8%
65-69	1.8%	2.0%
70-74	1.6%	1.7%
75 y más	2.2%	2.6%

Las personas con edades de 10-14 para el 2002 eran de 11.2 y en el 2010 descendía a 10.3, es decir, un 0.9. De igual modo, los que pertenecían a las edades 15-19 tenían un porcentaje de un 9.8 y para el 2010 ascendía a 10.4, es decir, subió un 0.6. La población de 20-24 era de un porcentaje de 9.2 en el 2002 y para el 2010 se situaba en 9.3, subiendo un 1.0.

La población de 25-29 en el 2002 se encontraba en un 8.0; mientras que para el 2010 había ascendido un 1.0 situándose en 8.1. Las edades comprendidas entre los 30-34 tanto en el 2002 como en el 2010 se mantuvieron estables con un 7.5 en esos años.

Es una tendencia recurrente el pernotar que la población de niños y adolescentes se ha reducido en los últimos años, en comparación con otros años; pero hacemos el énfasis en los años 2002-2010 porque aquí es donde se produce el mayor cambio:

«La tendencia de la población dominicana a presentarse cada vez más envejecida tiende a acentuarse en el 2010. De acuerdo con los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. Los menores de 5 años constituían una porción inferior al 10% (9.5%), mientras que el grupo de menores de 15 años se concentraba alrededor del 30% de la población. En contraste, la población de 65 años y más superaba el 6% (6.3%) y el grupo de 75 y más concentraba una proporción cercana al 3% (2.6%)»<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> *Ibíd.*

En la medida en la que el número de nacidos es menor se va incrementando el número de personas con mayor edad. No obstante, aunque ha descendido el número de hijos por parejas en los últimos años, los nacimientos superan los números de defunciones; ello implica que prevalece el 9.5% de la población de 65 años y más superando el 6% (6.3%).

#### *1.1.5. Centros sanitarios públicos por provincias: Camas y enfermos*

La atención sanitaria en la República Dominicana está organizada desde dos vertientes; el sector sanitario público y el sector privado. El sector público lo coordina el presidente de la nación con sus funcionarios, es el Ministerio de Salud Pública (MSP)<sup>10</sup> que es de acceso para toda la población, especialmente los de menores recursos económicos. Como organismo rector vela por la asistencia del sector sanitario a nivel nacional. En el sector público hay dos sistemas: el socializado y el de Seguridad Social.

Según las estipulaciones el socializado debe cubrir las necesidades del paciente en cualquier centro sanitario, pero en la realidad, el paciente termina pagando los suministros y servicios médicos. No obstante, el Sistema de Seguridad Social está destinado para los trabajadores que ganan menos de RD\$ 4.000.00 (pesos dominicanos) a la quincena, que es el equivalente a 58,6€(euros).

El sector privado tiene mayores comodidades, no obstante, todos los gastos por los servicios que se prestan en las clínicas corren por cuenta del paciente. En este caso las aseguradoras de salud juegan un papel importante. En los momentos en los que se presenta una emergencia de salud lo primero que preguntan es si se posee un seguro médico para poder proceder como es debido.

Las atenciones en el sector público y en el privado tienen una gran diferencia, debido a que las condiciones del sector privado son más diligentes e integrales al momento de recobrar la salud. Sabiendo que todo esto está basado en que los servicios de esta salud de calidad tienen un precio económico del cual no se puede precisar al momento de recurrir a estos centros sanitarios.

---

<sup>10</sup> El Ministerio de Salud Pública es el encargado de garantizar el acceso equitativo a servicios integrales de salud con calidad, promoviendo la producción social de salud, a través del ejercicio de la rectoría y funciones esenciales de la salud pública, para satisfacer las necesidades de la población, con énfasis en los grupos prioritarios, consultada el día 2 de septiembre 2020, [https://www.msp.gob.do/web/?page\\_id=249](https://www.msp.gob.do/web/?page_id=249).

Las compañías aseguradoras<sup>11</sup> de salud son diversas y según se perciba económicamente así será la aseguradora, es decir, algunas tienen más coberturas que otras. Aunque son diversas las compañías aseguradoras de salud hay 10 que son las más destacadas: Humano, La Colonial, Sura, Mapfre BHD (Banco Hipotecario Dominicano), General de Seguros, La Monumental, Scotia, Seguros Universal, Reservas y Woldwide.

Lo que hoy conocemos como empresas aseguradoras de salud en la República Dominicana ha pasado por todo un proceso gradual. El 14 de enero de 1949 se promulgó la primera ley sobre Seguros Sociales marcada con el no. 1896<sup>12</sup>. Es en el año 1971 cuando se promulga la ley 126 sobre seguros sociales de la República Dominicana. Es decir, la evolución de la seguridad sanitaria ha ido mejorando de año en año según la ley de oferta y demanda imperante en el mercado.

Afianzamos lo planteado hasta hace unos instantes presentando a nivel nacional las provincias, los centros sanitarios y el número de camas, no obstante, la cantidad de enfermos atendidos o en proceso de recuperación de su salud es un dato que no arrojan los diversos censos consultados.

**Tabla 4. Cantidad de camas existentes, en el 2012, en el sector público según provincias en la República Dominicana<sup>13</sup>**

Provincias	MSP	IDSS <sup>14</sup>
<b>Total</b>	<b>10.777</b>	<b>1.020</b>
<b>Duarte</b>	<b>498</b>	<b>26</b>
<b>María Trinidad Sánchez</b>	<b>181</b>	<b>22</b>
<b>Samaná</b>	<b>188</b>	<b>0</b>

<sup>11</sup> Jairon Severino- Santo Domingo, 16 de enero de 2018, consultado el 2 de septiembre de 2020. Severino es periodista. Director-fundador del periódico elDinero. Egresado de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Fue editor de economía de Listín Diario. Tiene Maestría en Liderazgo Organizacional, por Humboldt International University, Miami, EE. UU.; Habilitación Docente en UTE (Universidad de la Tercera de la Edad) y Diplomático Económico por el Banco Central y la Universidad Católica de Santo Domingo (UCSD), consultada el día 2 de septiembre de 2020, <https://www.eldinero.com.do/53336/las-aseguradoras-dominicana-con-mas-solvencia-y-liquidez/>

<sup>12</sup>Fernando A. Ballista Díaz. Consultor Empresarial y Seguros, consultada el día 2 de septiembre 2020, <https://visionseguros.info/historia-evolucion-base-legal-seguros/>

<sup>13</sup> En esta ocasión queremos puntualizar sólo sobre las tres provincias que conforman el territorio de la Diócesis de San Francisco de Macorís. Los datos proceden del número de camas del sector público de salud en la República Dominicana en 2012, consultada el día 2 de septiembre de 2020. <https://www.one.gob.do/sociales/salud>

<sup>14</sup> Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS). Es el organismo del Estado Dominicano encargado de regular los seguros de salud en la prestación de servicios a los trabajadores de escasos recursos económicos.

La tabla nos presenta la cantidad de camas que el sistema nacional de sanidad cuenta en las diferentes provincias. Provincia es una división territorial por la que se encuentra demarcado un estado o país. En algunos países la terminología de provincia cambia por la de barrio u otro concepto similar. En lo que respecta a la República Dominicana, cuenta con 31 provincias y un Distrito Nacional.

El total de camas, para una nación que cuenta con 31 provincias y un Distrito Nacional, es de 10.777 de las cuales sólo 1.020 camas son para los trabajadores que están asegurados en el Instituto Dominicano de Seguros Sociales.

En este acápite lo que nos interesa es manifestar la disparidad existente entre el número de camas y la cantidad de beneficiarios por provincias. Por tal motivo, queremos hacer énfasis, sobre todo, en las provincias que componen el territorio de la Diócesis de San Francisco de Macorís.

Por consiguiente, las provincias en cuestión: Duarte, María Trinidad Sánchez y Samaná; presentan condiciones similares a lo que presenta el panorama general. La provincia Duarte posee en el sector público 498 camas y 26 camas para beneficiarios asegurados por el Instituto Dominicano de Seguros Sociales.

La provincia María Trinidad Sánchez, segunda en extensión en el ámbito diocesano, cuenta con 181 y 22 trabajadores beneficiarios del Instituto Dominicano de Seguros Sociales. De igual manera, la provincia Samaná posee 188 camas y no cuenta con asegurados en el Instituto Dominicano de Seguros Sociales.

## **1.2. Actualidad de la Pastoral de la Salud diocesana**

No existe una atención sanitaria diocesana debidamente estructurada en el vasto campo del quehacer diocesano; no obstante, hay vestigios dispersos de esta pastoral a lo largo y ancho de la geografía diocesana.

A nivel diocesano, funciona la Pastoral Social que algunos confunden, por su rol social, con atención sanitaria. Cada parroquia posee un sinnúmero de personas que visitan a los enfermos en sus casas llevándoles la Eucaristía. Se ha creído que ayudar con medicinas, hacer operativos médicos y facilitar recursos económicos a algunas personas necesitadas es Pastoral de la Salud. En eso radica la mayor parte de la confusión.

A nivel de la Conferencia del Episcopado Dominicano existe una comisión que en los últimos años ha ido haciendo esfuerzos para que en las diversas Diócesis se formen comisiones de la Pastoral de la Salud. Las Arquidiócesis de Santo Domingo y la de Santiago son las que tienen en funcionamiento las comisiones de la Pastoral de la salud.

Cuando este proceso tuvo sus inicios la mayoría de los centros asistenciales y farmacias estaban a mucha distancia de la mayor parte de la población, por lo que les era más fácil dirigirse a la parroquia y encontrar lo que necesitaban, sobre todo, a un precio módico.

Los Consultorios Médicos tienen su funcionamiento en el centro parroquial, donde les es más fácil al personal de salud llegar y prestar sus servicios a la población sin que ello implique un mayor sacrificio ni para los doctores y enfermeras, ni mucho menos para las personas que acuden a ellos.

Las Boticas Comunitarias tienen su funcionamiento en algunas casas específicas de la comunidad. La persona encargada tiene un proceso de formación para poder dirigir y prestar un mejor servicio. Cada cierto tiempo hay formación para ese personal por parte de los profesionales de la salud, llevando con esto actualización y credibilidad a los usuarios.

En este sentido, consideramos de mucha importancia los aspectos siguientes por ser fundamentales en la comprensión de la realidad diocesana y la atención pastoral sanitaria:

#### *A) Puntualizaciones*

En el 2001, el Modelo de Situación de la Diócesis de San Francisco de Macorís, cumpliendo con los objetivos del Tercer Plan de Pastoral de la República Dominicana, señalaba que se había intentado formar la Comisión Diocesana de Pastoral de la Salud al margen de la Pastoral Social, pero no había sido posible, permaneciendo la estructura que había creado Cáritas: Pastoral Social, Dispensarios Médicos Parroquiales, Boticas Comunitarias y agentes de pastoral que acompañan a los enfermos y familiares<sup>15</sup>.

Otra de las puntualizaciones que podemos citar es el desconocimiento de lo que significa atención sanitaria en su esencia, para el clero diocesano y los fieles, ya que se confunde con

---

<sup>15</sup> Cf. Diócesis de San Francisco de Macorís, *Modelo de Situación* (Vicaría de Pastoral: San Francisco de Macorís 2001), 107.

las visitas y el servicio a los enfermos. Se cree que esta pastoral no es integral e inclusiva, cuando es todo lo contrario.

### *B) Observaciones*

La atención sanitaria tiene que contar con el apoyo incondicional del clero en sentido general, siendo el obispo el primer y último responsable de que su funcionamiento sea un éxito para el bien y la salvación de las almas que es el objetivo del accionar de la Iglesia en el mundo.

Por consiguiente, ante la no existencia formal de la atención sanitaria vemos como limitantes lo siguiente: 1) Ver la atención pastoral sanitaria como una pastoral para enfermos; 2) poco interés en que se estructure como debe ser, contrario a como lo han hecho Puerto Rico, Colombia y otros países donde tiene un funcionamiento integral; 3) recursos económicos para la inversión en la formación y logística para los agentes de pastoral en cuestión, entre otros aspectos que son significativos.

### *C) Fortalezas*

Contamos con el personal suficiente para formar debidamente la estructura de atención sanitaria diocesana de una manera formidable. Contamos con 48 parroquias divididas en 6 zonas pastorales, siendo una gran oportunidad para sentar las bases de una pastoral de conjunto que entra en el engranaje de la dinámica diocesana del servicio a los más necesitados.

Existen las relaciones con especialistas nacionales e internacionales para crear la debida estructura de la atención sanitaria, permitiendo esto que, la prevención, curación y rehabilitación de las personas, se lleve a cabo de forma eficiente en la consecución del desarrollo integral de la dignidad humana.

Seguir trabajando junto a Pastoral Social, sabiendo el rol que le corresponde a cada una de las pastorales en un sentido de colaboración coordinada con fines prácticos y plausibles. De manera que, el trabajo es más productivo cuando se hace en equipo. Es ver a la atención sanitaria como un complemento que viene a sostener, solidificar y reorientar lo que desde 1961 ha venido haciendo Cáritas a través de la Pastoral Social. No es un reemplazo, sino un refuerzo. Eso es la atención sanitaria junto a Pastoral Social.

Por consiguiente, la actualización de las diferentes pastorales es rejuvenecer constantemente la vida de los fieles y a la vez se dinamiza lo que se cree, aprende y enseña. Con la fundamentación teológico-moral reflexiva de la atención pastoral en la Diócesis de San Francisco de Macorís se lograría un peldaño más en el escalafón del Plan Diocesano de Pastoral que sigue proponiendo la inserción, reinserción y dinamización de las diversas pastorales en los diferentes estamentos eclesiales desde lo particular hasta lo general de la geografía nacional, de la República Dominicana.

Vemos como una gran oportunidad recalcar que, la atención pastoral sanitaria es uno de los mejores medios para la evangelización en todas las etapas de la vida, tanto en la prevención, enfermedad y en la rehabilitación de la persona de forma integral. La instauración de ella y el debido funcionamiento en nuestra Diócesis daría frutos insospechados para el bien de todos. Juntos es como, podemos dar los pasos necesarios que nos conduzcan a seguir creciendo con pasos firmes en la construcción del Reino de Dios, que necesariamente conlleva el cuidado y amor a Dios sobre todas las cosas y al prójimo como a nosotros mismos.

La atención pastoral sanitaria se encuentra sostenida por el testimonio fundante de muchas personas que continúan dedicando sus vidas, desinteresadamente, al servicio de los más necesitados. La Iglesia ha venido dando respuestas a las necesidades e interrogantes del hombre de ayer y de hoy. En este aspecto, mediante el trabajo tesonero y progresivo, hombres y mujeres de diversas edades se han dejado encontrar por Dios en el servicio a los más necesitados de la sociedad.

En el discurrir de los años que llevamos como Diócesis, desde 1978, la presencia de la Iglesia se ha dejado sentir en los momentos de tener que socorrer a los enfermos y a los que adolecen de distintas penurias. Después de contactar la realidad diocesana nos hemos dado cuenta de que, esas acciones necesitan una mayor coordinación para ser más eficaces en el servicio pastoral que demandan los fieles diocesanos y también los que se encuentran alejados del redil por una razón u otra.

Lo que buscamos, a continuación, es presentar la realidad con sus diversos desafíos que tenemos como Diócesis, para luego profundizar en los matices de fundamentación teológico-moral y pastoral que nos lleven por senderos, cada vez más eficientes, capaces de dar respuestas a las problemáticas presentes y futuras.

Pensamos que la labor a favor de los enfermos y el debido acompañamiento a las personas que los asisten o a los que entran en contacto con ellos, es imprescindible en el tiempo que nos ha tocado vivir. Por consiguiente, cuando se busca una reorientación es para obtener mejores resultados que los obtenidos hasta ese momento.

Se hace cada vez más urgente el seguimiento a las distintas pastorales y más cuando una de ellas está en los linderos de la salud en todas las dimensiones de las cuales se puede hacer acopio en el desarrollo del ser humano.

#### *1.2.1. Pastoral Social en sustitución de la Pastoral de la Salud*

A través de las mayorías de las parroquias, compuestas por sectores y comunidades existen, por lo menos, medicamentos para contrarrestar las enfermedades. Por tal motivo, los precios son puestos para que con poco dinero puedan los necesitados de estos servicios satisfacer sus carencias de salud.

En algunas parroquias se cuenta con los servicios de Dispensarios Médicos. Las consultas son accesibles para las distintas poblaciones donde se encuentran ubicados. En comparación con los precios que se cobran por ello en una clínica privada la diferencia es clara. En los centros privados las consultas pueden oscilar entre RD\$2.000 y RD\$3.000; mientras que, aquí de RD\$200 a RD\$250 pesos.

La disponibilidad para prestar estos servicios cada día va en auge. Todo se debe a que nuestra Diócesis siempre ha contado con gente de buen corazón y espíritu de servicio abnegado. Varios de los médicos prestan sus servicios voluntariamente y, en los últimos años, se ha logrado que sean nombrados por el Estado Dominicano dando cumplimiento al Concordato de 1954 entre el Estado Dominicano y el Estado Vaticano.

La Pastoral Social cuenta con un gran número de médicos de distintas especialidades que siempre están a la disposición para prestar atención médica a las personas de escasos recursos. Esos profesionales de la salud trabajan también en las distintas clínicas y centros médicos de la ciudad de San Francisco de Macorís.

Los aspectos que han contribuido mucho a la armonía son las buenas relaciones que existen entre los que dirigen la Pastoral Social y los responsables de la dirección del Hospital San Vicente de Paúl; lugar donde acuden muchas personas de bajos recursos económicos. Esa es



una de las maneras como esta pastoral puede socorrer a las personas cuando acuden solicitando una ayuda para ellas o para algún familiar.

Otra manera de cómo se ayuda a las personas es facilitándole los medicamentos al costo mínimo. Los medicamentos son tomados del Botiquín de Cáritas<sup>16</sup>, ubicada en el Dispensario Médico Santa Ana en la Catedral de nuestra Diócesis. En algunos casos, cuando la situación lo ha ameritado, se le ha proporcionado dinero en efectivo para que lo usen en la recuperación de la salud propia o en la de algún familiar.

Sabemos que, en algunas ocasiones, no han dejado de aparecer algunas personas que quieren aprovecharse de la buena voluntad y fingen enfermedades de las cuales no padecen. En esos casos lo que siempre se les exige es la receta indicada por el médico y en su defecto se hace una investigación discreta para no caer en la trampa.

En ese mismo tenor, para cumplir con su rol social esta pastoral se ha empeñado en concienciar a las personas para que cuiden de su salud. Para lograr este cometido ha dispuesto la creación de Dispensarios Médicos y Boticas Comunitarias.

El personal que se encarga de dirigir tanto los Dispensarios Médicos como las Boticas Comunitarias cada cierto tiempo recibe las informaciones y orientaciones de lugar para ser más eficaces en el trato y servicio a las personas. Son los talleres de capacitación para el manejo de los medicamentos los que garantizan que los encargados de las Boticas Comunitarias los indiquen a los usuarios sin cometer equivocaciones. Es decir, el encargado es un promotor de salud.

Las diferentes jurisdicciones parroquiales han servido de apoyo a la población, ofreciendo diversos servicios en los momentos en que más lo han necesitado. Es aquí donde, con un servicio desinteresado, tanto los párrocos como sus colaboradores dan muestra de la sensibilidad de la Iglesia en los problemas que aquejan a los más necesitados.

---

<sup>16</sup> Cáritas es un órgano de la Pastoral Social creado el 19 de septiembre de 1961 por la Conferencia del Episcopado Dominicana. Cáritas es una instancia de coordinación que sirve tanto en el ámbito nacional como en el internacional, también en el diocesano, como en el parroquial. Tiene la misión de animar, promover y organizar las acciones encaminadas a implementar el desarrollo integral de los más pobres. Se preocupa por incentivar la formación de la conciencia social de los cristianos, profundizar y difundir la Doctrina Social de la Iglesia, fomentar la comunicación cristiana de los bienes y acompañar al pueblo en el progreso y en el proceso de su desarrollo. Cf. Secretariado Latinoamericano de Cáritas (SELAC), Cáritas Internacionales, Documentación, (Santo Domingo: Itesa, 1985).

Aquí solamente hemos puesto las parroquias que poseen los servicios que ofrece la Pastoral Social. Existen otras parroquias que aún no poseen en sus territorios estos servicios parroquiales o comunitarios en algunos por no verse la urgencia para su existencia, ya que la ubicación permite a que sus ciudadanos tengan acceso a farmacias en los momentos y tiempos requeridos.

En las parroquias lo que existe como pastoral sanitaria es el llevar la comunión a los enfermos. En cuanto a llevar la comunión a los enfermos hay un grupo especial que va por las casas ciertos días a la semana a visitar y llevar la comunión a los que se encuentran impedidos de la salud. Estas personas se denominan ministros de la Comunión.

Los ministros de la Comunión pasan por un tiempo de preparación donde se les instruye sobre su oficio en lo relativo al sacramento de la Eucaristía y la responsabilidad que implica el trato con los enfermos y sus familiares.

Cada parroquia cuenta con un número determinado de personas que desempeñan la importante labor de distribuir la comunión los días que se considere prudente para el bien de los enfermos, siempre buscando contar con el tiempo que sea factible para los ministros de la Comunión.

Dentro de los requisitos para ser ministro de la Comunión se debe ser una persona de una conducta aceptable, casada por la Iglesia y que tenga unas buenas relaciones humanas ligadas al amor a la Eucaristía considerando a los enfermos como los más necesitados del alimento divino.

#### 1.2.2. Centros sanitarios y realidad en la Diócesis

Como un gran desafío se toma la humanización de los hospitales porque es el lugar de atención pública donde van las personas de escasos recursos. Es por esa razón por la que sufren maltratos y humillaciones. Los enfermos no tienen que pagar, y porque es gratis algunos galenos creen que tienen el derecho para maltratarlos.

En los últimos tiempos, el tema de humanización de los hospitales y servicios de salud está en boga, aunque la teoría puede abundar la práctica se queda deseosa de ser saciada en su sed de ayudar a los humanos a ser más humanos en situaciones desesperantes, de impotencia y de sufrimiento.

No hemos de ser pesimistas cuando hablamos de humanización de los hospitales de nuestra Diócesis, sino más bien optimistas al futuro preñado de buenas oportunidades para ser mejores. Sin embargo, este futuro pende del hilo del presente a transformarse para el bien común, sin importar raza, religión, color o cultura.

Una de las sugerencias que se nos hacía al respecto era la urgencia de la humanización de los que se dedican al cuidado o la preservación de la salud. Siendo así, la humanización se convierte en un desafío preclaro, no solamente para nuestra Iglesia local, sino para toda la República Dominicana. Esta es una situación que interpela de forma especial a la comunidad de creyentes y les invita a hacer presente nuevas formas de su presencia en el mundo de los más necesitados.

Esta humanización debe ser un proceso dinámico e interactivo donde se han de tener presente tres dimensiones que son indispensables: 1) La persona del enfermo y su entorno; 2) los trabajadores y agentes de la salud; 3) los aspectos organizativos y estructurales. Está muy a la par lo que nos presentan José Luis Redrado y J. Gol Gurina, en su libro: “Humanización en la salud”. Ellos defienden la humanización en las instituciones de salud como una filosofía, una política, una estrategia que conduce a unos resultados específicos.

Los desafíos en cuanto a la humanización de los hospitales son diversos, por tal motivo, traemos a colación los más preponderantes:

«El hospital debe ser un centro abierto donde todos deben aportar y sugerir. Es ahí donde los enfermos deben recibir una oportuna y adecuada atención. Ellos son percibidos como personas, dignos de ser respetados y atendidos en todas sus dimensiones y necesidades; tratados con aprecio y cariño. El personal debe vivir y trabajar en un ambiente caracterizado por el respeto y la amistad: comparte las responsabilidades y participa en las decisiones. Las relaciones del personal con los pacientes están caracterizadas por el espíritu de la igualdad, fraternidad y solidaridad. Ha de crearse y favorecerse el trabajo en equipo y la colaboración interdisciplinaria. Debe estimularse la actualización y formación permanente. Por consiguiente, ha de percibirse un clima de familia donde se viven y se cultivan los valores humanos»<sup>17</sup>.

Siendo la atención sanitaria una de las principales pastorales de la Iglesia local y universal queremos manifestar los desafíos que ella encuentra en la Diócesis de San Francisco de

---

<sup>17</sup> Luis Redrado, J. Gol Gurina, *Humanización en la salud*, (San Pablo: Bogotá-Colombia, 2003), 96. Esta es la actualización de nuestra realidad hospitalaria, tomando como modelo el Hospital San Vicente de Paúl en San Francisco de Macorís. La guía para hacer dicha actualización la tomamos de lo expuesto por José Redrado ya que coincide con lo que se vive en nuestra realidad pastoral diocesana.

Macorís. Llegados a este punto lo hacemos patente desde las tres dimensiones de las cuales la Iglesia toma como punto de apoyo para realizar su labor misionera: solidaria, comunitaria y político-institucional. A partir de las tres queremos presentar los desafíos que debemos vencer para tener una excelente pastoral sanitaria.

A través de cada dimensión planteamos la realidad y a la vez se muestra someramente lo que debería hacerse. No pensamos, ni mucho menos pretendemos, hacer un plan de pastoral sanitaria a partir de estas dimensiones sanitarias, sino plasmar la realidad de los centros sanitarios de una manera dinámica.

La dimensión solidaria tiene como objeto fundamental ser presencia activa de Jesús, Buen Samaritano, junto a los enfermos y a los que sufren en las comunidades, en las familias y en las instituciones de salud. En tal sentido, la tarea que han venido desarrollando los sacerdotes desde las distintas y distantes parroquias ha sido uno de los mayores testimonios pastorales. Tanto así que, en los años en los que los medios de comunicación y transporte eran escasos muchos de esos heroicos hombres sirvieron de soporte poniendo a disposición sus vehículos y personas.

Siempre debemos recordar que la labor que realiza el sacerdote es espiritual, pastoral y social; debido a sus incidencias en las distintas esferas de la sociedad y a la sublimidad de su ministerio. Esta es una tarea inigualable que solamente Dios puede otorgar y de la que no existe nadie que sea digno de tan maravilloso don al servicio de los hermanos.

En la formación comunitaria el objetivo principal es favorecer la promoción y la educación en salud con énfasis en la salud pública y el saneamiento básico, actuando de manera preferencial en el campo de la prevención de las enfermedades. Es la formación la clave de prevención más idónea de la preservación de la salud y vida en sociedad.

Cuando tratamos de esta dimensión no podemos dejar de elogiar la labor que desde hace muchos años ha venido realizando la Iglesia a través de la Congregación de San Vicente de Paúl; especialmente por medio al Voluntariado y a las hermanas religiosas que junto a los sacerdotes paúles llevan una empresa titánica. Esta situación se ha visto afectada por el poco personal y la demanda creciente de personas con muchas necesidades de salud.

El trabajo se realizaba con normalidad, pero con la muerte de una de las hermanas religiosas en un accidente automovilístico, hace algunos años, y la escasez de religiosas en los conventos, ha generado la multiplicidad de trabajos para las tres hermanas religiosas que prestan estos preciados servicios a sus semejantes.

No obstante, el apoyo combinado de los integrantes del Voluntariado ha sido un paliativo para calmar la situación imperante. Además del trabajo realizado en el Hospital San Vicente de Paúl, los integrantes del Voluntariado trabajan a nivel de la comunidad asistiendo a los enfermos en sus casas, dando catequesis de adulto y niños, entre otras actividades. Su labor en general abarca cuatro renglones: salud, educación, vivienda y alimentación.

Cada uno de ellos se identifican con la visita hospitalaria, oportunidad que tienen para practicar la caridad, una de las virtudes que identificó a San Vicente de Paúl. La visión y misión de esta asociación es, sobre todo, actuar unidos contra la pobreza, teniendo como guía a Jesucristo. El enfermo al igual que las personas necesitadas, son para ellos el instrumento que Dios pone en sus manos para hacer la obra que a él le agrada.

En la dimensión político-institucional encontramos que el objetivo general es velar por que los organismos e instituciones públicas y privadas, que prestan servicios y forman profesionales de la salud, tengan presente su misión social, política, ética, bioética y comunitaria.

La educación, prevención y asistencia a las comunidades pobres, barrios y zonas marginadas aún continúa siendo un punto preocupante ya que existen personas que le da fobia tener que visitar un médico, aunque sea para su propio bien. En este sentido, la Universidad Católica Nordestana (UCNE) ha ido formando muchos profesionales sanitarios y las prácticas las tienen en el Hospital San Vicente de Paúl.

Como último desafío planteamos la contribución a la humanización y evangelización de los trabajadores de la salud y de las instituciones. Esto ha de hacerse así debido a que a algunos no les interesa el servicio que prestan sino lo poco o mucho que se ganan y el trato a los pacientes carece, en algunos, de buenos modales y relaciones humanas.

### *1.2.3. Iglesia diocesana y su actitud*

Mantener el cuidado pastoral de las personas ha sido una de las preocupaciones que los diversos pastores diocesanos han tenido en cuenta en el transcurso de la historia de la Diócesis de San Francisco de Macorís. En tal sentido, cada vez más hacen el esfuerzo por dar respuesta a las diversas necesidades que la realidad actual va demandando.

La actitud de la Iglesia diocesana ha buscado ser eficiente sin perder de vista su misión aquí y ahora. Su deber ideal ha sido imitar a Cristo ante el sufrimiento, el dolor y la muerte. Esa es la manera como Jesús continúa construyendo el Reino de Dios. Sus curaciones y resurrecciones de algunos muertos son la muestra de que él vino a dar al hombre la redención de todas sus calamidades y pesares.

De manera que, la Iglesia diocesana, como pueblo que peregrina hacia la “Jerusalén celestial”, prosigue con el deber de continuar la labor que Jesús ha encomendado a sus seguidores de vivir como él vivió y actuar como él actuó. Esa forma de vivir y actuar requiere de mucho sacrificio y de una entrega incondicional de los diferentes agentes de pastoral. En este sentido, la teoría sería fácil de expresar, pero la práctica es la que requiere el esfuerzo por excelencia.

La labor pastoral continúa exigiendo el incentivo de, en el día a día, unir la teoría a la práctica; de manera que, pueda desempeñar un papel preponderante en el campo pastoral que estamos abordando. Recordemos que, si las negaciones de Pedro fueron tres, por temor a perder la vida; tres fueron también las veces que por amor tuvo que decir sí en el encuentro personal con el resucitado.

La Iglesia debe seguir desempeñando su rol profético ante los enfermos. Siempre se les ha de recordar a los fieles que tanto a la salud como la enfermedad son realidades a las que debemos darles sentido. Para que la atención sea integral la Iglesia debe continuar con el cuidado a los pobres, desahuciados y débiles; asignándoles un puesto de preferencia y procurar que nadie sea marginado demostrando con ello que se está cumpliendo con lo mandado por Jesús.

Después ver la realidad de la Pastoral de la Salud en la Diócesis de San Francisco de Macorís, nos resta decir que, todo el accionar de esta Iglesia local tiene sus fundamentos en los

mandatos divinos que nos llevan al compromiso con los más necesitados y sufrientes de nuestra sociedad.

Por consiguiente, la realidad nos empuja a buscar nuestra razón de ser y de estar en el mundo. Es de esta manera como el modelo bíblico de la atención pastoral y moral nos da las herramientas necesarias para poder afianzar lo que somos y lo que estamos llamados a perfeccionar para tener una mejor transparencia de Cristo ante nuestros hermanos.

Finalmente, el capítulo 2: “Las fuentes de la Pastoral de la Salud”, es la clave que nos permitirá ver con claridad el porqué del accionar de la Iglesia en el mundo de la salud, prestando atención a los olvidados, desposeídos y despreciados de la sociedad; por el hecho de padecer una enfermedad determinada.

Con estas palabras finales damos espacio a la continuidad que nos conduce al capítulo segundo, el mismo nos tomará de las manos para mostrarnos “La Pastoral de la Salud en las fuentes de la Teología Moral”. Este capítulo nos guiará en la contemplación del cuidado o atención a los enfermos, que más adelante llamaremos Pastoral de la Salud. Los medios para lograr dicho recorrido son la Biblia, la Tradición y el Magisterio de la Iglesia. Así contemplaremos las maravillas de Dios a favor del género humano.

## **CAPÍTULO 2. LA PASTORAL DE LA SALUD EN LAS FUENTES DE LA TEOLOGÍA MORAL**

La Biblia, la Tradición y el Magisterio de la Iglesia se constituyen en las fuentes de la Teología Moral; precisamente, en ellas se encuentra la Pastoral de la Salud de una manera progresiva. En la Biblia localizamos las muestras fidedignas del amor de Dios para con su pueblo, escenificadas en personas concretas que pasaron por situaciones complejas que son hoy un icono de confianza en Dios en medio de las dificultades.

En la Tradición de la Iglesia, en este sentido, se dan las pautas retrospectivas del accionar en favor de los más desfavorecidos y el auxilio que en nombre de Dios se les ha ofrecido en las adversidades a lo largo de la historia con cuidados integrales según lo han permitido los medios. Encontramos que muchos hombres y mujeres se entregaron por completo a la causa de ayudar, acompañar y curar a los enfermos en nombre de Dios y de su Iglesia.

El Magisterio de la Iglesia ha ido fortaleciendo las directrices y la formación para la atención pastoral debida a aquellos que carecen de salud<sup>18</sup>. Esta es una tarea que va en continuidad con la misión de los apóstoles: evangelizar y curar (Mt 10,1). Las diferentes fuentes escritas al respecto nos irán conduciendo a ver de forma progresiva el compromiso que la Iglesia va tomando mediante sus diferentes representantes en el transcurrir del tiempo.

El complemento de Biblia, Tradición y Magisterio se presenta como un trípode de una misma estructura que engloba la base, lo intermedio y la cúspide de un mismo edificio pastoralmente hablando. El compromiso que se asume por el que sufre tiene su raigambre en el concepto que tenemos de Dios, del prójimo y de nosotros mismos. Es así como se da una relación

---

<sup>18</sup> Lo que plantea el Magisterio de la Iglesia lo desarrollaremos en adelante; no obstante, adelantamos que después de la carta encíclica sobre el sentido salvífico del sufrimiento de fecha 11 de febrero de 1985, el Papa Juan Pablo II publicó el motu proprio *Dolentium Hominum*. Mediante el mismo surgió la Comisión Pontificia para la Pastoral de los agentes sanitarios. Dentro de las razones que motivaron a la erección de la Comisión Pontificia está la conciencia del servicio a los enfermos y a los que sufren en parte integrante de la misión de Iglesia. Cf. José Carlos Bermejo y Francisco Álvarez, *Pastoral de la Salud y bioética*, (Madrid: San Pablo, 2009) 887.

Debemos puntualizar que todos los documentos de papas y magisterio están tomados de la publicación Editrice Vaticana en [www.vatican.va](http://www.vatican.va) y cuando sean de otras fuentes ya lo especificaremos.



estrecha entre la teología y la antropología responsables de las costumbres, leyes y culturas presentes, pasadas y futuras.

«La Iglesia es considerada la portadora de vida y encargada de esculpir el comportamiento moral y cívico de los creyentes»<sup>19</sup> y de todos los hombres, siendo un referente de sacramento de salvación. Siendo así, es un deber de toda la Iglesia continuar con la misión de hacer presente la salvación de Cristo a toda la humanidad recurriendo a los diferentes medios que el buen uso del sentido común crea pertinente.

### **2.1. La atención pastoral y moral a los enfermos en la Biblia**

La trilogía: enfermedad, curación y salud la encontramos en la Biblia bajo un contexto religioso teniendo como punto focal la visión sacral del mundo y de la vida propia del antiguo Oriente Próximo. En este contexto es Dios quien crea y quiere salvar de la esclavitud a los hijos de Israel conduciéndole a la Tierra prometida. Es mediante la alianza manifestada en los diez mandamientos donde salud y bendición divina se ponen de manifiesto en aquellos que son fieles y que cumplen la alianza pactada con Dios.

La violación de la alianza genera la enfermedad. Es por eso por lo que salud y enfermedad, al igual que todas las experiencias humanas, tienen un carácter religioso. La buena relación con Dios es la garantía de un bienestar garantizado para el individuo y para los suyos. El cántico de Moisés<sup>20</sup> presenta la imagen de Dios como el que es dueño de la muerte y de la vida, de la salud y de la enfermedad. Dios es quien hiere y quien cura. Nadie puede escaparse de sus manos.

La relectura del Antiguo Testamento (AT) a partir de la experiencia de la fe de Israel y de los discípulos de Cristo en el Nuevo Testamento (NT) manifiestan al Dios creador del mundo y Señor de la historia realizando su designio de salvación en la muerte y resurrección de Jesucristo.

Tanto en el AT como en el NT no existe un término convincente que exprese la salud<sup>21</sup>. Uno de los términos más cercanos a salud es *Shalom* el cual se suele traducir por paz. Su

---

<sup>19</sup> Francisco Álvarez, *Teología de la salud*, (Madrid: PPC, 2013), 23.

<sup>20</sup> Dt 32,39.

<sup>21</sup> Cf. José Carlos Bermejo y Francisco Álvarez, *Pastoral de la Salud y Bioética*, (Madrid: San Pablo, 2009) 124. (A partir de ahora Bermejo y Álvarez).

significado de integridad y plenitud dan una idea de bienestar holístico del ser humano en todas sus relaciones. Algunos autores, dentro de los cuales se encuentra Calixto Vendrame, piensan que esa imprecisión del lenguaje, tanto para la salud como para la enfermedad, acarrió el retraso de la medicina de Israel en comparación con los griegos y egipcios<sup>22</sup>. Otra de las dificultades que presentan es que, en muchos libros de la Biblia, los géneros literarios empleados, en los libros sapienciales y proféticos, están llenos de imágenes y de metáforas con finalidad didáctica o litúrgica.

### *2.1.1. Salud y enfermedad en el Antiguo Testamento (AT). La imagen del Buen Pastor*

En la fe bíblica el punto de partida para comprender la salud y la enfermedad lo encontramos en el libro del Éxodo (Ex 15,26). Dios se presenta como el que envía la enfermedad y la salud. Dios es el médico y el que cura asistiendo a su pueblo por medio de Moisés. Moisés es el mediador entre Dios y el pueblo, por medio de él se da una atención especial en los momentos de dificultad.

Es en el contexto de la alianza donde también encontramos que se presentan con claridad el binomio salud-enfermedad. El capítulo 26 de Levítico manifiesta un listado<sup>23</sup> impresionante de bendiciones y maldiciones, bienestar y prosperidad, ruina y enfermedad:

«Si seguís mis leyes y guardáis mis mandamientos poniéndolos en práctica... habrá paz en el país... os haré crecer y multiplicaros... Pero si no me obedecéis y no ponéis en práctica todos mis mandamientos... haré venir sobre vosotros el espanto, epidemias y fiebre, enfermedades de los ojos y agotamiento de la vida»<sup>24</sup>.

La recuperación de la salud tiene como condición el reconocer sus propios pecados y los de sus progenitores. Se nota la generosidad intergeneracional al momento de padecer las consecuencias del pecado. Ante el pecado y sus consecuencias Dios se presenta como misericordioso y clemente siempre dispuesto al perdón. Se ve el perdón como el recobrar la salud perdida.

La formación o enseñanza de Dios se permea por medio de la salud y la enfermedad como su pedagogía salvífica<sup>25</sup>. Son ellas quienes engloban toda la vida de la persona y que ponen

---

<sup>22</sup> Cf. Calixto Vendrame, *Los enfermos en la Biblia*, (Madrid: San Pablo, 2002), 16. (A partir de ahora Vendrame).

<sup>23</sup> Cfr. Bermejo y Álvarez, 126.

<sup>24</sup> Lev 26,3.6.9.14.16b

<sup>25</sup> La antropología cristiana ha traído a la humanidad la verdadera apreciación moral de los conceptos salud y enfermedad. Es desde la concepción antropológica desde donde se comienza a apreciar la riqueza holística del

sobre la realidad el juicio de la relación que se tiene con Dios. A mayor cercanía con Dios mayor salud; por tanto, la lejanía o desobediencia a Dios engendra el pecado y con él la muerte.

Dios pedagógicamente va por medio de la enfermedad y de la curación, dando al hombre las herramientas para que él obtenga un conocimiento de sí mismo. Por medio de las limitaciones a las que se ve sometido el hombre descubre de dónde le viene la vida, en dónde está su salud y quién puede curarle.

«A partir de esta conciencia cuando el hombre sufre puede descubrir lo absurdo de exigir a Dios las razones últimas del mal que le aflige; puede superar la tentación de abandonar a Dios en lugar de abandonarse a él; puede realzar el valor y el carácter provisional de la salud y de los remedios materiales, puede sobre todo renunciar a las pretensiones de salvarse por sí mismo y sólo»<sup>26</sup>.

En lo que se refiere a la atención e interés por los enfermos, existe una gran disparidad entre lo que nos manifiestan el AT y el NT. Hay autores<sup>27</sup> que afirman que en el AT parece descuidarse la atención que ellos merecen. No obstante, en el NT los enfermos, sobre todo en los Hechos de los apóstoles y en los evangelios, ocupan un lugar privilegiado.

Ante la carencia de un concepto concreto de salud, en el AT se presentan las quejas y la proclamación de las angustias sufridas como la impotencia ante tal situación. En este aspecto, son variadas las actitudes frente a los enfermos como también lo son las lamentaciones de ellos por la suerte que les ha tocado vivir.

Los salmos y el libro de Job son dos ejemplos primordiales que constituyen una misma realidad. Queda como evidencia que debido a la enfermedad se experimenta el olvido y la soledad de Dios y del prójimo donde algunos curiosos se dedican a hacer juicios inapropiados. Esa dificultad conlleva a que en algunas ocasiones los enfermos se deseen la muerte para acabar con su desgracia.

---

ser humano. No se trata de ver al hombre desde su dimensión espiritual, sino en su integración de cuerpo y alma. Cuando se habla de salud o enfermedad no nos limitamos al orden biológico, sino que se va un poco más hacia lo que no podemos ver y que es fundamental en la existencia humana: la vitalidad espiritual. Cf. Mikel, Viana, S.J., "Vivir, enfermar y morir en la teología moral de B. Häring", ed. Javier de la Torre, *Enfermedad, dolor y muerte desde las tradiciones judeocristiana y musulmana*, (Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2011) 277.

<sup>26</sup> Francisco Álvarez, *Teología de la salud*, 113.

<sup>27</sup> Vendrame, 31.

La curación siempre tiene que ver con una intervención de Dios, directa o indirectamente. La causa de la enfermedad es el pecado. Sólo eliminando dicha causa encuentra el hombre su salud. Por eso, se ve la enfermedad como castigo de Dios por el pecado cometido. Por consiguiente, la vinculación estrecha del hombre con Dios le permite vivir saludablemente de forma duradera siendo partícipe de los beneficios que esa relación permite<sup>28</sup>.

En esa misma sintonía, en los salmos encontramos testimonios de curaciones por intervención de Dios. Son escasas las curaciones individuales y, por ende, lo son los enfermos de los que se hace mención. En 2Re 5,1-27 se pone de manifiesto la curación de Naamán el sirio cuya enfermedad era la lepra. Hay otros relatos de otras curaciones importantes como la de la hermana de Moisés, María (Núm. 12,11-15). Jeroboán (Re13,4-6); Nabucodonosor (Dan 4,1-34). De igual modo, por la desobediencia del Pueblo de Israel llegan las serpientes y con ellas la curación de las mordeduras (Núm. 20,17-18).

A partir del exilio existe una evolución en el pensamiento bíblico. Es Dios quien ha creado al médico, a las hierbas y al farmacéutico que se encarga de preparar las medicinas. En tal sentido, antes de recurrir al médico hay que rezar al Señor, e incluso, el médico debe rezar al Señor para que le guíe a la hora de aliviar y curar las enfermedades (Si 38,1-5).

Es en el libro de Tobías donde se presenta más clara la bondad de Dios. Aquí se manifiesta que es Dios quien, con su acción, sana, cura y hace de lo imposible lo posible. Los médicos vieron como imposible sus esfuerzos para devolver la salud a Tobías y la situación de Sara se veía irrealizable de encontrar una solución favorable, sin embargo, la confianza puesta en Rafael, enviado por Dios, les da lo que ellos necesitaban.

Es esa confianza y súplica de los enfermos lo que, poco a poco, va dando sus efectos para que la relación con Dios sea más estrecha. De igual modo, la atención a los que sufren debido a las enfermedades va en evolución tanto con la práctica de la medicina como en la visión que se tiene de Dios. En el Antiguo Testamento hay textos en los que se dice que Dios está cerca de los que sufren y que debe prestárseles especial atención. «El cuidado de los enfermos

---

<sup>28</sup> Cf. Anselm Grün, *El arte de ser feliz* (Santander: Sal Terrae, 2018), 106.

empieza a considerarse parte de la salvación que viene de Dios, fuente de la vida que ha creado al hombre para que sea feliz»<sup>29</sup>.

La enfermedad desde esta visión es la interrupción del proyecto de salvación de Dios para con el hombre. Es el mal que impide la armonía del hombre con Dios, consigo mismo y con los demás. El resultado es el compromiso existente por parte de los que dirigen al pueblo hacia los enfermos y necesitados, porque ellos han de tener una especial atención como un derecho que les he propio por su condición (Sal 146,6b-9).

El libro de Sirácida (7,34-35) va a puntualizar el servicio que ha de tenerse con los enfermos cuando manifiesta: «No te alejes de los que lloran y aflígete con los afligidos. No rehúyas visitar a los enfermos, pues si los visitas ellos te lo agradecerán»<sup>30</sup>. Con esta nueva concepción de los enfermos su atención se transformó en un signo que manifestaba la bondad ante el hermano que sufre y la cercanía hacia Dios con la acción que se realizaba.

Job es un testimonio de que lo que se hace con el moribundo y por los que sufren viene como bendición sobre quienes les ayudan (Job 29,13ss). El amor y la compasión que se prodigan por los enfermos vienen en auxilio en los momentos en los que se les necesita, como si de una inversión se tratara (Sal 35,13-14).

El profeta Isaías expone la curación de los enfermos como una muestra del advenimiento del reino mesiánico (Isaías 35,5-6a). Los cojos, ciegos y sordos son los beneficiarios al ser liberados de la condición que les ataba. Al referirse a los sordos, cojos y ciegos lo hace desde dos dimensiones: física y espiritualmente. Así tanto Isaías como los demás profetas, en el pueblo de Israel, van denunciando las enfermedades como la consecuencia de las injusticias sociales: el sufrimiento, la miseria y la opresión.

*La imagen del Buen Pastor en el Antiguo Testamento.* La imagen que mejor explica el cuidado por los enfermos es la del Buen Pastor (Sal 23). Abrahán, Isaac y Jacob fueron pastores, por eso, el pueblo de Israel comprendía por excelencia esa imagen como muestra

---

<sup>29</sup> Cf. Vendrame, 34.

<sup>30</sup> Este texto en lo adelante ha servido para justificar el compromiso que han asumido muchos cristianos entre ellos los camilos, para crecer en el amor sirviendo con diligencia a los enfermos.

de protección ante el peligro y ternura manifestada en un trato cercano socorriendo a los más débiles.

Cuando los hermanos de José llegan a Egipto ante la pregunta del Faraón sobre su oficio ellos le responden que son pastores de ovejas (Gn 47,3;46,32). Otros personajes que también fueron pastores de ovejas son Abel, Moisés, Isaac, Amós y David. Este último sacado de ser pastor de ovejas para convertirse en pastor del pueblo de Israel.

Con el tiempo ese pueblo de pastores y de rebaños fue identificando a Dios como el Buen Pastor, el Pastor por excelencia; protector inquebrantable y salvador e ícono de todos los pastores. Jacob habla de Dios como aquel que le ha librado de todo mal y el pastor de toda su existencia (Gn 48,15ss). Es Dios quien guía al pueblo como lo hace un pastor con su rebaño.

Es comprensible la imagen de Dios como el Buen Pastor para el pueblo de Israel. La economía estaba basada en la agricultura y en la ganadería, por lo que el título de pastor no sólo se le confiere a Dios, sino también al rey y a los dirigentes del pueblo. El primero a quien se le llama pastor: guía, protector, cuidador del pueblo; es a Moisés (Is 63,11.14).

Es Dios quien habla por medio del profeta Ezequiel al decir que él mismo cuidaría de su rebaño tal cual lo hace un pastor. Él se proclama como el pastor de Israel (Ez 34,11ss). El salmo 95,7 dice: «Él es nuestro Dios y nosotros su pueblo, el rebaño que él guía»<sup>31</sup>.

Ezequiel es uno de los profetas que a través de su discurso a los guías del pueblo de Israel que no han cumplido con la responsabilidad a los débiles y a los enfermos curando sus heridas y haciendo volver a las ovejas que se encontraban extraviadas (Ez 34,4). Ante ese escenario de abandono el profeta dice que es Dios mismo quien vendrá a pastorear a sus ovejas. Las ovejas enfermas y las heridas serán curadas. Ezequiel sabe que el verdadero pastor será enviado por Dios; lo mismo piensa Isaías donde la liberación y la transformación de la enfermedad en salud, la debilidad en fortaleza; manifiestan la llegada de los nuevos tiempos.

---

<sup>31</sup> Salmos que tratan el tema de Dios como el Buen Pastor de Israel: 100, 79, 80, entre otros. Existe en el salmo 119,176 una súplica a Dios de aquel que se ha desviado del camino como una oveja y quiere Dios le reintegre por su senda nueva vez.

En ese ambiente de transformación, rescate y liberación teniendo a Dios como quien realiza todo en favor de su pueblo, se encuentra el deseo de la erradicación de toda enfermedad. Quien cumple a plenitud todas estas aspiraciones y pone en marcha un plan para dar realización a los anhelos más hondos del pueblo de Israel es Jesús. No obstante, aún ese proyecto continúa ejecutándose ya que nos encontramos sujetos a la sucesión del tiempo y del espacio donde la enfermedad, con o sin sentido, es una realidad.

«En efecto, la enfermedad, aun cuando tenga cierto sentido, no deja de ser un mal. Por eso las promesas escatológicas de los profetas prevén su supresión en el mundo nuevo, en el que Dios colocará a los suyos en los últimos tiempos; nada ya de enfermos (Is 35,5), nada ya de sufrimiento ni de lágrimas... En un mundo liberado del pecado deben desaparecer las consecuencias del pecado que pesan solidariamente sobre nuestra raza. Cuando el justo doliente haya tomado si nuestras enfermedades, seremos curados gracias a sus llagas (53,4s)»<sup>32</sup>.

La importancia que tiene el Antiguo Testamento, en lo que concierne a nuestro tema, radica en que trata de forma progresiva los temas: salud, enfermedad y la atención a los enfermos. La salud viene de Dios como un regalo que nos hace. Asimismo, la enfermedad se ve de manera progresiva; primero como consecuencia del pecado donde la pureza y la impureza juegan un papel preponderante. Con el transcurrir de los años, la enfermedad pasa a ser tratada como propia de la condición humana y no desde el principio de la retribución.

En ese mismo ámbito, en la pérdida de la salud, es decir, en la enfermedad, se presenta como una necesidad imperiosa la atención que debe dársele a los enfermos<sup>33</sup>. Cuando se pasa por los momentos de enfermedad la vida cambia y se necesita de la ayuda de otros. Esa es una de las claves que demuestra, en el cristianismo, que se está cumpliendo con el mandato del Señor. De esta forma se suscita todo un cambio en la cercanía, visión, trato y acogida a los enfermos por parte de Jesús dando cumplimiento a lo que habían anunciado la Ley y los profetas. Esta manera formidable y elocuente es la que queremos plantear a continuación en el siguiente apartado cuyo actor principal es Jesucristo como Buen Pastor y Buen Samaritano.

---

<sup>32</sup> Xavier León-Dufour, “*Pastor y rebaño*”, *Vocabulario de teología bíblica*, vol. 66 (Barcelona: Biblioteca Herder, 1982), 277.

<sup>33</sup> Cf. Aurelio Fernández, *Teología Moral II. Moral de la persona y de la familia* (Burgos: Ediciones Aldecoa, 1993), 818. Se considera al enfermo como una persona frágil que merece atención manifestada en una especial protección. Es un miembro de la sociedad cuyo cuidado y vigilancia deben ser llevados a cabo con esmero.

### 2.1.2. *La atención pastoral a los enfermos en el Nuevo Testamento (NT). La imagen del Buen Samaritano*

Las repuestas que da la Biblia a la enfermedad no son teorías, sino la manifestación de la salud por medio de las experiencias de fe de hombres y mujeres que en su contacto con Dios han encontrado sentido a su existencia. La fe en Dios, Señor de la historia, abre nuevos horizontes en las fronteras de la muerte marcando sendas de esperanza-salud en medio de las situaciones más difíciles.

La atención pastoral a los enfermos es de vital importancia en la predicación de Jesús; es la realidad del cumplimiento de la promesa para aquellos que esperaban al Mesías anunciado por los profetas. Son los enfermos quienes en más de una ocasión lo llaman: “Jesús, Hijo de David ten compasión de mí”<sup>34</sup>. Por consiguiente, en lo que concierne a los enfermos es la parte vertebral del Evangelio. Al respecto la Dei Verbum manifiesta:

«El plan de la salvación se realiza por obras y palabras intrínsecamente ligadas; las obras que Dios realiza en la historia de la salvación manifiestan y confirman la doctrina y las realidades que las palabras significan; a su vez, las palabras proclaman las obras y explican su misterio contenido en ellas»<sup>35</sup>.

De manera que, palabras y obras van de la mano en lo que se refiere al mensaje de Jesús dirigido a los más necesitados, también a los enfermos entre ellos. Él es el médico que ha venido para curar las enfermedades físicas y espirituales.

Son muchas las enfermedades que mencionan los evangelistas, pero dos ocupan un lugar preponderante. La lepra y la ceguera han sido consideradas las dos enfermedades bíblicas<sup>36</sup> más importantes. La lepra era considerada un castigo de Dios a una persona por sus pecados o los de sus antepasados. La ceguera tenía una doble connotación: incapacidad física y la limitación de no poder apreciar las maravillas de Dios en los signos de los tiempos. Son los sinópticos quienes poseen el mayor número de curaciones de leprosos y ciegos<sup>37</sup>.

---

<sup>34</sup> Cf. Xavier León-Dufour, “Pastor y rebaño”, 276. De igual manera puede consultarse a Lc 18,35-43.

<sup>35</sup> Concilio Vaticano II, Constitución dogmática Dei Verbum, 18 de diciembre de 1965, 2. (A partir de aquí DV).

<sup>36</sup> Cf. Vendrame, 47.

<sup>37</sup> Los sinópticos presentan a Jesús curando a un leproso: Mt 8,1-14; Mc 1,40-45; Lc 5,1 2-15. El evangelista Lucas presenta también otro texto donde Jesús cura a diez leprosos: Lc 17,11-19. Respecto a los ciegos y su salud se puede buscar en: Mt 7,21; Mc 8,22 y Lc 18,35-43.



Con mucha frecuencia uno de los datos que más resaltan de Jesús es su preferencia por los enfermos. Aquellos que estaban catalogados por la sociedad como: locos, tarados, desvalidos; que, en definitiva, eran hombres y mujeres incapaces de abrirse camino en la vida encuentran en Jesús a alguien que les comprende, reintegra y que les sana<sup>38</sup>.

Existe una estratificación en la estructura de la sociedad en la que Jesús vivió. No sólo es la injusticia entre ricos y pobres, religiosidad y grupos diversos; sino la discriminación en su máxima expresión. La segregación era un hecho que se manifestaba en las medidas que, según las normas establecidas, debían tenerse en cuenta para no entrar en contacto con algunas personas por su condición social degradante.

La pureza y la impureza eran las referencias para considerar quienes coexistían como prójimo y los que no, los judíos y los paganos, los justos y los de condición dudosa, los hombres y las mujeres, los que observaban la ley y los que eran poco piadosos e ignorantes. En el escalafón más ínfimo se encontraban los enfermos acompañados de los marginados y discriminados; siendo los predilectos de Jesús en su predicación integral de exaltación del ser humano.

Los efectos de la enfermedad se manifestaban en un hundimiento en la miseria, mendicidad e inseguridad, constantemente amenazados por el hambre y la soledad. La exclusión era total debido a que no se exoneraba ni a la comunidad cultural. Es ilógico ocupar un puesto de importancia donde los sacerdotes eran los primeros, luego los varones israelitas, en penúltimo sitial estaban las mujeres y por último los paganos e impuros. Se veía a los enfermos como quienes pueden contagiar y por tanto debía ser evitado cualquier contacto con ellos.

En el trato que se debía tener con los enfermos había una severa formación tanto de los fariseos como en la comunidad de Qumrán donde se estipulaba que los enfermos no debían ser acogidos por ser considerados malditos de Dios. De igual modo, existían amonestaciones rígidas para quienes tuvieran la osadía de hablar con los enfermos y si era un rabino podría ser apedreado.

«Para Jesús, la riqueza, la prosperidad y la salud no son signos de la bendición de Dios, ni la pobreza o la enfermedad, signo de maldición. Jesús rompe para siempre la conexión mecánica que los hombres tendemos a establecer entre ciertas enfermedades y el pecado.

---

<sup>38</sup> Cf. Vendrame, 149-150.

“Ni este pecó ni sus padres; es para que se manifiesten en él las obras de Dios” (Jn 9,3)»<sup>39</sup>.

Jesús defiende los derechos de los enfermos ante las prescripciones y leyes que los marginan. En algunas ocasiones fue capaz de violar la ley del sábado para curar a un enfermo (Mc 3,1-6). Jesús pone la justicia de Dios por encima de la de los hombres. La gracia y la salvación para aquellos que no tenían acceso a ellas es la introducción a la justicia divina en medio del pueblo de Israel. Con estas demostraciones se ve que la justicia de Dios desborda los estrechos límites que tenemos de la misma donde los últimos pasan a ocupar los primeros lugares.

La justicia y la verdad de Dios no se limitan a una cultura específica, más bien trascienden toda frontera favoreciendo al más necesitado de atenciones primarias. Al poner la persona por encima de las leyes, Jesús, desenmascara<sup>40</sup> a las sociedades y grupos que sólo buscan sus intereses y beneficios personales cerrando las puertas al amor al prójimo. Con su nueva propuesta desafía al orden establecido y se gana enemigos por defender a los más modestos, desgraciados e indefensos de la sociedad.

Los evangelistas presentan a Jesús como el anuncio de los nuevos tiempos donde se ofrece la salvación y la mayor prueba es la salud que se ofrece. Su relación con los enfermos tiene como horizonte inmediato la oferta de la salud física y espiritual. Tanto es así que, las primeras comunidades cristianas lo van a recordar como: «Ungido por Dios con la fuerza del Espíritu Santo, pasó haciendo el bien y sanando a todos los oprimidos por el diablo, porque Dios estaba con él»<sup>41</sup>.

La presencia de Jesús y su accionar siempre van orientados hacia la vida y la salud del ser humano. No obstante, esto no puede llevarnos a pensar que su actividad curadora se reduce a quitar enfermedades; su finalidad es transformar al enfermo en un hombre nuevo, que sea capaz de ver la realidad desde una perspectiva diferente.

La acción sanadora es la que mejor define a Jesús como el enviado de Dios. Frente a todo lo que se decía de él Juan le manda a preguntar que si era el Mesías de debía venir o debían

---

<sup>39</sup> José Antonio Pagola, *Id y curad. Evangelizar el mundo de la salud y la enfermedad* (Madrid: PPC, 2004), 18. (A partir de aquí Pagola).

<sup>40</sup> Cf. Pagola, 19.

<sup>41</sup> Heb 10,38.

esperar a otro. Jesús no le contesta diciendo “Yo soy”, sino: “Id a contarle a Juan lo que habéis visto y oído: los ciegos recobran la vista, los cojos andan, los leprosos quedan limpios, los muertos resucitan, a los pobres se les predica el Evangelio” (Mt 11,2-5). Así también lo expresan los que presenciaron la resurrección del hijo de la viuda de Naín: “Un gran profeta ha surgido entre nosotros. Dios visitó a su pueblo” (Lc 7,16).

La salud que Jesús da va a revelar un significado de la dignidad misma del hombre. Por consiguiente, son variadas las interrogantes que pueden surgir desde la óptica del hombre de hoy y lo que significa la salud para él; el tipo de salud que quiere tener y lo prioritario para preservarla. En ese mismo orden, nuestro interés se centra más en qué puede aportar el Evangelio y su modelo de salud como superación de las expectativas del hombre de ayer y de hoy.

Los esquemas para la obtención de la salud estaban ligados a los templos y santuarios tanto en la antigua Grecia como en Israel. Con Jesús se da un gran giro; la salud no es una actividad mágica o producto de un accionar profesional. La valía está en la manifestación del reino de Dios y la vida en abundancia. No es la suplantación de la medicina y de los esfuerzos por lograr una mejor salud, sino la mejor manera de revelar la acción sanadora, el hombre nuevo con una salud y vida auténticas.

En la misma sintonía de la atención pastoral se encuentran los rasgos de la salud ofertada por Jesús a la humanidad. Dichos rasgos pasamos a mencionar y luego, de manera sintética a explicar: integral, radical, liberadora, reconciliadora, transformadora, responsable, ofrecida a los más débiles, portadora de un mensaje y abierta a la salvación.

La acción sanadora de Jesús va más allá de eliminar una dolencia, obstrucción física o problema en el organismo. Es construir al hombre por completo en su sanidad física y espiritual. Es sanar salvando a la persona integralmente (Lc 7,50; Mc 16,31). Es una salud radical porque sana a la persona desde sus raíces. «Pone al enfermo en contacto con esa parte de su ser que está todavía sana, estimulando lo mejor de ese deseo de vida que se esconde en todo ser humano»<sup>42</sup>. Un caso concreto es el enfermo de la piscina de Bethesda (Jn 5,6). La

---

<sup>42</sup> Pagola, 34.

intención de obtener la salud es, y debe ser, el primer paso si se quiere una sanación verdadera.

Lo que va a dar verdadero resultado es el deseo de sanar desde lo más profundo del ser del enfermo. Jesús no sólo pide la conversión, sino que pide que sea de corazón; que es, desde la tradición semita el “lugar de la toma de decisiones sobre la vida o la muerte de la persona”<sup>43</sup>. De ahí que, han surgido muchos refranes populares a raíz de uno que otro bíblico. Dentro de los refranes populares está: “De lo que está lleno el corazón habla la boca”. A nivel bíblico encontramos en la expresión de Jesús: “... de dentro del corazón sale lo malo” (Mc 7,21).

Una de las formas de cómo Jesús entiende la salud es la reconciliadora. Ella libera de la “noche oscura” de la división e infelicidad interior. Reconcilia consigo mismo y con la vida. Al otorgar la salud, Jesús, deposita en el interior de la persona: paz, bendición, perdón, amor, armonía y confianza en el futuro. Tanto a la hemorroísa como a la mujer<sup>44</sup> pecadora Jesús les sana y les perdona con las mismas palabras: “Tu fe te ha sanado. Vete en paz” (Lc 7,50; 8,48).

Cuando se da el paso de la enfermedad a la salud también ocurre la liberación del miedo, la ansiedad por lo que pasa en el momento y de la desconfianza ante el futuro. En este ámbito entra la parábola del Hijo Pródigo o del Padre Misericordioso (Lc 15,27). Al recobrar la salud la persona se reconcilia con Dios, su creador, consigo misma, con el prójimo y con toda la creación. Por tal motivo, cuando el hijo vuelve a la casa del Padre y se reconcilia con él, se le escucha decir a éste que lo ha recuperado sano.

La actividad sanadora de Jesús siempre tiende a la transformación de la vida de la persona<sup>45</sup>. Esa transformación manifestada en ver la realidad y la vida con nuevas perspectivas la

---

<sup>43</sup> *Ibíd.*, 35.

<sup>44</sup> La cogida de Jesús hacia las mujeres es sólo una muestra más de la disponibilidad de apertura hacia los pobres y oprimidos. Es Jesús quien respeta, acoge y reconoce la dignidad de la mujer. Cuando hablamos de la dignidad de la mujer no nos referimos al reconocimiento de la sociedad que pueda hacer de ellas, sino a la dignidad que desde el principio de la creación Dios le concedió siendo de la misma condición del hombre (Gn 2, 23).

<sup>45</sup> En el pueblo de Israel, sobre todo en tiempo de Jesús, las mujeres eran producto de humillación en sus derechos primordiales. Ellas eran propiedad del padre y luego del marido, no tenían derecho a testificar en los juicios, no podían aprender la Torá. Es en ese contexto donde Jesús irrumpe para devolver la dignidad perdida a la mujer con un gallardía y coraje a la que no pudieron hacer frente las autoridades competentes. Rompiendo lo estipulado por la ley Jesús se acerca a las mujeres, las cura y no menos precia a ninguna ni por el hecho de ser extranjera (Mc 7,24-30), supera los tabúes de la impureza legal (Mc 5,34), posee un sinnúmero de discípulas,

encontramos en los diversos relatos de curaciones; entre ellos el de la curación de Bartimeo (Lc 18,35-43). Hay una transformación tal en él que decide seguir a Jesús por el camino. Este seguimiento implica no sólo caminar o levantarse, sino servirle convencido de que se ha encontrado el verdadero tesoro.

Al ver el deterioro de la salud Jesús no ve un desorden moral de la persona como una responsabilidad de sus actos pecado-enfermedad. No obstante, la preservación de la salud es responsabilidad de cada persona. En algunos casos encontramos a Jesús haciendo la exhortación al enfermo de “no pecar más” (Jn 5,14). También la salud es responsabilidad personal, por eso, Jesús va a preguntar en varias ocasiones a los enfermos qué quieren o: “Quieres curarte?” (Jn 5,6). Luego de recuperar la salud Jesús invita a la responsabilidad de caminar por sí mismo y continuar con los suyos (Mc 2,4; Jn 5,8).

El respeto de la enfermedad hacia las personas no tiene barreras. Los ricos tienen los recursos para buscar las medicinas adecuadas que los pobres no pueden. Los evangelistas presentan a Jesús otorgando la salud a esos débiles e indefensos, marginados de la sociedad. Es el evangelista Marcos (5,26) quien alude a los costes médicos inalcanzables para los pobres.

Llegados a este punto, se podría insinuar que Jesús se negara a dar la salud a las personas pudientes. Al decir esto no estamos en lo cierto. Dos ejemplos nos ayudan a entender un poco más esta situación ante la que nos encontramos: el centurión de Cafarnaúm (Mt 8,5-13) y el de Jairo, jefe de la sinagoga (Mt 9,18-26). Lo que los evangelistas siempre van a puntualizar es la preferencia de Jesús por los pobres y desvalidos; aquellos que experimentan más la impotencia de su propia existencia porque no tienen la solución en las manos para sus problemas<sup>46</sup>.

En este sentido, el obsequio de salud de Jesús lleva un mensaje en sintonía con la proclamación del Evangelio, buena nueva. El recorrer por los pueblos y aldeas hace de Jesús el actor de la proclamación del reino de Dios y de la sanación de todo tipo de enfermedades.

---

la presenta como ejemplo a seguir cuando elogia a la viuda pobre (Mc 12,41-44) y, por último, mantiene una gran amistad con Marta, María y Lázaro. Cf. Bermejo y Álvarez, 917-918.

<sup>46</sup> Cf. Pagola; 37.

Las curaciones no se ven como sensacionalismos, sino como Evangelio que permite el despliegue total de la vida (Lc 5,25).

Pensar que Jesús sólo se preocupa por el individuo exclusivamente es desfigurar el mensaje evangélico. El proyecto de Jesús comienza con el individuo y se extiende a toda la sociedad. La sanación individual tiene una resonancia comunitaria. Un ejemplo determinante es la conversión de Zaqueo (Lc 19,9); su adhesión a Cristo es motivo de salvación para toda la familia. Es decir, el itinerario salvífico hace del hombre un ser nuevo en sus dimensiones. “Jesús está promoviendo salud social cuando defiende una convivencia fundamentada en la verdad y desde la verdad (Lc 6,41-42)”<sup>47</sup>.

Jesús va más allá de una salud física porque exhorta a evitar todo aquello que esclaviza, corrompe y hace daño a la persona. La salud social se pone de manifiesto en la lucha de Jesús para que haya más unión social donde ricos y pobres puedan convivir sin el sufrimiento de éstos últimos por el hambre y las desatenciones sanitarias.

Contrario a otras culturas que ponían el énfasis viendo como salud el cuerpo vigoroso, joven y bello; en Jesús la salud es para el hombre ser más humano. No se trata de cuidarla a como dé lugar, sino a no tener miedo y a confiar en Dios (Mt 10,28). Vida y salud han de estar al servicio del Evangelio para ganarlas por siempre según las promesas hechas por Jesús a quienes le sirvan. La entrega voluntaria pone su nota en Jesús quien es la “salud crucificada para la salvación del mundo”<sup>48</sup>.

Nuestra salud corporal es limitada porque está unida al cuerpo, nos ataca la enfermedad y la vejez nos va conduciendo a la muerte. Frente a las consecuencias que presenta la finitud de la salud ella necesita ser rescatada para dar respuestas a los anhelos que todo ser humano lleva en lo más profundo de su corazón. Por tal motivo, la obra redentora de Cristo da consistencia, dignidad y plenitud a nuestra vida en Dios. Por eso el creyente se aferra a la fe enfrentando los desafíos que la vida le presenta confiando en Jesús como camino, verdad y vida (Jn 14,6).

---

<sup>47</sup> Pagola, 39.

<sup>48</sup> No entraremos a dar explicaciones sobre la Teología de la Cruz y sus fundamentos bíblicos ya que podríamos desviarnos del objetivo de nuestro tema de investigación.

### 2.1.3. Dos modelos inspiradores: El Buen Pastor y el Buen Samaritano.

La imagen del Buen Pastor viene del Antiguo Testamento y representa las actitudes que han de acompañar a todos aquellos que deciden servir a Dios en los hermanos<sup>49</sup>. El segundo modelo la parábola icónica de que todos los que están involucrados en el cuidado de los enfermos y de las personas que se encuentran con heridas de diversas índoles.

#### A. El Buen Pastor

Cuando hablamos de esta figura sin igual del Buen Pastor las imágenes comparativas comienzan a aflorar a nuestras mentes y comenzamos a compararlas con lo contrario para perpetuar su superioridad frente a lo negativo. En tal caso X. León-Dufour nos dice:

«En la época de Cristo se juzgaba diversamente a los pastores. Se los asemejaba a los ladrones ya matones, pero se guardaba presente en la memoria la profecía del pastor venidero. Jesús la cumple y parece situar a los pastores entre los pequeños que, como los publicanos y las prostitutas, reciben de buena gana la Buena Nueva. En este sentido se puede interpretar la acogida que los pastores de Belén reservaron a Jesús, nacido probablemente en su establo (Lc 2,8-20)»<sup>50</sup>.

En Jesús se da a la perfección el cumplimiento de las profecías anunciadas al pueblo de Israel. Dichas profecías, de las que se estaba a la expectativa durante muchos siglos, comienzan a dar sus frutos con el nacimiento, en un establo, del Mesías; siendo testigos los pastores lugareños. Con esto se demuestra el cumplimiento del rescate de las ovejas abandonadas y conducidas por el Pastor hacia prados abundantes con suficiente agua.

El pasaje del Buen Pastor aparece varias veces en el Antiguo como en el Nuevo Testamento. Dos textos son una muestra de la veracidad e importancia que posee el título mesiánico: representando el AT está Ezequiel 34,1-25 y el del NT, que ilustra la identidad y las actitudes del Buen Pastor, es el de Juan 10,11-16. La definición que Jesús hace con el calificativo de bueno lo hace de ese modo porque la bondad es el ingrediente esencial para cuidar bien y relacionarse con los demás; brota del corazón y se transmite con gestos de benevolencia<sup>51</sup>.

Como el Buen Pastor, Jesús, libera y reconstruye al hombre enfermo. Se acerca a este mundo enfermo porque escucha el anhelo de vida y liberación que se escapa de estos hombres y

---

<sup>49</sup> Arnaldo Pangrazzi, *La Pastoral de la Salud. Sanación global*, (Santander: Sal Terrae, 2013), 11. (A partir de ahora Pangrazzi).

<sup>50</sup> Xavier León-Dufour, *Pastor y rebaño*, 653.

<sup>51</sup> Pangrazzi, 11-12.

mujeres que gimen ante la impotencia de su situación. El objetivo es liberarlos del mal que los oprime, los margina y destruye, reintegrarlos a la vida desde las raíces más profundas; recrearlos enteramente. No les ofrece explicaciones doctrinales sobre el bien y el mal, sino la practicidad de los hechos como un imperativo categórico que le impulsa a actuar haciendo el bien sin distinción.

Ante los asalariados que no les importan las vidas y el bienestar de las ovejas, Jesús se presenta como alguien diferente capaz de entregar su propia vida por las ovejas (Jn 10,11). Se nota que hay una estrecha relación entre el pastor y las ovejas ya que él las conoce y ellas le siguen porque también conocen su voz. Se denota una profunda identificación en procurar el bienestar de las ovejas ante las eventualidades de la vida de cada una.

Dentro de las cualidades del Buen Pastor está el ser para todos. Comprende que tiene otras ovejas que no están en el rebaño por las que debe seguir luchando para atraerlas al redil. A cada una las entiende con sus realidades, prejuicios, historias y esperanzas. Es la paciencia otra de las cualidades que le adornan al momento de guiar al rebaño curando las enfermas y fortaleciendo a las débiles.

Al resumir lo que hemos venido expresando de Jesús como el Buen Pastor las palabras que siguen a continuación pensamos es encierran un enorme contenido al respecto. Él es el Buen Pastor que:

«Compadeciéndose de los abatidos, aliviando a los fatigados y abrumados, cuidando a los enfermos, curando a los heridos, ofreciendo la vida abundante de Dios, conociendo a sus ovejas, llamándolas por su nombre, acompañándolas y hablando con ellas, entregándoles su propia vida, y entregándola libremente; haciéndose servidor y Buen Samaritano, para encarnar el amor ilimitado, compasivo y sanante de Dios Pastor»<sup>52</sup>.

Esa imagen del Buen Pastor es la que se espera de todos aquellos que están fungiendo las veces de Cristo en medio de las distantes y distintas realidades de la actualidad. Las semejanzas se buscan y cuando no se encuentran se produce una desilusión y desencuentro que termina en desengaño porque no se está haciendo lo que se debe; todo lo contrario, ocurre cuando las palabras y el testimonio van de la mano en la atención pastoral a los enfermos y

---

<sup>52</sup> Jesús Conde Herranz, *Introducción a la Pastoral de la Salud* (Madrid: San Pablo, 2004), 22. (A partir de ahora Conde).



a otros necesitados. Ser Buen Pastor vale la pena cuando se tiene como meta y camino a quien servimos y seguimos.

## **B. El Buen Samaritano (Lc 10,25-37)**

La parábola del Buen Samaritano es una de las más hermosas que Jesús usa como medio pedagógico para explicar una realidad patente donde cada persona puede sacar las conclusiones e identificarse con algún personaje de los que intervienen en el relato. Es una de las parábolas que explica mejor la identificación con el que sufre y donde se reflejan las actitudes adoptadas en pro y en contra de los hombres de ayer y de hoy ante quien pasa por momentos de dificultades. Esta es la alegoría tal como sigue:

«Y de pronto un experto en la ley se levantó para tentarlo, diciendo: “Maestro, ¿qué tengo que hacer para heredar la vida eterna?” Él le dijo: “¿Qué está escrito en la ley? ¿Cómo lees?”

Él respondió así: “Amarás al Señor tu Dios con todo tu corazón, con toda tu fuerza y con toda tu mente, y a tu prójimo como a ti mismo”.

Le dijo: “Respondiste bien. Haz eso y vivirás”. Pero él queriendo justificarse dijo: “Y ¿quién es mi prójimo?”» recogiendo la pregunta Jesús dijo: “Bajaba un hombre de Jerusalén a Jericó y cayó en una emboscada de bandidos que lo despojaron, y después de apalearlo se marcharon dejándolo medio muerto. Por casualidad, un sacerdote bajaba por aquel camino, y cuando lo vio, se desvió y pasó de largo. Lo mismo también un levita, aunque llegó a aquel sitio y lo vio, se debió y pasó de largo. Pero un samaritano que iba de camino llegó donde él estaba, y al verlo se conmovió; y acercándose le vendó las heridas después de echarles aceite y vino; y montándolo en su propia caballería, lo llevó al mesón y lo cuidó. Y al día siguiente, sacando la bolsa, dio dos denarios al mesonero y dijo: “Cúidalo; y lo que gastes de más yo te lo abonaré cuando vuelva”. ¿Quién de estos tres te parece que se portó como prójimo del que cayó en manos de los bandidos? Él dijo: “El que practicó la misericordia con él”. Y Jesús le dijo: “Anda y haz tú lo mismo”»<sup>53</sup>.

La parábola del Buen Samaritano tiene tres protagonistas: un sacerdote, un experto en la Ley (levita) y el samaritano; cada uno de ellos tiene una manera diferente de ver la misma situación del herido en el camino<sup>54</sup>. Tanto el sacerdote como el levita están preocupados por lo que dice la ley y el culto al respecto. Creían que socorrer a los heridos era una tarea que

---

<sup>53</sup> Lc 10,25-37. Es la conocida parábola del Buen Samaritano propuesta por Jesús para indicar quién en realidad es nuestro prójimo mediante un ejemplo sencillo con palabras diáfanos y elocuentes. Los signos, gestos y personajes dan en la diana, entre ceja y ceja, como si de un dolor neurálgico se tratara, en el contenido en desarrollo de nuestro tema de investigación.

<sup>54</sup> Cf. Pablo Guerrero Rodríguez, *Mucho más que dos. Acercamiento pastoral a la pareja y la familia* (Maliaño-Santander: Sal Terrae, 2016), 183.

no les competía a ellos. El encuentro con Dios lo ven a través de los ritos, ofrendas y sacrificios que puedan ofrecer en el templo.

El Samaritano observa al herido, su rostro y su difícil situación, siente compasión y se conmueve de él. Hace un alto en el camino y aunque eran diferentes no se deja condicionar por las barreras culturales o sociales. Se deja guiar por el corazón que presenta su humildad al solidarizarse curando las heridas de aquel prójimo que estaba malherido a orillas del camino.

Las actitudes que definen al Samaritano como bueno<sup>55</sup> son: toma conciencia al verlo; se compadece de él; proximidad: se acerca; entrega: le vendó las heridas, echando en ellas aceite y vino; acompañamiento: lo montó en su cabalgadura, lo llevó a una posada y cuidó de él; colaboración: «Al día siguiente sacó dinero y se lo dio al posadero diciendo: “Cuida de él, y lo que gastes de más yo te lo pagaré a mi vuelta”»<sup>56</sup>.

La compasión se define no sólo como la sensación de pena frente al que sufre sin sombra de implicación personal, sino como la capacidad de sufrir juntos. El Samaritano se ve asimismo en la persona de aquel a quien está socorriendo, no se siente ni superior ni inferior, sino igual al prójimo que requería de su socorro<sup>57</sup>.

El proceso de la compasión al acercamiento es clave ya que muchos pueden sentir compasión, pero no acercarse al que sufre y puede quedarse todo en lamentos. Él al aproximarse se implica ofreciendo su presencia a quien no la ha pedido, dando lo que es y lo que tiene sin importar la retribución de lo que estaba haciendo.

El Samaritano se entrega curando las heridas y vendándolas. Utiliza el aceite y el vino como bálsamos para aliviar el sufrimiento. Es un signo del cuidado y la protección que se ofrecen al necesitado. En ningún momento el Samaritano se quedó en lamentos, sino que, con lo que tenía fue capaz de aliviar, curar y vendar al herido<sup>58</sup>.

---

<sup>55</sup> Pangrazzi, 13-17.

<sup>56</sup> Lc 10,35.

<sup>57</sup>Cf. Amedeo Cencini, *Ladrón perdonado. El perdón en la vida del sacerdote* (Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2018), 47.

<sup>58</sup> Cf. Pangrazzi, 15-16.

“Interrompe su viaje para socorrer al desdichado”: monta, lleva y cuida en estado de emergencia al judío herido<sup>59</sup>. Le lleva hasta una posada y se queda por la noche a cuidarle para asegurarse de que estuviera en mejor estado de salud. Es un acompañamiento integral que implica todo un recorrido en momentos difíciles donde las fuerzas habían escaseado y las esperanzas de vida languidecían.

## **2.2. La atención pastoral a los enfermos en la Tradición de la Iglesia**

La mirada atenta a la historia de la Revelación nos lleva a comprender la evolución que ha tenido la atención pastoral a los enfermos, tanto en el Antiguo como en el Nuevo Testamento. La Sagrada Escritura como la principal fuente de la revelación fortalece a la Iglesia en su misión en medio de la historia con la ayuda del Espíritu Santo. Unida a ella se encuentra la Tradición como la segunda fuente de revelación de Dios actuante en la historia por medio de hombres y mujeres que continúan su misión para establecer el reino de Dios.

Por medio de la historia nos percatamos de los grandes esfuerzos que la Iglesia ejecuta para socorrer a los pobres y a los enfermos, siendo esta una parte importante de su misión en el mundo<sup>60</sup>. Ya en las primeras manifestaciones públicas en Jerusalén se muestra como Pedro, en nombre de Cristo, sana a un cojo de nacimiento (Hch 3,1-10).

Lo que conocemos como hospitales de cuidado a los enfermos comenzó con el gesto de la hospitalidad, no sólo a los amigos, sino también a los extraños. Las culturas de las grandes civilizaciones de oriente: asiria, egipcia, caldea e israelita; lo presentan como un hecho puntual común a todas ellas. No obstante, esto se ve ampliado con el concepto de misericordia hacia los pobres y los enfermos que trajo el cristianismo.

Con la misericordia unida a la hospitalidad se adquiere un sentido religioso en la acogida de las diferentes personas. En los imperios antiguos de Oriente, Grecia y Egipto no existía la asistencia pública a los enfermos; lo que sí había era la asistencia por medios de los del lugar a aquellos que asistían en peregrinación a los templos de Serapis en Egipto y de Apolo en

---

<sup>59</sup> Luciano Sandrin, *Frágil vida. La mirada de la Teología Pastoral* (Madrid: PPC 2008), 122.

<sup>60</sup> Cf. Juan Pablo II, Carta apostólica en forma motu proprio *Dolentium Hominum*, 11 de febrero de 1985, 1. (A partir de ahora DoH).

Grecia. En las inmediaciones eran hospedados todos los que acudían a dichos templos con la intención de hacerles más llevaderos sus viajes.

En Roma algunas familias, como la patricia, tenían el suficiente dinero para construir centros que dedicaban al cuidado de los esclavos ancianos y enfermos. En adelante, cuando el Imperio romano se fortaleció crearon lugares similares para atender a los militares heridos y enfermos. A pesar de ser vapuleada por el Imperio, la Iglesia fundó sus instituciones benéficas para pobres y enfermos. Con las donaciones y el financiamiento de los fieles cristianos, san Lorenzo, primer mártir de la Iglesia romana, construyó un lugar para atender a los enfermos a mediados del siglo III<sup>61</sup>.

El cuidado de los enfermos y de los pobres tenía a responsables al obispo, los diáconos y a las diaconizas. Cuando se suprimió el servicio de las diaconizas surgieron en su lugar las vírgenes cristianas para dar atención a los enfermo.

A la llegada de Constantino con el Edicto en el 313, la Iglesia pasó a ser la religión oficial del Imperio romano y pudo continuar sin obstáculos la asistencia a los pobres y enfermos. El apoyo fue descomunal a tal grado que la madre de Constantino, santa Elena, mandó erigir el primer hostel cristiano en Roma.

Las rutas de peregrinación hacia Palestina y Roma se convirtieron en los lugares donde se construyeron los primeros hospitales para asistir a los peregrinos que se enfermaban en el trayecto. Con el discurrir de los años los hospitales se crearon en otros lugares de necesidades importantes. A orillas del río Tíber en Roma el patricio Pommaquio y la matrona Fabiola fundaron dos hospitales. Otros cristianos al ver estas iniciativas se fueron sumando en la construcción de hospitales y en el servicio a los enfermos.

### *2.2.1. El monaquismo primitivo y la atención pastoral a los enfermos*

La carencia pastoral de las erecciones monásticas era común por la razón de que se habían retirado al desierto para vivir en soledad respondiendo a una vocación que apuntaba a la escatología. Los tiempos de las persecuciones habían concluido y muchos cristianos caían ante la tentación de sucumbir ante los privilegios de instalación que les ofrecía el mundo que

---

<sup>61</sup> Cf. Bermejo y Álvarez, 906.

antes les había sido negado. Es en este período donde ocurre lo que se denominó “*Fuga Mundi*” marcado por la fundación de muchos monasterios alejados de las ciudades.

En dos de las colonias anacoretas, la de Escete, Cella y Nitria existía una dedicación especial al cuidado de los monjes, enfermos y peregrinos que se reunían en esos lugares. Cuando llegó el momento, años más tarde, de incursionar en el trabajo pastoral para los monasterios san Basilio fue el responsable de impulsar tan ardua tarea y los que más salieron beneficiados fueron los enfermos.

Las noticias del bien que se hacía con la atención a los enfermos desde los monasterios se fueron extendiendo. En Capadocia con el apoyo de san Lázaro se construyó un monasterio y un hospital. La recomendación más importante, dentro de tantas para los monjes, era cuidar a los enfermos y puso las reglas de cómo debían hacerlo para que fuesen eficientes en su servicio; “sirviendo a Dios por medio de ellos”<sup>62</sup>.

Macrina la hermana de san Basilio se une a él en la labor y construye una casa de acogida para los pobres al lado de su monasterio. La institución hospitalaria de san Basilio creó mucho prestigio por lo que san Gregorio Nacianceno decide enarbolarlos con elogios resaltando sus progresos en favor de los enfermos y en la edificación del reino de Dios.

Este fervor de socorrer a los enfermos llevó a que; Basilio, Gregorio de Nisa y Gregorio Nacianceno, llamados los Padres Capadocios, elaboraran una teología de la enfermedad y de la asistencia pastoral a los enfermos; pasando de la teoría a la praxis y viceversa. Sus ideas eran de los lineamientos de la filosofía griega circundante que afirmaba que todo tiene un orden inmutable porque así Dios lo quería.

Los Capadocios afirmaban que era un deber que la Iglesia no debía eludir el dar testimonio en la historia haciéndose responsable de los enfermos como si del mismo Cristo se tratara. Se cuenta que ese espíritu profético es herencia de san Cipriano quien en el siglo III ponía las bases del comportamiento cristiano hacia los enfermos en el capítulo 25 del evangelista san Mateo donde se resaltan las obras de justicia y misericordia como normas para los seguidores de Cristo.

---

<sup>62</sup> Bermejo y Álvarez, 907.

El monaquismo en el siglo V sufre una transformación descomunal. En contraposición del monaquismo del desierto surge una modalidad urbana teniendo como inspiración a san Basilio<sup>63</sup>. Los hospitales eran construidos por los monjes junto a las basílicas de los santos, poniéndole las respectivas advocaciones para que los peregrinos y enfermos se sintieran más a gusto con esos lugares.

Todo fue adquiriendo una nueva forma de organización y compromiso eclesial y social en los pueblos donde se iba construyendo con esta dinámica innovadora. Así fue como se fue especializando la atención pastoral a los enfermos y se pudo ir catalogando el servicio en: «Nosocomio para los enfermos en general; gerontocomio para los ancianos y xenodoquio para los peregrinos»<sup>64</sup>.

Buscando ordenar el trabajo en el servicio a los más necesitados, desde el monasterio, surgen las reglas de san Benito<sup>65</sup>, donde se busca impregnar un interés primordial ordenando que junto a cada monasterio se construya un hospital y continua con la tradición de los Capadocios de atender a cada enfermos como si fuera el mismo Cristo en persona. San Juan Crisóstomo, en la zona de los suburbios de Constantinopla hizo erigir el primer hospital del lugar para atender a la cantidad creciente de leprosos.

Durante la era de los monasterios medievales era una norma que en cada monasterio existiese un hospital uno al lado del otro. En lo adelante el servicio pastoral de los monjes era atender a los enfermos y dar hospedaje a los peregrinos. Esa fue una de las razones del surgimiento de muchas congregaciones. Mucho de los recursos que se obtenían en el monasterio eran destinados para la atención pastoral de los enfermos. Ejemplo de desprendimiento de los monasterios están el de Cesáreo de Arlés que fundó un monasterio cerca de su iglesia catedral en 512 y el del monasterio de Oviedo erigido en el 802 por el rey Alfonso II.

---

<sup>63</sup>Cf. Alexandre Freire Duarte, “Basilio de Cesarea: la enfermedad en tiempo de lamentación”, coord. Javier de la Torre Díaz, *Los santos y la enfermedad*, (Madrid: PPC, 2019), 7-42. San Basilio no sólo propició la atención pastoral a los enfermos, sino que desde su propia experiencia como enfermo fue capaz de dar el mejor de los testimonios con obras y palabras teniendo su propia teología de la enfermedad. En dicha teodicea manifiesta que, ni la muerte, ni la enfermedad, ni el pecado; existen a causa de una intención malévol de Dios, porque él no es responsable de los males de los que padece la creación. Cf. 29.

<sup>64</sup> Cf. Bermejo y Álvarez, 907-908.

<sup>65</sup> Ignasi M. Fossas, OSB., “San Benito. La tradición monástica (Benedictina) y la enfermedad”, coord. Javier de la Torre Díaz, *Los santos y la enfermedad*, (Madrid: PPC, 2019), 87-96. La dedicación al cuidado de los enfermos tenía un lugar importante en el monasterio y exigía la preocupación especial, para dar cumplimiento a esta regla, tanto del abad como del ecónomo. Cf. 91.

En ese mismo ámbito, siglos más tarde, a partir del siglo XII ocurren toda una evolución en el mundo sanitario. Los motivos del cambio estuvieron en las sucesivas epidemias, el incremento de la población, las Cruzadas y la organización hospitalaria bizantina, la atención a los numerosos peregrinos que se dirigían a Tierra Santa y el redescubrimiento de la figura de Cristo pobre presente en los pobres. Junto a esto estuvo la motivación de la Reforma Gregoriana de la lectura frecuente del Evangelio donde el amor concreto a Cristo se expresa en el amor a los enfermos con los cuales se identifica Cristo.

La espiritualidad que surgió como consecuencia de la Reforma Gregoriana dio como fruto la adhesión de muchos obispos, personas que regresaban de las Cruzadas, clérigos regulares cuyas normas establecían que debían construir un hospital junto a su casa, miembros de juntas municipales, asociaciones artesanas, entre otros; todos ellos unidos en una causa común: la fundación de casas para asistir a los enfermos y pobres.

Los responsables en dirigir los hospitales contiguos a los monasterios o a las casas de los clérigos regulares eran los mismos religiosos. Los hospitales que eran dependencia de los obispos y de las asociaciones la dirección estaba bajo el mando de las confraternidades, constituidas por hermanos y hermanas que vivían en la observancia de la castidad, pobreza y la obediencia; sirviendo a los enfermos.

### *2.2.2. Órdenes hospitalarias medievales y la atención pastoral a los enfermos*

Resulta de singular importancia referirnos a las órdenes hospitalarias cuando hacemos de la atención pastoral a los enfermos se refiere en la Edad Media. En la primera mitad del siglo XII los consistorios y las asociaciones artesanales fundaron las Beguinas<sup>66</sup>, constituyéndose en los principales grupos o sociedades de vida común sin voto para trabajar en los hospitales; sumándose a esta labor la atención a los enfermos en sus domicilios. El testimonio de las

---

<sup>66</sup> «Estas piadosas mujeres, que quizás no podían entrar en el monasterio, decidieron, al amparo de la nueva mentalidad, llevar una vida monástica y de penitencia y vieron que el mundo laico también les podría ofrecer ese marco de libertad y donde poner en práctica una acción catequética y evangélica que la Iglesia les negaba. Entonces, se comenzaron a reunir fuera de los monasterios, en torno a una capilla, a un hospital o a una leprosería, y las aglomeraciones de sus pequeñas casas serán el embrión de los beguinajes, que cuando comiencen a desarrollarse serán una ciudad dentro de otra ciudad, pues contarán con casas individuales que se organizaban en torno a un patio y cerraban con su propia muralla. Una ciudad de damas, si tomamos prestado el título de la obra de Beatriz Pisan». Cf. Raquel Fernández Díez, *¿Por qué no sobrevivieron las Beguinas al siglo XXI?* VI Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres, 15-31 de octubre de 2014, consultada el 10 de diciembre de 2020, <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4947158.pdf>

actividades realizadas en el trabajo pastoral a favor de los enfermos daba como resultado que la vida activa de las confraternidades de hermanos y de las Beguinas fuera un ejemplo para sus contemporáneos.

Con el tiempo fueron surgiendo órdenes con los Hospitalarios de san Antonio, admirada por su entrega incondicional al cuidado de los enfermos de manera especial a los que estaban aquejados por la lepra, una de las enfermedades más comunes durante el período de la Edad Media. Así mismo, en Roma en el Hospital del Espíritu Santo servían los Hospitalarios del Espíritu Santo por disposición del papa. Los Hospitalarios del Espíritu Santo fueron fundados por Guido de Montpellier en 1198.

Una de las órdenes que tuvo un gran repunte por su servicio a los leprosos y que en Europa llegó a construir más de 3.000 leprosorios fueron los Caballeros de san Lázaro. Al igual que todas las órdenes antes mencionadas seguían las reglas de san Antonio y le añadían los tópicos que ellos creían que le harían originales de acuerdo con los intereses comunes de cada orden.

### *2.2.3. Transformación de la atención pastoral a los enfermos*

El desplazamiento a Aviñón de la residencia papal trajo mucha consecuencia para la Iglesia, pero sobre todo para el cuidado pastoral a los enfermos y pobres. Esta decadencia en el fervor hacia los enfermos se sitúa en los siglos XIV-XV. Otra de las razones fue que con las donaciones que se hacían el patrimonio fue engrosando significativamente y los administradores, clérigos y laicos, fueron malversando los fondos para usos personales. Por tal motivo, viendo la corrupción rampante, los patrocinadores ya no estuvieron prestos a continuar con sus beneficencias para enfermos y pobres.

La evolución continuó durante estos dos siglos (XIV-XV) quedando los hospitales en manos de las autoridades estatales y conducidos, en su mayoría, por los laicos. Se espera que con el cambio un tinte de progreso reinara en todos los ambientes de la sanidad, pero se fue perdiendo, poco a poco, “el calor humano y cristiano que la caracterizaba”.

No obstante, el espíritu cristiano se mantuvo en los hospitales gestionados y construidos por las autoridades civiles. Las asociaciones de caridad fueron el salvamento. La Compañía del Divino Amor encabeza la lista con diversas construcciones por toda Italia para atender a los



incurables. Sin embargo, la decadencia prosiguió su trayectoria galopante y algunas órdenes fueron suprimidas: Los Caballeros de san Lázaro por el Papa Inocencio III (1484-1492) y los Antonianos por el Papa Pío VI (1775-1799). A las acciones papales le sucedieron otras como la del Concilio de Trento (1545-1563) corrigiendo los abusos, pero cerrando las comunidades femeninas que no vivieran en comunión con las Órdenes terciarias<sup>67</sup>.

Las decisiones llevadas a cabo perjudicaron el ejercicio hospitalario, pero el Espíritu suscitó un rebrote de órdenes diocesanas que la Santa Sede fue tolerando. Trento propició las iniciativas y las Órdenes hospitalarias tuvieron un renacimiento desde otra perspectiva. Algunas de ellas son: Hermanos de san Juan de Dios, Clérigos Regulares Ministros de los Enfermos Camilos, Hermanas de la Caridad; fundadas por san Vicente de Paúl y santa Luisa de Marillac. Estas órdenes encontraron un terreno fértil en el Continente Americano que para esos años se había dado a conocer al resto del mundo<sup>68</sup>.

Prosiguiendo con el recorrido de la atención pastoral a los enfermos, nuevos tiempos llegaron y con ellos la Ilustración. Los aires iluministas veían como un humillación hacia los enfermos y pobres las obras de misericordia que la Iglesia realizaba. Pero ante estas críticas la Iglesia vio surgir, en muchos de sus miembros religiosos y religiosas, una respuesta fehaciente en pro del servicio a los más desfavorecidos de la sociedad.

En ese tiempo es el papa León XIII en 1891 con la encíclica *Rerum Novarum* quien sale a la defensiva. Él defiende a los obreros, clase más oprimida por la industrialización y el capitalismo, además, cambia la terminología de “obras de misericordia” por “justicia social”, “promoción de la justicia en la liberación de los pobres”<sup>69</sup>. Se abren las puertas terminológicamente para que la Iglesia y el mundo, con nuevos desafíos, continúen su servicio a los pobres y enfermos.

Era la última década del siglo XIX y la Iglesia se aperturaba a un nuevo siglo con una respuesta firme en la *Rerum Novarum* que en lo adelante su constituiría en la “Encíclica Profética” de la Doctrina Social de la Iglesia. A partir del contenido de la *Rerum Novarum*

---

<sup>67</sup> Bermejo y Álvarez, 910.

<sup>68</sup> Ángel Brusco y Sergio Pintor, *Tras las huellas de Cristo médico. Manual de teología pastoral sanitaria* (España: Sal Terrae, 2001), 34. (A partir de ahora Brusco y Pintor).

<sup>69</sup> Bermejo y Álvarez, 910-911.

se pudo hacer frente a muchos de los problemas que las sociedades han ido presentando a lo largo de los años.

El progreso tecnológico en la medicina y los logros científicos llevaron a que la medicina se fuera considerando como la “nueva religión” capaz de mostrar grandes prodigios en la superación de las enfermedades corporales. La organización estatal impulsó seguros de enfermedades y se da la medicalización de la vida de en sociedad en todos sus aspectos

El siglo XX ve la luz con el Estado asumiendo el control y monopolizando la asistencia hospitalaria, relegando a la Iglesia y a cualquier confesión religiosa de la atención pastoral a los enfermos. A pesar de esos cambios, la Iglesia continúa ofreciendo sus servicios a favor de los enfermos en diversos hospitales. A mediados del siglo XX la pastoral se actualiza para poder dar respuestas eficientes a la altura de los cambios de los avances en la ciencia de la medicina.

En definitiva, en los enfermeros y enfermeras, aunque no lo expresen, existe el servicio que desde siglos inmemoriales se ha venido ejecutando y que Dios ha querido transmitir para servirle a él mediante todo el bien que se pueda hacer a los enfermos. De manera que, buena parte de lo que conocemos actualmente, en el cuidado a los enfermos, tiene sus raíces más profundas en el cristianismo.

Queremos finalizar este apartado con las palabras de *Christifideles laici*, que, a nuestro modo de ver, sintetizan el contenido de lo que venimos expresando hace unos momentos:

«A lo largo de los siglos, la comunidad cristiana ha vuelto a copiar la parábola evangélica del buen Samaritano en la inmensa multitud de personas enfermas y que sufren, revelando y comunicando el amor de curación y consolación de Jesucristo. Esto ha tenido lugar mediante el testimonio de la vida religiosa consagrada al servicio de los enfermos y mediante el infatigable esfuerzo de todo el personal sanitario. Además, hoy, incluso en los mismos hospitales nosocomios católicos, se hace cada vez más numerosa, y quizá también total y exclusiva, la presencia de los fieles laicos, hombres y mujeres. precisamente ellos, médicos, enfermeros, otros miembros del personal sanitario, voluntarios, están llamados a ser imagen viva de Cristo y de su Iglesia en el amor a los enfermos y a los que sufren»<sup>70</sup>.

Lo expresado en la cita anterior manifiesta y justifica la razón fundante del porqué quisimos hacer un recorrido por la Tradición de la Iglesia trayendo datos y episodios que rememoran

---

<sup>70</sup> Juan Pablo II, Exhortación apostólica post sinodal *Christifideles laici*, 30 de diciembre de 1988, 53. (A Partir de ahora CL).

nuestras raíces en la atención pastoral a los enfermos. Tenemos razones suficientes para afirmar que la continuidad de la obra de Jesús a favor de los que más sufren no se ha detenido ni se detendrá siempre y cuando existan corazones dispuestos a escuchar su voz.

Visto el recorrido por la Tradición de Iglesia y todo lo que amerita el servicio a los enfermos nos adentramos a surcar por el vasto campo del Magisterio de la Iglesia tomando los aspectos más relevantes que competen a nuestro tema y haciendo una somera mención de algunos, que por su importancia no podemos dejar pasar por desapercibidos. Por tanto, como la Biblia reclama la Tradición de igual manera la Tradición se hace acompañar del Magisterio de la Iglesia para una mayor comprensión del tema en cuestión.

### **2.3. La atención pastoral y moral a los enfermos en el Magisterio de la Iglesia**

El Magisterio de la Iglesia presta muchos servicios a la sociedad, siendo el principal el anuncio de la Palabra de Dios. Es el primordial entre los servicios porque supone la participación en la misión profética de Cristo que incluye a todos los miembros de la Iglesia. El Concilio Vaticano II es claro cuando dice que los obispos y sus colaboradores, sacerdotes, diáconos; han recibido el carisma comunitario para «presidir en nombre de Dios la grey (de la que son pastores), como maestros de doctrina, sacerdotes del culto sagrado y ministros de gobierno»<sup>71</sup>.

A lo largo de la historia el Magisterio de la Iglesia ha ido dando respuestas enseñando la doctrina evangélica capaz de iluminar el camino hacia la salvación de todos los hombres. Esa enseñanza se da con autoridad de modo que vincule a quien la recibe de parte de la autoridad universal o local. Cada miembro de la Iglesia ha de responder de acuerdo con el grado de la responsabilidad que se le ha conferido: Papa, cardenales, obispos, sacerdotes y diáconos; siempre en común acuerdo con las líneas pastorales establecidas.

En el ámbito sanitario el Magisterio de la Iglesia desempeña un rol preponderante. El Papa Juan Pablo II en su carta apostólica *Salvifici doloris* reconoce que la Iglesia ha tenido un gran interés por la suerte de los que sufren<sup>72</sup>. Se muestra la autenticidad del Pastor cuando es capaz de, tanto en el pasado como en nuestros días, estar atento a las necesidades y acontecimientos

---

<sup>71</sup> Cf. *LG* 20c.

<sup>72</sup> Juan Pablo II, Carta apostólica *Salvifici doloris*, 11 de febrero de 1984, 1. (A partir de ahora SD).

que ocurren en la jurisdicción que le ha sido encomendada tanto en el plano sanitario como en los otros campos de su magisterio.

Las enseñanzas de los obispos, en sus diócesis, de los sacerdotes, en sus parroquias, son numerosas respecto a cómo enfrentar el dolor, la salud y la enfermedad, el modo de relacionarse con los que sufren y el de cómo atenderles. Sin embargo, queremos hacer hincapié en el Magisterio Pontificio<sup>73</sup> por la importancia y autoridad ejercida por medio de las encíclicas, cartas apostólicas, discursos y de los organismos de la curia romana que colaboran con el Papa de manera más cercana.

«Jesucristo confió a toda la Iglesia la tarea de continuar su misión, dando testimonio del evangelio. Los ministros de la Iglesia se hallan al servicio de este encargo de proclamación dado a todos los creyentes. Cuando los ministros, por medio de la predicación y la instrucción, exponen de manera verdadera y fiel el Evangelio, entonces están equipando a las comunidades y a los individuos para que crezcan en la fe y lleven a cabo su encargo. Por tanto, las enseñanzas del Magisterio es parte del testimonio total de la Iglesia»<sup>74</sup>.

Las directrices del Magisterio Pontificio antes del Concilio Vaticano II giraban en torno a los aspectos muy puntuales del amplio mundo de la sanidad. Las respuestas a las problemáticas son de índole, en su mayoría, doctrinales para aclarar la doctrina de la Iglesia respecto a algunas prácticas que se consideraban contrarias a las consideradas correctas.

Antes del Concilio Vaticano II los documentos pontificios van a versar en cuestiones puntuales del mundo sanitario. En el pontificado de León XIII (1878-1903), la Congregación del Santo Oficio (hoy Congregación para la Doctrina de la Fe) publicó diversos documentos sobre la cremación de cadáveres, la craneotomía, fecundación artificial y sobre la extracción del feto.

Bajo las directrices del pontificado de Pío X (1903-1914) se publica un solo documento titulado: “Decreto sobre la Extremaunción”. Así mismo, Benedicto XIV sólo saca a la luz:

---

<sup>73</sup> En cuanto al Magisterio Pontificio nos centraremos en el siglo XX por la importancia y desarrollo que presenta para nuestro tema de investigación. Brevemente mencionaremos la Pastoral de la Salud en América Latina y el Caribe. En el momento en el que resaltamos el siglo XX no decimos con esto que en los siglos anteriores no se haya hecho nada, sino que los documentos son escasos y no por ello hay que restarles importancia a los siglos anteriores sin los cuales lo que conocemos no hubiese sido posible.

<sup>74</sup> Heinrich Denzinger Peter Hünermann, *El Magisterio de la Iglesia* (Barcelona: Herder, 2017), 42. (A partir de ahora DZ).

Respuestas de la Congregación del Santo Oficio sobre la recepción de los sacramentos por parte de los moribundos cismáticos<sup>75</sup>.

En la encíclica *Mater et Magistra*, el Papa Juan XXIII (1958-1963) en los números 401-464 desarrolla el argumento sobre la fecundación artificial. Siendo ya Pablo VI el papa se retoma el tema de la cremación de cadáveres para modificar las decisiones que antes se habían tomado de cara a los nuevos tiempos.

Con el Concilio Vaticano II nuevos aires de transformación se presentan para la Iglesia, sin que ella pierda su esencia. Aunque no se encuentra ningún documento que el Concilio dedique por completo a la temática sanitaria, sin embargo, en sus documentos existen alusiones en dos dimensiones al ámbito sanitario: desde lo humano y desde el punto de vista de la fe cristiana.

La Constitución Dogmática *Lumen Gentium* (LM)<sup>76</sup> cuando se refiere al sacerdocio de los fieles dice que su ejercicio se realiza en la “Unción de los enfermos”<sup>77</sup> donde toda la Iglesia confía al enfermo a Cristo para obtener alivio en su dolor. Por tanto, son los sacerdotes los encargados del ministerio de la reconciliación y del alivio para con los fieles arrepentidos o enfermos.

El número 41f de *Lumen Gentium* está dedicado a la santidad a la vocación universal de los fieles. Cuando llega el momento de la enumeración de los diversos estados, incluye a los enfermos y los asocia a Cristo que sufre. Al confirmar la labor que ejercen los consagrados, hombres y mujeres, en muchos ambientes entre ellos los hospitalarios, el Concilio afirma que son ellos los que embellecen a la Iglesia ofreciendo sus variados servicios en favor de los más necesitados.

La Constitución *Sacrosanctum Concilium* (SC) sobre la liturgia acentúa su interés en el sacramento de los enfermos para que su celebración sea más dinámica y eficaz siempre observando las recomendaciones que el documento hace al respecto<sup>78</sup>.

---

<sup>75</sup> DZ 3635-3636.

<sup>76</sup> LG 11b.

<sup>77</sup> Antes del Concilio Vaticano II este sacramento se denominaba “Extrema unción”. Los prejuicios de ese nombre inicial persisten aún porque los fieles lo asocian con la muerte. Mediante la formación se insiste a los fieles de que este sacramento es para la salud física y espiritual, por tanto, no se debe tener miedo a este.

<sup>78</sup> SC. 73-75.

El decreto *Ad gentes*<sup>79</sup> presenta la actividad misionera de la Iglesia como una proyección de Cristo en el mundo donde los cristianos tienen el deber de transmitir la misma caridad con la que Cristo nos amó. A semejanza de Cristo han de continuar los senderos de la vida sanando las diversas enfermedades en unión con los hombres de cualquier condición en especial con los pobres y con los que más sufren.

El Concilio presenta el apostolado de los cristianos laicos en el documento *Apostolicam actuositatem*. En dicho documento en su número 18 se manifiestan los lugares en dónde pueden practicar su apostolado entre ellos aquellos en donde escasea la medicina y la deficiencia de la salud es patente. Es un mensaje que va dirigido a prestar sus servicios sobre todo en el amplio mundo de la salud, lugar de donde mejor se puede poner en práctica la acción caritativa como Iglesia<sup>80</sup>.

En el capítulo dedicado a la vida económico-social la Constitución *Gaudium et spes* hace una breve mención del tema sanitario<sup>81</sup>. Es la nueva forma de sociedad la que exige que se tenga especial cuidado a las personas que sufren por cuestión de enfermedad o por la edad. Son nuevos tiempos y se requiere de estrategias que puedan continuar preservando la dignidad humana en todos sus estamentos sociales.

Los mensajes que en las sesiones de clausura del 8 de diciembre de 1965 quiso enviar el Vaticano II a la humanidad están cargados de un contenido enriquecedor, sobre todo, para los “los pobres, los enfermos y todos los que sufren”:

«Nuestra pena aumenta cuando nos percatamos de que no está en nuestro poder proporcionaros la salud corporal ni la disminución de vuestros dolores físicos. Pero tenemos algo más profundo y precioso que ofrecer: la única verdad de responder al misterio del sufrimiento y de concedernos un alivio sin ilusiones: la fe y la unión con el Hombre de los dolores, el Hijo de Dios, crucificado por nuestros pecados y por nuestra salvación (...). Retomad el ánimo; vosotros sois los hermanos del Cristo que sufre, y con él, si lo queréis, ¡vosotros salváis el mundo!»<sup>82</sup>.

Es el período posconciliar el que mayor número de documentos va a traer a la luz en el campo de la sanidad. No obstante, algunos no los desarrollaremos porque pertenecen a la Bioética

---

<sup>79</sup> AG. 12.

<sup>80</sup> Concilio Vaticano II, Decreto *Apostolicam Actuositatem* sobre el apostolado de los laicos, 18 de noviembre de 1965, 8. (A partir de ahora AA).

<sup>81</sup> GS. 66c.

<sup>82</sup> Bermejo y Álvarez, 880.

como es el caso de *Humanae vitae* de Pablo VI y es otro campo de investigación que correspondería a otro trabajo que se puede realizar al respecto. Por consiguiente, sabemos que la Pastoral de la Salud y la Bioética van de la mano en el mundo sanitario, por tal motivo, tendremos que mencionar algún documento determinado por su importancia, como es el caso de *Dolentium hominum*.

### 2.3.1. El Papa Juan Pablo II y la Pastoral de la Salud

Dando continuidad a sus predecesores, el Papa Juan Pablo II (1978-2005) va más allá de lo que habían hecho los otros y no se limita a los temas de la fe, sino que opta por incluir dentro de su dinámica un concepto que surge a raíz del Concilio Vaticano II: Pastoral de la Salud. Ya no se está limitando la pastoral al cuidado de los enfermos, sino a la persona en su totalidad.

Continuando con sus muchos aportes al campo sanitario, el 13 de mayo de 1992 mediante una carta instituye “La Jornada Mundial del Enfermo”<sup>83</sup>. Esta jornada tiene como objetivo la sensibilización del pueblo de Dios, a las instituciones sanitarias católicas y a la sociedad civil a garantizar las mejores atenciones a los enfermos. Insta, de igual manera, a que se comprometan con ellos: las diócesis, las familias y a que se recuerde la importancia de la formación espiritual y moral de los agentes sanitarios.

### 2.3.2. Dos documentos de Juan Pablo II

Debemos resaltar dos documentos de Juan Pablo II que son de especial importancia: La carta Apostólica *Salvifici doloris* (SD) de 1984 y el documento *Dolentium hominum* (DoH) de 1985. El valor de ellos sienta un precedente en el campo de la Pastoral de la Salud proponiendo organizar; en las diferentes Conferencias episcopales, diócesis y parroquias, los equipos que harían realidad una pastoral de conjunto más allá del cuidado a los enfermos.

#### A. *Salvifici doloris*

La propuesta que Juan Pablo II hace con SD es iluminar con el Evangelio la cruda realidad del dolor humano, ayudando a los cristianos para que descubran el valor salvífico que

---

<sup>83</sup> Juan Pablo II, Carta apostólica *Salvifici Doloris*, 13 de mayo de 19842.

encierra el mismo. Esta carta está articulada en: una introducción, seis párrafos numerados y una conclusión.

Como es habitual en los documentos pontificios en la introducción se presenta un comentario con el objetivo del tema. Ya desde el primer punto se describe el mundo del sufrimiento humano desde la óptica existencial para dar paso a los detalles más amplios desde la mirada bíblica. En un segundo momento da respuestas a las preguntas sobre el sentido del sufrimiento recurriendo al Antiguo Testamento, en especial a la figura de Job.

En el tercer numeral se ofrece una respuesta contundente al problema del dolor relacionando al Nuevo Testamento con el Antiguo Testamento, es decir, el sufrimiento de Jesucristo con el “Siervo sufriente de Yahvé”, con el triunfo del amor que supera todos los obstáculos. Después de manifestar un análisis de las cartas de Pablo, en el cuarto numeral, se puntualiza el llamado de todo cristiano a hacerse uno con Cristo participando en sus sufrimientos para redimir al mundo.

En un quinto momento se propone el “Evangelio del sufrimiento” vivido por Jesucristo en plenitud, así como por María, su Madre Privilegiada; testigo de todo lo que pasó su hijo y copártcipe de su pasión. Se unen a ellos todos los hombres que en el discurrir de la historia sufren y han sufrido a semejanza de Cristo. Por último, el sexto numeral trae a colación la figura del Buen Samaritano como símbolo del hombre que se conmueve ante el dolor y el sufrimiento de la otra persona, aunque no le conozca.

En la conclusión se invita a acoger el sentido de la fe ya desvelada observando con determinación las distintas cruces que el hombre de hoy debe soportar y que le producen sufrimiento. Se trata de identificarnos con el que sufre por cualquier condición, en especial con los enfermos crucificados por el sufrimiento.

Una de las principales aportaciones de esta carta es que, «contribuyó sobre todo a iluminar con mayor claridad el sentido del dolor desde la perspectiva de la fe cristiana»<sup>84</sup>. Estas aclaraciones propiciaron una mejor comprensión de la antropología teológica. Por consiguiente, se fueron dando los pasos desde el Antiguo Testamento como punto de partida revelando el misterio del dolor basado en la justicia que ya había sido impugnado por el libro

---

<sup>84</sup> Bermejo y Álvarez, 886.



de Job para llegar al Nuevo Testamento presentando el amor que el Padre nos ha tenido entregando su hijo en el dolor para la salvación del mundo. No obstante, no es sólo el Padre quien dona, sino que el Hijo se ofrece como primicia para salvarnos del pecado de la muerte eterna.

A partir de lo antes expresado, todo sufrimiento encuentra su sentido a la luz del sufrimiento de Cristo. Tal como dice el número 24: «Parece que forma parte de la esencia misma del sufrimiento redentor de Cristo de que haya de ser completado sin cesar»<sup>85</sup>. Así pues, adherirse a los sufrimientos de Cristo da sentido a los nuestros y como Él damos testimonio, no del qué sino del para qué. No es pensar por qué sufrimos, sino para qué sufrimos.

Visto de esta manera, se da un sentido positivo al sufrimiento. Es el él donde el hombre se supera a sí mismo trascendiendo sus incertidumbres y desaciertos. De manera que, el hombre encuentra en la entrega de sí mismo, en el desgastarse por los demás, su plena realización. En esto consiste el secreto de la existencia humana, aunque ello conlleva dolor y sufrimiento tal como la vela que para iluminar tiene que desgastarse hasta cumplir su objetivo.

### ***B. Dolentium hominum***

Es con este motu proprio con el que Juan Pablo II, el 11 de febrero de 1985, instituyó la Comisión Pontificia para la Pastoral de los agentes sanitarios. Consta de seis números donde va presentado, desde el principio el objetivo del documento y sus raíces más profundas en Cristo del cual la Iglesia hace su estandarte para hacer presente el reino de Dios siendo su instrumento para todos, en especial para los más necesitados.

Un año después de haber publicado la carta apostólica *Salvifici doloris*, sobre el sentido salvífico del sufrimiento; en 1985 con el motu proprio *Dolentium hominum*<sup>86</sup>, Juan Pablo II constituye la Comisión Pontificia para la Pastoral de los agentes sanitarios. El documento de la creación especifica la importancia práctica de ese organismo de la Iglesia encargado de organizar, dirigir y articular lo que se hace en nombre de Cristo en el campo de la sanidad.

---

<sup>85</sup> SD 24.

<sup>86</sup> Juan Pablo II, *Dolentium hominum*, institución de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los agentes sanitarios, 11 de febrero de 1985. (A Partir de ahora DoH).

Es propio de la misión de la Iglesia el cuidado a los enfermos como integrante de su ser en la tierra, es decir, como Iglesia peregrina. Por tanto, el Papa insta a que no sólo sea la presencia de los pastores, sino de los fieles y los agentes sanitarios los que estén presentes para ayudar a los enfermos.

El número dos (DoH 2) enfatiza que la Iglesia siempre se guía por una concepción de la persona humana según lo que Dios quiere para ella como su destino. Asimismo, podemos ver también la enfermedad que tiene su origen en el alma de la persona. El número tres (DH 3) evidencia el progreso de todo lo referido a la salud y su organización en la sociedad. Uno de los adelantos es que las Naciones Unidas ha creado la Organización Mundial de la Salud. Esto conlleva a que frente a todos los avances se encuentra el riesgo de los desafíos éticos y religiosos que ellos representan tocando lo “más delicado de vida”.

En el número cuatro (DoH 4) se ve como una necesidad que la Iglesia respalde a los agentes sanitarios e instituciones católicas que buscan dar seguimiento a los problemas de la medicina y de la sanidad en los planos nacionales e internacionales. De manera que, la solución es una buena organización eclesial que como tal no es cuestión de una persona sino de todos.

El numeral cinco (DoH 5) prevé los beneficios que provocará esa unión favoreciendo la divulgación de una mejor formación ético-religiosa de los agentes sanitarios en el mundo. Esto llevará a una formación holística en la solución de los problemas y en la defensa de la dignidad de la persona humana.

Llegados a este punto, el numeral seis (DoH 6) expresa que lo expuesto hasta ese momento cuenta con el apoyo de expertos vinculados a la vida social y religiosa. De modo que, vincula, en su erección, la Pontificia Comisión para la Pastoral de los agentes sanitarios y el Pontificio Consejo para los laicos, aunque con autonomía organizativa y operativa. Prosigue el Papa enumerando las funciones, los miembros consultores y concluye dando libertad para que se pueda solicitar la ayuda de expertos para la formación de grupos de estudios.

La propuesta que Juan Pablo II hace en este documento es revolucionaria ya que la Pastoral de la Salud es una herramienta eficaz para la evangelización de las personas de hoy. Al presentar esta iniciativa no lo hace desde la teoría, sino que se compromete a fondo con la

práctica de esta, testigo de esto son sus alocuciones, visitas a enfermos, encuentros con los responsables de la sanidad y su insistencia en el buen trato para con los enfermos.

### *2.3.3. La Pastoral de la Salud en América Latina y el Caribe*

Con el impulso que había dado el Concilio Vaticano II y los aportes de Juan Pablo II a la Pastoral de la Salud, comienza un despertar en América Latina y el Caribe. No obstante, también aquí cabe decir con José Carlos Bermejo: «Hacer historia de la labor de la Iglesia en la Pastoral de la Salud se convierte en un reto, ya que este trabajo está por hacer y es muy poca la información historiográfica que se encuentra»<sup>87</sup>.

Las informaciones disponibles dan testimonio de que, desde la llegada de la Iglesia a América Latina, su misión principal fue atender a los enfermos, pobres y marginados. Los primeros hospitales fueron fundados a partir de 1567 donde las distintas órdenes, religiosos y laicos desarrollaron su vocación de servicio a los más necesitados. Con la experiencia que ya traían desde Europa se les hizo más fácil la construcción e instalación de las infraestructuras hospitalarias en las nuevas tierras carentes de los servicios más elementales.

Las primeras órdenes hospitalarias en establecerse en el “Nuevo Mundo” fueron: los Hermanos de la Caridad de san Hipólito (1567), los Hermanos de San Juan de Dios o Juaninos (1602), los Betlemitas (1626), los Camilos, los Padres de la Buena Muerte, los Crucíferos o Hermanos del Bello Morir (1735) y los Canónicos regulares de san Antonio (1787). Cada una de estas órdenes tuvo presencia en diferentes países beneficiando a los más necesitados<sup>88</sup>.

A pesar de tener una historia de más de cinco siglos, ha sido en los últimos años cuando en América Latina y el Caribe la Pastoral de la Salud se ha estado configurando como una pastoral articulada, planeada, orgánica y con directrices precisas. Su promoción ha estado a cargo de los encuentros latinoamericanos realizados por el Equipo de Apoyo de la Pastoral de la Salud del Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM).

Hasta el momento podemos resaltar cuatro encuentros latinoamericanos en apoyo a la Pastoral de la Salud: 1) El primero se realizó en Bogotá, Colombia, del 2 al 6 de octubre de

---

<sup>87</sup> Bermejo y Álvarez, 1275.

<sup>88</sup> *Ibid.*, 1276.

1989. Participaron diez países. El objetivo fue analizar los problemas del sector de la salud en América Latina y el Caribe a la luz del Magisterio de la Iglesia del compromiso de los cristianos.

2) El segundo encuentro fue en Quito, Ecuador del 14 de al 18 de septiembre de 1994. En esta ocasión los países presentes fueron trece. El objetivo consistió en la creación de líneas comunes en la orientación de la Pastoral de la Salud en América Latina y el Caribe. El resultado fue la elaboración de la “Guía de la Pastoral de la Salud en América Latina y el Caribe”<sup>89</sup>.

3) El tercer en encuentro se realizó en Santo Domingo, República Dominicana, del 16 al 20 de septiembre de 1998. Participaron los integrantes de catorce países. Los objetivos fueron dos: la reflexión sobre la motivación y la formación de los agentes de Pastoral de la Salud, y los principios orientadores en la formación de los agentes de la Pastoral de la Salud.

4) En el cuarto encuentro la sede fue Sao Paulo, Brasil, del 5 al 8 de abril del 2003. Los objetivos giraban en torno a la búsqueda de líneas de acción para hacer posible la solidaridad desde la perspectiva de la Pastoral de la Salud frente a los nuevos tiempos. Se planteó también como objetivo el fortalecimiento y consolidación de la estructura y la organización de la Pastoral de la Salud en América Latina y el Caribe.

En la Pastoral de la Salud en el “Nuevo Continente” la Iglesia ha visto con mucha preocupación las realidades miserables en que viven muchos hombres y mujeres en América Latina y el Caribe. Tres son los niveles que utiliza para hacer su análisis: el económico, el social y el de los servicios de salud. En lo económico se señala la corrupción, los desequilibrios macroeconómicos y la inversión de la pirámide demográfica<sup>90</sup>.

En el nivel social se denota la pérdida de la ética, el abandono de los ancianos y enfermos, el deterioro de las condiciones de vida, la desintegración social, el aumento de las enfermedades infecciosas, la amenaza del medio ambiente, entre otros aspectos que muestran las

---

<sup>89</sup> Consejo Episcopal Latinoamericano, *Discípulos misioneros en el mundo de la salud. Guía para la Pastoral de la Salud en América Latina y el Caribe* (Bogotá-Colombia: Departamento de Justicia y Solidaridad, CELAM, 2010), 120.

<sup>90</sup> Cf. *Ibíd.*, 1278.

vulnerabilidades a las que se debe hacer frente con determinación y ante las que la Pastoral de la salud tiene un rol fundamental en la solución de muchos de esos problemas.

El tercer nivel son los servicios de salud. Aquí se presentan las situaciones que son comunes a América Latina y el Caribe como son: privatización de la asistencia sanitaria, carencia de educación en la prevención de las enfermedades y el deterioro que se manifiesta en la ineficiencia en los servicios de salud. En este sentido, las conferencias de Puebla y Santo Domingo<sup>91</sup> hablan de las crudas realidades a las que se encuentra sometido el “Pueblo de Dios que peregrina en estas tierras”<sup>92</sup>.

#### 2.3.4. El Papa Francisco y la Pastoral de la Salud

Francisco elegido sucesor de san Pedro el 13 de agosto de 2013, hace referencia en diversos escritos a los enfermos. La carta que contiene el mensaje del papa a los enfermos es el mejor referente que tenemos al respecto. En la XXII Jornada Mundial del Enfermo del 11 de febrero del 2014 escribe una carta titulada: Fe y caridad: «También nosotros debemos dar la vida por los hermanos» (1Jn 3,16)<sup>93</sup>; en ella insta a que como Cristo se entregó por amor para nuestra salvación nosotros hagamos lo mismo por nuestros hermanos enfermos.

En consonancia con los sacramentos que recibimos, bautismo y confirmación, debemos continuar llevando a Cristo mediante nuestras acciones, en especial con la alegría y la esperanza “en medio de las contradicciones del mundo”. En el acrecentamiento de la ternura para tratar a los hermanos pone como modelo a la Madre de Jesús, nuestra madre, que olvidándose de sí misma es capaz de servir; ella siempre está atenta a las necesidades de sus hijos, teniendo predilección por los que más sufren.

La XXIII Jornada Mundial del Enfermo 2015 llevó como lema: *Sapientia cordis*: «Era yo los ojos del ciego y del cojo los pies» (Jb 29,15)<sup>94</sup>. Dice que la sabiduría del corazón es una

---

<sup>91</sup>Las conferencias de Puebla (México) en los números del 31 al 39 y la de Santo Domingo (República Dominicana) en el numeral 178 muestran cuáles son las causas que dan como consecuencias los “rostros sufrientes de Cristo en América Latina”.

<sup>92</sup>Esta es una frase común para referirse a los habitantes de esas tierras concretas empleada en los documentos conclusivos de las conferencias generales del Episcopado Latinoamericano de: Río de Janeiro, Medellín, Puebla, Santo Domingo y Aparecida.

<sup>93</sup> Papa Francisco, “Mensaje con ocasión de la XXII Jornada Mundial del Enfermo 2014. Fe y caridad: «También nosotros debemos dar la vida por los hermanos» (1Jn 3,16)”, 11 de febrero de 2014.

<sup>94</sup> Papa Francisco, “Mensaje con ocasión de la XXIII Jornada Mundial del Enfermo 2015. *Sapientia cordis*: «Era yo los ojos del ciego y del cojo los pies» (Jb 29,15)”, 11 de febrero de 2015.

actitud infundida por el Espíritu Santo que inspira compasión hacia los que sufren viendo en ellos la imagen de Dios. Esa sabiduría del corazón se demuestra en el servicio a los hermanos.

La sabiduría del corazón es servir al hermano enfermo aun cuando no sea capaz de agradecer, no sólo por un día, sino por todo el tiempo que sea necesario. La sabiduría del corazón es estar con el hermano, salir de sí mismo hacia él, ser solidarios sin juzgarlo. Al concluir sus palabras, el Papa, encomienda a María a todos los enfermos y a los que los cuidan para que crezca en todos la sabiduría del corazón.

La XXIV Jornada Mundial del Enfermo 2016 lleva el título: Confiad en Jesús misericordioso como María: «Haced lo que Él diga»<sup>95</sup> (Jn 2,5). Esta jornada coincidió con el Jubileo extraordinario de la misericordia y la celebración eucarística principal de esta jornada se realizaría en Tierra Santa.

La clave para afrontar la enfermedad en los diferentes estados, especialmente si es grave, la encontramos en María. Ella está siempre atenta a las necesidades y se da cuenta de lo que hace falta. Su intercesión por los necesitados nos da esperanza para prestar atención y “hacer lo que Él nos diga”. En las bodas de Caná, con todo el poder que Jesús tiene como Dios, podía hacer aparecer el vino sin pedir ayuda. No obstante, él pide la colaboración de los sirvientes para lograr el milagro. Él continúa obrando mediante la ayuda de muchas personas que dedican parte de sus vidas a cuidar a los enfermos.

Tanto en la enfermedad como en la salud debemos ofrecernos a Dios como el agua con la que se llenaron las tinajas que luego se transformó en vino. Cuidar, consolar y ayudar a los enfermos puede resultar pesado, pero hay que entregar a Dios nuestro trabajo humano para que Él lo convierta en algo bueno y divino para la alegría de todos, como el vino que alegra el corazón del hombre.

La XXV Jornada Mundial del Enfermo 2017 llevó por título: El asombro ante las obras que Dios realiza: «El Poderoso ha hecho obras grandes por mí...»<sup>96</sup> (Lc 1,49); el Papa anima a los enfermos, familiares, agentes sanitarios, voluntarios y a todos los que sufren a ver en

---

<sup>95</sup> Papa Francisco, “Mensaje con ocasión de la XXIV Jornada Mundial del Enfermo 2016. Confiar en Jesús como María: «Haced lo que Él os diga» (Jn 2,5)”, 11 de febrero de 2016.

<sup>96</sup> Papa Francisco, “Mensaje con ocasión de la XXV Jornada Mundial del Enfermo 2017: El asombro ante las obras que Dios realiza: «El Poderoso ha hecho obras grandes por mí...» (Lc 1,49)”, 11 de febrero de 2017.

María la garante de la ternura y del amor de Dios, siempre dispuesta a hacer la voluntad del Padre.

La mirada de la Virgen María a Bernadette, como una persona, nos lleva a pensar que cada enfermo y los que tienen alguna discapacidad son seres humanos a los que no se les debe tratar como objetos. El enfermo siempre necesita ayuda, pero también tiene el deseo de compartir con los demás y vivir su vida recuperando la salud.

La Jornada Mundial del Enfermo se constituye en una oportunidad formidable para la motivación del cuidado respetuoso de la vida, la salud y, igual manera, del medio ambiente. El respeto por la vida ha de llevarnos a cuidar de los más necesitados tratando a los enfermos con ternura y amor. Por tanto, la imitación de los que nos han precedido en el cuidado de los enfermos, como san Juan de Dios, san Camilo de Lelis y santa Madre Teresa de Calcuta; nos ayudan a ser signos del amor de Dios en el mundo.

En la XXVI Jornada Mundial del Enfermo 2018 el tema fue: *Mater Ecclesiae*: «Ahí tienes a tu hijo... Ahí tienes a tu madre. Y desde aquella hora, el discípulo la recibió en su casa»<sup>97</sup> (Jn 19,26-27). Las primeras palabras resaltan el deber de la Iglesia de servir tanto a los enfermos como a los que se cuidan de ellos para poder cumplir con lo que el Señor Jesús les ha encomendado.

Las palabras de Jesús a María, su madre, fundamentan la vocación de ella como Madre de la Iglesia. Unida a ellas se encuentra la expresión “Ahí tienes a tu madre” donde se ve que la madre siempre estará unida a los hijos en todo momento. Ante el dolor la madre no se paraliza y como Jesús quiere compartir su preocupación por toda la humanidad. Es así como en nombre de toda la humanidad Juan acoge a María como madre.

Esa vocación materna de María de cuidado por los demás sin exclusión se transmite a cada discípulo para que en adelante se cuiden los unos a los otros. Uno de los puntos llamativos del documento hace una mirada retrospectiva para iluminar el presente de la Pastoral de la Salud:

---

<sup>97</sup> Papa Francisco, Mensaje con ocasión de la XXVI Jornada Mundial del Enfermo 2018: *Mater Ecclesiae*: «Ahí tienes a tu hijo... Ahí tienes a tu madre» (Jn 19,26-27), 11 de febrero de 2018.

«Esta vocación materna de la Iglesia hacia los necesitados y los enfermos se ha concretado, en su historia bimilenaria, en una serie de iniciativas a favor de los enfermos. Esta historia de dedicación no se debe olvidar. Continúa hoy en el mundo. En los países en donde existen sistemas sanitarios públicos y adecuados, el trabajo de las congregaciones católicas, de las diócesis y de sus hospitales, además de proporcionar una atención médica de calidad, trata de poner a la persona en el centro del proceso terapéutico y de realizar la investigación científica en el respeto de la vida y de sus valores morales cristianos. En los países donde los sistemas sanitarios son inadecuados o inexistentes, la Iglesia trabaja para ofrecer a la gente la mejor atención sanitaria posible, para eliminar la mortalidad infantil y erradicar algunas enfermedades generalizadas. En todas partes trata de cuidar, incluso cuando no puede sanar»<sup>98</sup>.

La Iglesia se convierte en un “hospital de campaña” donde se cura a todos los hombres a los que la vida les ha herido. Existen países donde los únicos hospitales que tienen un adecuado cuidado por los enfermos son los de los misioneros y las diócesis. Es una labor que hay que agradecer y motivar a que otros continúen ésta de una manera coherente con la misma vida.

La XXVII Jornada Mundial del Enfermo 2019 lleva como título: «Gratis habéis recibido; dad gratis»<sup>99</sup> (Mt 10,8). Se resalta el don como uno de los signos más creíbles para la evangelización, poniendo como ejemplo al Buen Samaritano. La celebración de la Jornada fue la India. Declara que cada hombre es pobre e indigente necesitado y esa necesidad de ayuda se prolonga por el resto de su vida.

La cultura del descarte y de la indiferencia pueden ser superadas por el don de sí mismo. El enfermo necesita sentirse querido, apreciado y valorado en su integridad como persona. Su cuidado requiere profesionalidad y ternura para continuar apreciando el don de la vida que se nos ha confiado, no como posesión sino con reflejo del amor de Dios en nosotros.

El hecho de reconocernos necesitados ha de llevarnos a actuar con responsabilidad y a responsabilizar a otros en el cuidado de lo que nos es común a todos: la vida. Cuando reconocemos que somos necesitados nos damos cuenta de que hasta el mismo Dios se rebajó en Cristo para nuestra salvación. Esta salvación de la humanidad siempre ha contado con la disponibilidad de mensajeros que llevando la Buena Nueva se hacen instrumento de Cristo.

---

<sup>98</sup> *Ibíd.*

<sup>99</sup> Papa Francisco, “Mensaje con ocasión de la XXVII Jornada Mundial del Enfermo: «Gratis habéis recibido; dad gratis» (Mt 10,8)”, 11 de febrero de 2019.



Con admiración y cariño se recuerda la labor de santa Madre Teresa de Calcuta, quien hizo visible el amor de Dios a los pobres y enfermos. Su trabajo en defensa de la vida, nacida o no, puso de manifiesto la misericordia de Dios llamando a los poderosos a reconocer y pedir perdón, porque la pobreza a la que están sometidas muchas personas es producto de la injusticia que ellos provocan olvidándose del bien común. La santa madre Teresa nos inspira para que nos demos cuenta de que el único criterio de acción debe ser el amor que se dona sin distinción de fronteras, color, raza ni religión.

La invitación final es a irradiar el don de la vida, la solidaridad y la gratuidad para hacer frente a la cultura del descarte, de la indiferencia y a no anteponer los intereses personales o de empresas en contra de la salud de las personas. Asimismo, para mantener y recuperar la salud se necesita de amistad, solidaridad y de la confianza en sí mismo compartiendo con los demás.

En el año 2020 la Jornada Mundial del Enfermo tuvo como tema: «Venid a mí todos los que estáis cansados y agobiados, y yo os aliviaré»<sup>100</sup> (Mt 11,28). Con esta invitación Jesús se dirige a cada hombre herido en el cuerpo o en el espíritu para que depositen en él sus penas, sufrimientos y enfermedades. Jesús reconoce las enfermedades y las debilidades porque mira con misericordia sin descartar a nadie para que entremos en él y disfrutemos de su ternura.

Son los enfermos los que atraen la mirada de Jesús porque se sienten cansados y agobiados por el peso de los sufrimientos que trae consigo la enfermedad. A ellos Jesús no les da recetas, sino que su pasión muerte y resurrección son la prueba de que nos ha liberado del mal. Él nos acompaña aún en el silencio de la “noche oscura” para encontrar el consuelo que realmente necesitamos.

Anima a los agentes sanitarios para que en cada diagnóstico, examen o tratamiento tengan pendiente la dignidad de la persona humana. Se debe tener siempre en cuenta que antes que

---

<sup>100</sup> Papa Francisco, “Mensaje con ocasión de la Jornada Mundial del Enfermo 2020: «Venid a mí todos los que estáis cansados y agobiados, y yo os aliviaré» (Mt 11,28)”, 11 de febrero de 2020.

el adjetivo “enferma” se encuentra el sustantivo Persona que es a quien se debe de apreciar en sí misma; sin caer en los extremos que vulneren su dignidad y su vida.

Llama la atención de los agentes sanitarios para que, ante los casos límites y frente al fracaso de la ciencia médica, se abran a la dimensión trascendente de la vida de cada persona. Sólo así encontrarán el sentido pleno del servicio que se ofrecen a cada persona enferma. Ante la imposibilidad de la curación “la profesionalidad animada por la caridad cristiana” será el mejor testimonio que deben dar a los enfermos, recurriendo a los medios apropiados para darles alivio y consuelo.

El Papa alude a los momentos difíciles por los que tienen que pasar los agentes sanitarios por llevar a cabo su profesión en los países donde hay guerras, convirtiéndose en objeto de mira y en otros países los gobernantes buscan manipularlos para sus propios beneficios en contra del bien común. Sostiene que los ataques a los que se dedican a cuidar la salud no benefician a nadie; perdemos todos. En ese mismo aspecto, se condele de los enfermos pobres que no tienen los recursos para costear sus tratamientos.

En conclusión, hace un llamado a las instituciones sanitarias y a todos los Gobiernos del mundo para que no se desentiendan de la justicia social que no sólo se basa en el ámbito económico, sino también en el plano sanitario en sentido holístico.

En el año 2021 la Jornada Mundial del Enfermo tiene una connotación muy especial por el hecho de la pandemia que comenzó en China a finales de 2019 y que se ha extendido por todo el mundo. El tema de fue: Uno solo es vuestro Maestro y todos vosotros sois hermanos (Mt 23,8). La relación de confianza, fundamento del cuidado del enfermo<sup>101</sup>. El Papa pide una atención especial para los enfermos y para quienes cuidan de ellos en los diferentes lugares. Insiste y se solidariza con “quienes sufren en todo el mundo los efectos del coronavirus”.

---

<sup>101</sup> Papa Francisco, “Mensaje con ocasión de la XXIX Jornada Mundial del Enfermo: Uno solo es vuestro Maestro y todos vosotros sois hermanos (Mt 23,8). La relación de confianza, fundamento del cuidado del enfermo”, 11 de febrero de 2021.

A raíz del texto elegido (Mt 23,8) se critica la postura de quienes son hipócritas, “dicen, pero no hacen” lo que deben hacer por el prójimo. Es de esa manera como la fe profesada se debilita y la incoherencia frustra de vida de fe de los otros hermanos. Este mal de la hipocresía no nos deja inmune ya que nos interpela a todos sin distinción. La hipocresía nos impide dar los frutos que se esperan de nosotros como hijos de un mismo Padre invitados a vivir en fraternidad.

El remedio que Jesús propone para superar la hipocresía es detenerse en el camino de la vida, escuchar y ayudar con nuestra solidaridad empáticamente al hermano sufriente que clama, a veces desde el “silencio de los secretos a voces” de los enfermos olvidados. Es en la enfermedad donde se experimenta la vulnerabilidad y la necesidad del otro. Ella nos hace acercarnos más a Dios. A veces no se encuentran respuestas en el momento, como en el caso de Job a quien su esposa y amigos no fueron capaces de acompañar en su desventura cayendo en la incompreensión de los suyos.

La pandemia ha sacado a la luz la deficiencia de los sistemas sanitarios y del cuidado a los enfermos. Las decisiones políticas tienen bajo su mando el acceso a los tratamientos de los ancianos y de los más débiles. Se olvida muchas veces que la enfermedad tiene muchos rostros; los rostros de cada hombre y de cada mujer que padece. Por otra parte, la pandemia ha manifestado la entrega incondicional de hombres y mujeres que han decidido poner nombre a los rostros de los enfermos ayudando, consolando y curando las heridas de los hermanos; demostrando que somos miembros de una familia universal.

Los elementos de la cercanía como bálsamo, de la solidaridad fraterna y todo el aspecto relacional con la persona enferma, formando un todo, son necesarios para que exista una buena terapia. La valoración de esos aspectos ayuda a “los médicos, los profesionales y a los voluntarios” a acompañar a los enfermos en un camino de curación mediante una relación de confianza interpersonal.

El documento invita a que las sociedades tengan en cuenta que son humanas en la medida en que asisten a los débiles y enfermos motivadas por el amor que existe entre los hermanos. Anular la exclusión y la soledad ha de ser la meta a la que nos encaminemos como hermanos en la construcción del reino de Dios entre nosotros. La intercesión de la Virgen es la poderosa

oración que une a cada cristiano, como en la boda de Caná, para alcanzar lo que nos hace falta para cuidarnos los unos a los otros con ternura, amor y en confianza fraternal.

En otro orden, al finalizar este capítulo, debemos resaltar el recorrido que hemos hecho hasta el momento. El hecho de analizar la realidad del cuidado pastoral a los enfermos que se está llevando a la práctica en la Diócesis de San Francisco de Macorís, República Dominicana, nos ha motivado a iluminarla desde las fuentes de la Teología Moral; que es este segundo capítulo que estamos concluyendo.

Pensamos que, vista la situación concreta, iluminada por las fuentes de la Teología Moral: Biblia, Tradición y Magisterio de la Iglesia; esto nos da las bases necesarias para adentrarnos al tercer capítulo: “Pastoral de la Salud para la Diócesis de San Francisco de Macorís”. En el mismo buscamos plantear una reflexión teológica-moral y pastoral donde, de igual modo, se plantearán propuestas y conclusiones que permitirán hacer un aporte para la dinamización de la Pastoral de la Salud en dicha jurisdicción eclesiástica.

### **CAPÍTULO 3. PASTORAL DE LA SALUD PARA LA DIÓCESIS DE SAN FRANCISCO DE MACORÍS**

En la vida constantemente estamos sometidos a grandes transformaciones que van permitiendo grandiosos logros en el actuar y en el ser de cada persona. En tal sentido, la Diócesis de San Francisco de Macorís se sitúa en el marco de la apertura hacia una actualización en sus pastorales que tienen como norte la transmisión del Evangelio de la vida a todas las personas.

En la actualidad, constatamos que, haciendo una mirada retrospectiva, hemos avanzado mucho respecto a la ciencia, comunicaciones y también en los conceptos. Esto ha permitido que la evolución se dé tanto en la práctica como en la teoría. En el campo de la pastoral, la Iglesia ha considerado oportuno insertar en su abolengo conceptos que sean performativos en las realidades existenciales puntuales:

«Ya no hablamos de pastoral de los enfermos sino de pastoral de la salud en sus tres dimensiones: solidaria, comunitaria y político-institucional, porque la acción de la Iglesia debe llegar a la realidad total de la persona, donde ésta vive y actúa, y no únicamente a la situación de la enfermedad»<sup>102</sup>.

Estas dimensiones van de la mano con los horizontes de la Pastoral de la Salud, no obstante, por su importancia queremos resaltarlas como un complemento que nos ayuda a desarrollar nuestra tesis y manifestar los horizontes de una propuesta adaptada a los nuevos paradigmas de la salud. En este mismo contexto definimos la dimensión solidaria como aquella que tiene como objetivo ser la presencia de Jesús, modelo de Buen Samaritano<sup>103</sup>. Se busca acompañar a los enfermos y a los que sufren en las comunidades, familias e instituciones sanitarias.

La dimensión comunitaria favorece la educación y promoción de la salud poniendo el énfasis en la salud pública y el debido saneamiento básico, actuando esencialmente en la prevención de las enfermedades. La otra dimensión es la político-institucional, ella vela porque los organismos e instituciones públicas y privadas que prestan servicios y forman profesionales de la salud tengan presente su misión social, política, ética, bioética y comunitaria.

---

<sup>102</sup> Consejo Episcopal Latinoamericano, *Discípulos misioneros en el mundo de la salud. Guía para la Pastoral de la Salud para América Latina y el Caribe* (Bogotá-Colombia: CELAM, 2010)10.

<sup>103</sup> El Buen Samaritano es la parábola principal que dinamiza el accionar de la Pastoral de la Salud y que ya hemos explicado con detalles en el capítulo anterior.

Esos avances que se han ido dando en la unificación de criterios, directrices y lenguajes permiten apreciar la Pastoral de la Salud como el medio mediante el cual se busca manifestar la salud plena que Cristo ha venido a traernos a todos sin distinción alguna.

En la propuesta en este tercer capítulo que lleva como título: “Pastoral de la Salud para la Diócesis de San Francisco de Macorís”; hacemos una reflexión partiendo de su realidad actual, incorporando las fuentes de la Teología Moral, el Magisterio de la Iglesia y desembocando en una reflexión teológico-moral y pastoral donde aunamos los aportes que han venido acompañándonos a lo largo de los dos capítulos anteriores.

Otro de los aspectos que tratamos es la “Reflexión teológico-moral y pastoral”; en el mismo presentamos la aplicación teológica que ha de hacerse a la luz de la revelación de lo que es y debe ser la Pastoral de la Salud en la realidad encarnada. En este mismo orden, al formular “Una propuesta para la Diócesis de San Francisco de Macorís”, queremos dar concreción a todo lo que hemos venido manifestado en el transcurso de los dos capítulos anteriores como una manera de llevar a la práctica nuestra investigación.

### **3.1. Reflexión teológico-moral y pastoral**

La pastoral es la parte integrante de la teología que reflexiona sobre Dios que ha querido hacerse historia desde el principio de la creación al establecer un diálogo mediante el cual nos ha hecho partícipes de su vida divina. Dios Padre mediante los profetas y reyes hace una alianza de amor con su pueblo declarándose su Pastor. El Hijo tomó nuestra condición humana para cuidar del rebaño del Padre autoproclamándose como el Buen Pastor; el Espíritu Santo continúa la obra del Padre a través del Hijo sosteniendo por siglos a los discípulos que actúan en su nombre<sup>104</sup>.

Llegados a este punto de nuestra reflexión tenemos que preguntarnos, para situarnos en el contexto mismo de la cuestión ¿qué relación existe entre la pastoral general y Pastoral de la Salud? La respuesta que nos ayuda a clarificar esta cuestión es que la pastoral es la multiforme acción de la comunidad cristiana de cara a las concretas situaciones de la vida teniendo como medios oportunos proclamación de la Palabra, las celebraciones, las diferentes formas de servicios y la variedad de las relaciones. En cambio, por Pastoral de la

---

<sup>104</sup> Luciano Sandrin, *Teología pastoral. Lo vio y no pasó de largo* (Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2015), 59.

Salud se entiende la presencia y la acción de la Iglesia para pedir la ayuda del Señor no sólo para los enfermos, sino también para cuantos les cuidan. La Pastoral de la Salud ha sido interpretada de formas diversas por las culturas, las ciencias médicas y el desarrollo de la reflexión teológica<sup>105</sup>.

Por consiguiente, esta reflexión teológico-moral y pastoral se abre a los tres horizontes que abarcan el mundo de la salud: la prevención, la curación y la rehabilitación<sup>106</sup>. Desde esos tres horizontes se pueden ver más claros los cometidos de la Pastoral de la Salud como una pastoral holística dentro del quehacer de la Iglesia de cara a los nuevos tiempos. Al ser una pastoral dinámica contiene en su ser las respuestas que debe dar la Iglesia al hombre antes, durante y después de su enfermedad:

«Leer la pregunta por la salud en los distintos mundos sociales, lingüísticos y culturales supone captar en esa pregunta la llamada que Dios hace resonar en la misma situación histórica. Esto es importante para una reflexión teológica-pastoral en la que la comunidad cristiana se decide por un actuar, que exprese la verdad perenne del Evangelio en las experiencias importantes de la vida y sea anuncio constructivo del Reino»<sup>107</sup>.

Partiendo del carácter existencial del hombre de “carne y hueso”, como bien diría Miguel de Unamuno, es como la comunidad eclesial puede orientarse para captar la llamada de Dios que invita a actuar en su nombre. Para lograr este cometido es imprescindible estar atentos a la acción del Espíritu Santo que también se manifiesta en las preguntas, las aspiraciones y las esperanzas de los hombres de hoy.

Por tanto, es necesario redescubrir las ofertas que están en el Evangelio para el hombre de hoy. Esto no implica que se deba retroceder a esquemas anquilosados de una religiosidad útil y funcional. En la medida en que esto suceda, habrá que gestionar también la capacidad que posee la salvación de hacerse historia con el hombre dando respuestas a sus sueños, ilusiones, esperanzas y realidades concretas.

---

<sup>105</sup> Cf. Luciano Sandrin, *Frágil vida. La mirada de la teología pastoral* (Madrid: PPC, 2008), 103.

<sup>106</sup> Estos tres horizontes son planteados por Arnaldo Pangrazzi, *La Pastoral de la Salud. Sanación global* (Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2013), 7.

<sup>107</sup> Luciano Sandrin, *Frágil vida*, 108.

Ya en el capítulo anterior hablábamos de los profundos cambios que se han producido en el mundo sanitario<sup>108</sup>. No obstante, resaltamos que el nuevo concepto de salud no implica sólo el cuerpo, sino también lo psíquico, social y espiritual de la persona, e incluso el ambiente en el que la persona vive y trabaja. Por eso, la pastoral de la Iglesia debe continuar renovando sus métodos y la manera de hacer pastoral en un mundo cambiante buscando dar respuestas adecuadas desde la óptica de Jesucristo, Buen Pastor y Buen Samaritano.

Otra definición de salud es la que nos ofrece el Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud al puntualizar que ella no es solamente ausencia de enfermedades, sino también el proceso dinámico de equilibrio y armonía física, mental, social y espiritual de acuerdo con las diversas etapas de la vida. Por tanto, no se excluye la enfermedad del concepto de salud, sino que se incluye en la perspectiva pascual de Cristo<sup>109</sup>.

Ese vasto mundo de la salud tiene que ver con los familiares, con la comunidad y con el ambiente; incluye los acontecimientos fundamentales desde el nacimiento hasta la muerte y los interrogantes provocados por el sufrimiento y la enfermedad, e implica un desarrollo armonioso y global de toda la persona. El campo de acción de la comunidad eclesial, por tanto, no es sólo el específico de la sanidad, sino el más amplio de la salud<sup>110</sup>.

Lo dicho anteriormente nos permite apreciar que la Pastoral de la Salud extiende su radio de acción más allá de la sanidad; es decir, tiene que ver con el ser humano en general. Por tal motivo, es Pastoral de la Salud porque no llega sólo a los enfermos, sino también a los que cuidan de ellos, a los sanos que pueden estar en distintos y distantes ambientes. Se inspira, de este modo, una cultura más atenta a los valores de la salud y de la vida basada en las experiencias propias y ajenas.

---

<sup>108</sup> Aunando esfuerzos por organizar la acción de la Iglesia a favor de los necesitados en especial de los enfermos, el Papa Juan Pablo II en su Carta Apostólica *Dolentium Hominum*, la cual hemos desarrollado en el segundo capítulo, va a expresar que la Iglesia ha percibido muy claramente en el servicio a los enfermos y a los que sufren como parte integrante de su misión. Siendo los misioneros los encargados de asociar la predicación con la asistencia y el cuidado a los enfermos (DoH 1).

<sup>109</sup> Cf. Javier Lozano B. Arzobispo-Obispo emérito de Zacatecas Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. Primer encuentro de los Obispos Europeos Encargados de la Pastoral de la Salud, de parte de sus respectivas Conferencias Episcopales, 9 de febrero de 1998.

<sup>110</sup> Cf. Luciano Sandrin, *Cómo afrontar el dolor* (Madrid: San Pablo 1999), 23.



Cuando se plantea poner en marcha esto es importante tener presente: vivir la oración, la liturgia y los sacramentos como caminos programáticos de la salud hacia la salvación<sup>111</sup>. Si la oración, la liturgia y los sacramentos van de la mano en la vida del creyente, poniendo a Cristo como amigo de la vida y de la salud, se estará cumpliendo con el mandato de Jesús actuando como sus discípulos en los momentos actuales.

Unido a todo lo anterior, ayuda mucho, cuando se puede, hacer una revisión de los conceptos morales inculcados en la transmisión de la fe, para celebrar en su verdadero sentido el sacramento de la reconciliación. Una debida formación ayuda para hacer una profilaxis y corregir algunos errores en los que se cae muchas veces por la deformación o contaminación doctrinal al entrar en contacto con otras esferas religiosas.

El descubrimiento de la persona de Jesús en nuestras vidas lleva a examinar su modo de actuar con las personas que le buscaban o se encontraban con él. De igual manera, somos invitados a no ver la salud como la recuperación del paraíso perdido, cuando llega la enfermedad, sino a trabajar la salud de manera comprometida en todas sus dimensiones: en el cuerpo, en la mente, en las relaciones, en la gestión de los sentimientos, en las vivencias de los valores y de nuestra condición de seres trascendentes<sup>112</sup>.

Lo que se busca con los tres horizontes presentes en la Pastoral de la Salud es puntualizar, de una forma más asertiva, cómo de una forma práctica se dan en la vida de todo ser humano y es un campo en el que la Iglesia debe continuar incursionando con espíritu renovado y un corazón palpitante. Bien sabemos que la Iglesia como Madre y Maestra va transformando la vida de sus hijos llevándolos de la penumbra a la luz. Por tal motivo, queremos continuar viendo a la Iglesia como Madre que acoge, ama, cura y cuida a sus hijos sin distinción de clases sociales, o de diferencias religiosas, étnicas, o de preferencias sexuales.

No hay que dejar de lado la dimensión de Maestra de la Iglesia, pero preferimos la de Madre. Lo hacemos de esta manera porque queremos enfatizar la necesidad de afecto materno que tienen los enfermos y también quienes les cuidan. En esta ocasión queremos insistir en la

---

<sup>111</sup> Francisco Álvarez, *El Evangelio de la salud* (Madrid: San Pablo 1998). (A partir de aquí Álvarez).

<sup>112</sup> Cf. José Carlos Bermejo, *Jesús y la salud* (Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2015) contraportada del libro.

dimensión de Madre, haciendo uso de vez en cuando de la dimensión de Maestra, porque también es necesaria en la vida de la Iglesia y su proyecto de Nueva Evangelización.

### **3.2. Los tres horizontes de la salud: eje vertebrador de la Pastoral de la Salud**

En el apartado anterior mencionábamos los horizontes de la salud. Ahora procedemos a desarrollar cada uno de ellos de manera exhaustiva, para verlos mejor en la medida de lo posible. Esto nos permitirá explicar de forma holística la incidencia de la Pastoral de la Salud en la existencia de cada persona independientemente de la etapa antropológica en la que se encuentre.

Antes de entrar a desarrollar cada horizonte de la salud es preciso hacer algunas observaciones que nos ayudarán a comprender mejor nuestros planteamientos. Hemos superado etapas donde se moría por enfermedades banales. No obstante, la muerte continúa haciendo estragos. No nos contentamos con cualquier tipo de salud. La salud se ha convertido en un objeto de consumo. Confundimos salud con bienestar convirtiéndola en criterio moral último y único; bueno es lo que produce salud y bienestar<sup>113</sup>.

Frente a esas consideraciones de la salud se puede caer en varios riesgos que es preciso que podamos evitar conociendo cuáles son para liberar nuestra reflexión teológica en su base y en su fin. El primer riesgo es el retorno a una religión útil. Se instrumentaliza la fe cuando se cree que es útil porque cura enfermedades que la medicina no puede curar. La búsqueda de Dios como el único refugio por medio del binomio oración-curación.

El segundo riesgo es la absolutización de la salud que termina psicologizando la salvación. Cuanto más crece el valor de la salud, más crece entre los cristianos el valor de considerarla un bien esencial hasta tal punto que Dios no podría negárnoslo. Por eso la reflexión teológica es hoy más sensible que nunca a las traducciones históricas de la salvación<sup>114</sup>. Cuando se cree que la salud se reduce a la salvación y viceversa, estamos en un grave error.

Podríamos preguntarnos: ¿qué sucede con aquellos que no alcanzan la salud y mueren en el esfuerzo por conseguirla? ¿se habrá Dios olvidado de sus oraciones y ruegos? ¿debemos

---

<sup>113</sup> Cf. Álvarez, 12.

<sup>114</sup> *Ibíd.*, 14.

aceptar los males sin buscar liberarnos de ellos? Las preguntas podrían ser interminables, pero en lo que no debemos caer es en la sobrevaloración de la salud.

El tercer riesgo es la canonización del sufrimiento como medio para la salvación. El desprecio por el cuerpo sano que relativiza lo que en él sucede y llega a decir: “Dios no habita de buen grado en cuerpo sano”<sup>115</sup>. En este sentido, la enfermedad junto con la indigencia se vería como medios de acceso a Dios, dando pie a una espiritualidad que tal vez respondía a las interpelaciones de una época, pero que hoy la vemos con mucho agrado. No obstante, se puede dar en algunos ambientes, porque corresponde a nuestra herencia como creyentes.

Al plantear todos estos riesgos ¿cuál es la actitud correcta en nuestra reflexión teológica sobre la vida y las multiformes experiencias humanas? Debe tenerse en cuenta que la salud, la enfermedad, el sufrimiento, e incluso, la misma muerte han de ser consideradas experiencias salvíficas. Pero ninguna de ellas encierra la salvación como única experiencia para obtenerla, es decir, ninguna de ellas es garantía absoluta de salvación.

En definitiva, todo lo que Cristo vino a hacer fue ir transformando nuestras experiencias humanas por medio de dos verbos esenciales: salvar y sanar. Ellos significan acción y movimiento que expresan el actuar de Dios en favor de los que pasaban por las peores experiencias, sin olvidarse de los que estaban sanos porque era una oferta para sanos y enfermos. En tal sentido, se puede hablar de la acogida de la salud como una buena noticia o Evangelio de la salud.

Hemos visto los riesgos en los que debemos evitar caer. Teniendo en cuenta que la virtud busca cierto equilibrio entre diferentes realidades que tenemos que sopesar al hacer nuestras opciones, no absolutizando la salud, no canonizando el sufrimiento, porque el único sufrimiento redentor fue el de Cristo, valorando a las personas más que a las cosas, siendo conscientes de que ni la enfermedad ni salud existen en sí, sino personas sanas o enfermas. Desde estas consideraciones exponemos a continuación los horizontes de la salud, buscando estructurarlos desde tres aspectos esenciales: qué, cómo y cuándo<sup>116</sup>. Pasamos a enumerarlos tal como siguen:

---

<sup>115</sup> *Ibíd.*, 15.

<sup>116</sup> Los detalles en cuanto a cómo han de ser aplicados están en las propuestas y en las conclusiones. Las hemos dividido de esta manera para que cada el conjunto de las partes forme el todo.

### 3.2.1. Prevención

Es la primera tarea que la Iglesia tiene que llevar a cabo mediante sus agentes de pastoral buscando promover hábitos y estilos de vida saludables, en los que las familias vivan una comunicación abierta, creando comunidades sanadoras en las que las personas se preocupen unas por otras, ambientes de salud donde se cultive el respeto a la naturaleza considerándola como un bien común.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define prevención como «La acción y efecto de prevenir o preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo»<sup>117</sup>. De manera que esta palabra va en sintonía con precaver, evitar, esquivar; pero no con desconfianza, duda, suspicacia o temor. La mirada que proponemos plantear de la prevención es positiva y a la vez holística.

Ya desde la antigüedad los hombres se han esforzado por encontrar la eterna juventud y, por consiguiente, vivir eternamente. Querer acabar con las enfermedades, los sufrimientos, la vejez, la pobreza y con todo aquello que nos hace infelices, es el sueño que muchos quisieran ver convertido en realidad. Pero la realidad supera con creces los sueños, deseos y ficciones que podamos hacernos.

Los griegos emplearon el dicho: “Una mente sana en un cuerpo sano”<sup>118</sup>. Basándose en ese principio ejercitaron sus cuerpos y buscaron mantener sus mentes sanas por medio a las prácticas que su tiempo les proporcionaba para hacerlo. Al manifestar esto no queremos banalizar lo que llamamos prevención y reducirla a algo superfluo, sino darle su verdadero significado. No obstante, para poder hablar de prevención, debemos hacerlo desde lo físico, lo que conocemos, sin olvidarnos de lo espiritual.

Al hacer referencia a la prevención de la salud, como hemos visto desde el principio griego, “mente sana en cuerpo sano”; ya se vislumbraba la dualidad del cuidado preventivo tanto del cuerpo como del alma. Por ese motivo los griegos proponían el desarrollo físico de los

---

<sup>117</sup> Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, *Prevención*, 22ª ed. 2001, consultada el día 12 de marzo de 2021. <https://www.rae.es/drae2001/prevenci%C3%B3n>

<sup>118</sup> Juan Félix Pepén, *Educación de la conducta humana. Principios de moralidad cristiana y social* (Santo Domingo: Amigo del Hogar, 2003), 80-81.

jóvenes por medio del atletismo como un alto ideal de su cultura; ese mismo los capacitaba a la apertura para las doctrinas filosóficas y las vivencias de éstas.

En la actualidad, los expertos en corrientes humanistas han querido hacer una diferencia al hablar de salud. Cuando hablamos de salud debemos tener en cuenta que hay dos consideraciones fundamentales: la salud biológica y la salud biográfica. La salud biológica es la que se refiere al cuerpo y sus órganos. La salud biográfica cuenta con la biológica, pero hace hincapié en lo personal, en las experiencias, en el sentido de la vida, en las maneras de relacionarse, entre otros aspectos.

Pero, ante la salud biológica y la salud biográfica siempre nos vamos a situar proyectándonos hacia el futuro. En ese momento es cuando nuestros pensamientos se agolpan y al ver las realidades de los sanos y de los enfermos, nos da miedo a veces enfrentarnos a la enfermedad. Ella puede dejarnos sumidos en la impotencia o hacernos caer en la cuenta de que nuestras fuerzas están en Dios como quien nos sustenta:

«... lo que realmente me da miedo es la enfermedad, no poder controlar mi vida, sentir dolores insoportables, llorar de angustia y ser testigo de cómo esas personas a las que quiero gastan sus fuerzas para ayudarme. Porque seguro que algún día alguien tendrá que levantarme, lavarme, vestirme, alimentarme, desvestirme y acostarme. Alguien tendrá que ser mi siervo y hacer todo aquello que yo no podré hacer. Cuanto más lo pienso, más cuenta me doy de la fragilidad de nuestra condición, de lo insignificante que podemos llegar a ser y de los dramas humanos que podemos provocar y padecer»<sup>119</sup>.

Situarnos ante esas realidades nos permite tomar en consideración varios elementos: los que hoy están pasando por enfermedades también son personas como nosotros que gozaron de buena salud. Somos seres limitados a los que la enfermedad puede sorprenderles, no podemos prescindir de vivir en relación con los demás; la sana convivencia nos garantiza mejores cuidados frente a los infortunios de la vida; algún día nuestras fuerzas no serán las mismas y dependeremos de los servicios de otros; y el miedo a ser vulnerables es normal porque nadie quiere sentirse indefenso frente a algo o a alguien que amenaza nuestras seguridades existenciales más íntimas.

---

<sup>119</sup> José Manuel Caamaño López, *Ante el dolor y la muerte* (Madrid: PPC, 2014), 19.

Con frecuencia se ha afirmado que la salud es responsabilidad nuestra, ya que en la mayoría de los casos de nosotros depende el cuidar de ella como un don<sup>120</sup>. Ella se convierte en don, pero también en tarea. Como don se nos ha obsequiado y debemos valorarla cuidando de ella. En cuanto tarea nos corresponde emplear los medios para preservarla conociendo los peligros que la acechan y evitando que por descuido nos sorprendan las enfermedades sin los debidos instrumentos para enfrentar las adversidades.

La responsabilidad individual y colectiva asumida con convicción es lo que va a garantizar el arte de la buena vida y del bienestar. Esto va a generar en beneficios para la salud individual impactando de manera directa en los recursos materiales de los sistemas sanitarios de una sociedad determinada. Por tal motivo, el grado de madurez con que se gobierne la propia vida individual y comunitaria es la manera como se previenen las enfermedades, cuidando de la salud<sup>121</sup>.

Lo planteado hasta ahora sobre la prevención de las enfermedades podría llevarnos a creer que por el hecho de cuidarnos evitaremos la finitud de la vida física, los dolores y sufrimientos que el simple vivir trae consigo en la propia existencia. Aunque haya cosas que no podamos predecir desde nuestros propios conocimientos y los que la ciencia nos proporciona debemos continuar preservando la salud en sus diferentes dimensiones.

Llegados a este punto ¿cómo podemos plantear la prevención desde la Pastoral de la Salud? La respuesta es sencilla y compleja a la vez. Sencilla porque parece fácil su aplicación en la realidad desde la óptica personal y compleja porque no va a depender sólo de una persona, aunque bien sabemos que la responsabilidad es también individual. Decimos que la prevención es compleja porque debe involucrar a las demás personas para llevarla a cabo en una situación determinada.

En esa mezcla de simplicidad y complejidad que tiene la prevención, el elemento fundamental que permite palparla con claridad es la educación. La educación se convierte en el pilar fundamental para la convivencia humana y la proyección hacia el futuro con los pies

---

<sup>120</sup> Ya hemos dicho lo que es la prevención en lo que sigue decimos que como todos responsables y presentamos a la Iglesia como coordinadora del proyecto con sus diferentes medios para la ejecución del mismo.

<sup>121</sup> Cf. J. Conde, 144.

puestos en el presente. La educación es la acción de sembrar en terrenos diversos semillas que se espera que a su tiempo den los frutos o fines esperados.

La educación nos ayuda en la prevención de grandes males que pueden sobrevenirnos y nos da las herramientas para poder enfrentarlos cuando lleguen inesperadamente; es una cuestión de acierto pastoral que debe tenerse presente en las multiformes etapas de la acción evangelizadora de la Iglesia y de los agentes sanitarios en especial.

Hay que contar con las diversas herramientas que una buena educación puede proveer a las personas. En este caso es importante que los que se dedican a prestar sus servicios en la Pastoral de la Salud sean bien formados e informados sobre la importancia de educarse mejor cada día para poder educar a los demás. Es una tarea que se convierte en asignatura pendiente porque nunca terminamos de aprenderlo todo ni de saberlo todo.

La aportación que la Iglesia y los agentes de Pastoral de la Salud pueden hacer en este caso es educar en la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, familias en comunión abierta, comunidades sanadoras donde las personas se preocupen las unas por las otras y ambientes de salud donde se cultive el respeto por la naturaleza.

Para dar continuidad a este aspecto de la prevención que tiene como base la educación traemos a colación las siguientes afirmaciones que consideramos de suma importancia sobre la labor pastoral y la religión como parte integrante de la preservación de la salud: «Una religión que no se preocupa de la salud descuida parte de su misión. Pero una salud que desdeña las aportaciones de la religión es una salud miope que se comprende deficientemente a sí misma»<sup>122</sup>.

Se hace más urgente cada día desterrar de la sociedad la idea de que la Iglesia sólo se ocupa de lo espiritual. La Iglesia cuenta con los medios necesarios para la educación en prevención y preservación de la salud física y espiritual. Algunos de esos medios son: las catequesis, los grupos pastorales, la liturgia de la Palabra, en especial la homilía, los medios de comunicación social y el apoyo de los diversos profesionales en el área del saber interdisciplinario que están en disposición de prestar sus servicios.

---

<sup>122</sup> Juan María Uriarte, “Religión y salud”, ed. José Carlos Bermejo, *Jesús y la salud* (Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2015), 37.

Como en la Iglesia convergen las distintas familias que integran la sociedad,<sup>123</sup> es una de las instituciones más apropiadas para la educación en la fe iluminando desde ahí las realidades de la salud y de la enfermedad. La familia es la célula básica de la sociedad,<sup>124</sup> y por tanto consideramos que, si se logra la educación en ella, ya tendríamos parte del problema solucionado.

Siendo la prevención una responsabilidad de todos, tenemos que especificar cuáles son los entes en los que ha de recaer el gran peso de la educación: la familia, la Iglesia y la escuela (cuando hacemos referencia a escuela dirigimos nuestra mirada a la formación desde lo inicial hasta lo universitario). La familia en sus diferentes facetas, como hoy la conocemos, tiene en su seno a los individuos que han de educarse por las palabras y el ejemplo de sus progenitores que, una vez formados, harán lo mismo con sus seres amados.

En la Iglesia la educación se continúa de forma progresiva según las edades de los miembros de las diversas familias. De manera que, una vez logrado el objetivo de la educación en la fe y en la vida estos individuos, sean capaces y cumplan con el deber de ser multiplicadores de lo recibido. Refiriéndose a esto, ya la Carta Encíclica *Mater et Magistra* en su parte introductoria habla sobre la Iglesia y la educación de los hijos:

«Madre y Maestra de pueblos, la Iglesia católica fue fundada como tal por Jesucristo para que, en el transcurso de los siglos, encontraran su salvación, con la plenitud de una vida más excelente, todos cuantos debían entrar en el seno de aquélla y recibir el abrazo. A esta Iglesia, columna y fundamento de la verdad (1Tim 3,15), confió su divino fundador una doble misión, la de engendrar hijos para sí, y la de educarlos y dirigirlos, velando con maternal solicitud por la vida de los individuos y de los pueblos, cuya superior dignidad miró siempre la Iglesia con el máximo respeto y defendió con la mayor vigilancia»<sup>125</sup>.

Esta preocupación de la Iglesia por educar se concreta en la propia doctrina de Cristo que con su encarnación une al cielo con la tierra y considera al hombre completo, alma y cuerpo,

---

<sup>123</sup> Cf. Departamento de Pensamiento Social cristiano, *Una voz para nuestra época (Populorum Progressio 47)*, 3ª ed. (Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2006), 2019. De igual modo, puede consultarse *Familiaris Consortio* 15.

<sup>124</sup> FC 42. Es una expresión que tiene sus orígenes en el sociólogo francés Frédéric Le Play quien influyó con sus ideas en el Papa León XIII y en el posterior Magisterio de la Iglesia y que acuñaría en su definición de la familia como comunidad social básica, fundamento de la sociedad, “Escuela de la socialidad y del más rico Humanismo” (GS 2); “Una íntima comunidad de vida y amor” (GS 48).

<sup>125</sup> Papa Juan XXIII, Carta Encíclica *Mater et Magistra* (15 de mayo de 1961), consultada el 13 de marzo de 2021. (A partir de ahora MM). [https://www.vatican.va/content/jhon-xxiii/encyclicals/documents/hf\\_j-xxiii\\_enc\\_15051961\\_mater.html](https://www.vatican.va/content/jhon-xxiii/encyclicals/documents/hf_j-xxiii_enc_15051961_mater.html)



voluntad e inteligencia<sup>126</sup>. Se ordena así al hombre que oriente su mente desde las realidades cotidianas de la vida terrena a una vida sin fin donde esperamos gozar de la felicidad prometida por Dios a quienes le sigan en el servicio a los hermanos.

Otro aspecto que se debe tener presente es propiciar ambientes saludables en los que se cultive el respeto a la naturaleza considerándola como un bien común. Respecto a esto, ya desde 1891<sup>127</sup> hasta el 2015 se van dando pautas por parte de las iglesias cristianas. Pero no es hasta el 2015 con la Carta Encíclica *Laudato si'* cuando la Iglesia dedica una reflexión contundente sobre el tema de la ecología. En esta Encíclica tenemos un material muy valioso que puede ayudarnos a dialogar interdisciplinariamente con los diversos sectores de la sociedad porque posee un lenguaje apropiado y habla de “nuestra casa común” la cual debemos cuidar y proteger, porque “todo en ella está interconectado”<sup>128</sup>.

### 3.2.2. Curación/sanación

Es la segunda tarea. Durante siglos la curación ha sido privilegiada por la Iglesia y por eso se construyen las estructuras y el personal que permiten la recuperación de la salud. Es aquí donde se ponen todos los medios (médicos y terapéuticos) para brindar esperanza y sanación a las personas afligidas por las distintas enfermedades tales como las físicas, mentales, espirituales y sociales:

«Es la vida en su precariedad cuando más reclama lo mejor de la condición humana a su servicio para luchar contra las fuerzas de la adversidad. Una de las cosas que más sorprenden del sufrimiento es la capacidad que parece contener de interpelar la responsabilidad del hombre para salir al paso de quien padece, generándose solidaridad y percibiendo la grandeza del hombre que, en su máxima expresión, es capaz de dar la vida por el bien ajeno (desvivirse para que otro viva)»<sup>129</sup>.

---

<sup>126</sup> Cf. MM 2

<sup>127</sup> En la Carta Encíclica *Rerum Novarum* del Papa León XIII se comienzan a articular los temas que en lo sucesivo serían la clave para la reflexión sobre el debate ecológico. Uno de los temas es la legitimidad del dominio humano sobre la creación (RN 5), otro es la valoración positiva de la capacidad regenerativa y productiva de la tierra (RN 16-17), destacando la tensión existente entre el derecho a la propiedad privada (RN 33) y la afirmación del destino universal de los bienes (RN 2-7). Cfr., Jaime Tatay, SJ. *Ecología integral. La recepción católica del reto de la sostenibilidad: 1891 (RN) – 2015 (LS)* (Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos (BAC), 2018), 12.

<sup>128</sup> Papa Francisco, *Laudato si'* (24 de mayo de 2015), consultada el día 10 de marzo de 2021, [https://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco\\_20250524\\_encyclica-laudato-si.html](https://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20250524_encyclica-laudato-si.html)

<sup>129</sup> José Carlos Bermejo, *Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana* (Madrid: San Pablo, 2003)82-83.

La reflexión desde una ética del cuidado nos orienta a ver con mayor profundidad el proceso a seguir en el servicio a la vulnerabilidad humana que se manifiesta en la enfermedad. En este aspecto es imprescindible poder hacer la diferencia entre curación y sanación, ya que van unidas en la recuperación de la salud:

«Sanación es un término de mayor alcance que el término curación: supone la restauración completa del paciente. Incluso cuando una enfermedad es curada, el paciente puede no estar completamente sanado. Para que la sanación tenga lugar, el médico o el/la enfermero/a también tiene que cuidar del paciente, es decir, estar lo suficientemente preocupados tanto por atender a restaurar la salud psicosocial, como por erradicar las enfermedades identificables»<sup>130</sup>.

Cuando hacemos la referencia a la curación de manera radical nos referimos a la erradicación de las causas de una enfermedad o dolencia, en la búsqueda de ordenar el desorden restaurando al paciente a su estado de normalidad. Es por eso por lo que hemos querido integrar la sanación junto a la curación para evitar cualquier malentendido en la contextualización, optando técnicamente por curación en el uso frecuente.

Es bueno especificar cuando hablamos del cuidado de la salud y la reformulación que de éste hace de la ética profesional. Hay que aplicar este concepto a todos los profesionales de la salud y no sólo a los médicos. «Todos ellos participan en una tarea común de curación, ayuda y cuidado y, en estos comportamientos, las mismas obligaciones morales les obligan a todos ellos de manera similar»<sup>131</sup>.

La palabra cuidado es polifacética y por tanto puede entenderse de varias maneras dentro del mundo profesional sanitario: compasión, asistencia en la vida, seguridad y competencia. La composición hace referencia a ver el cuidado desde la compasión, es decir, preocuparse por la otra persona sintiendo y compartiendo las experiencias de dolor y sufrimiento conmoviéndose por la persona en cuestión. Es ponerse en el lugar de la persona que sufre identificándonos con su situación y buscando soluciones dentro de las posibilidades.

Los responsables de la curación son los agentes sanitarios, los pacientes, las familias y la parroquia con sus agentes pastorales caracterizados por la compasión. La asistencia en la vida

---

<sup>130</sup> Edmundo D. Pellegrino y David C. Thomasma, *Las virtudes cristianas en la práctica médica*. Cátedra de Bioética N° 15 (Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2008), 104. (A partir de ahora D. Pellegrino y C. Thomasma).

<sup>131</sup> *Ibíd.*, 105.

va unida a la compasión, ya que es socorrer a la persona en las actividades propias que se ve impedida de hacer por la enfermedad: baño, alimentación y otras necesidades prioritarias de interrelación en sus diversas facetas<sup>132</sup>. Esta es una de las ayudas que parecen insignificantes, pero en ellas está la causa, en no pocas veces, de depresiones y pérdida del sentido de la vida porque el enfermo se puede sentir asimismo como un inútil y una carga para los demás. Ayudar a que el enfermo sienta su valía y acompañarle en esos pequeños detalles es una de las mejores medicinas en el proceso de curación.

Otro aspecto del cuidado es la seguridad cuyo objetivo es hacerse cargo del problema. En esta fase el paciente descarga en los profesionales sanitarios la responsabilidad y sus angustias, confiando en pongan todos sus conocimientos apropiados y sus habilidades al servicio de la solución del problema que presenta el paciente. La seguridad incluye el poder para curar que tiene el profesional de la salud como persona, aunque no se limita a ello<sup>133</sup>.

La curación siempre se ha asociado al cuidado del enfermo recurriendo a los medios medicinales que a través de la historia han ido evolucionando en orden a la recuperación de la salud. Los testimonios respecto a la curación dan como resultado que en ese proceso desempeñan un rol muy importante la compasión, el apoyo emocional y el cuidado que se tenga hacia la persona enferma.

Si hablamos de la compasión, el apoyo emocional y el cuidado a ofrecer al enfermo, es preciso que no olvidemos que la responsabilidad de la curación no se debe delegar del todo en las manos de los profesionales de la salud. Una parte de la responsabilidad ha de recaer en la comunidad cristiana. Unida a ella se encuentra la familia como la unidad básica de la

---

<sup>132</sup> Es la característica principal del Buen Samaritano (Lc 10,30ss) que hemos desarrollado en el capítulo II de esta tesina. En esta ocasión conviene resaltar la compasión como cuidado ante la pregunta: ¿Quién es mi prójimo? A lo que Jesús contesta con la parábola ya citada. El herido al borde del camino puede ser cualquiera que necesita ayuda-cuidado. Los personajes son tres y presentan diversas actitudes: el sacerdote, el experto en la Ley y el samaritano. «Los dos primeros, aunque lo ven, se desvían y pasan de largo, el samaritano al verlo, se conmovió... porque no basta con ver, hay que dejarse afectar por aquello que se ve. Tanto el sacerdote como el levita se hacen la pregunta “narcisista”: ¿qué me va a pasar si me detengo a ayudar a este hombre? El samaritano se hace la “pregunta cristiana”: ¿qué le va a pasar a este hermano si yo no le ayudo?». Cf. Pablo Guerrero Rodríguez, *Mucho más que dos. Acercamiento pastoral a la pareja y la familia* (Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2016), 183-184.

<sup>133</sup> Cf. D. Pellegrino y C. Thomasma, 106-107.

curación cristiana. Es en la familia donde se encuentran las dimensiones íntimas de fe y de amor que son imposibles de alcanzar con extraños o en las instituciones<sup>134</sup>.

En la familia encontramos el espacio donde se puede disfrutar del cuidado con expresiones de amor. Es en ella en donde han de gestionarse, compasivamente, las decisiones más dolorosas en los momentos que se requieran. No obstante, la familia siempre debe sentirse apoyada por los recursos de sanación que pueda proporcionarle la parroquia aliviando y reforzando con la presencia de sacerdotes, amigos, ayuda económica en la situación de enfermedad de algún ser amado.

La familia y la parroquia se complementan como dos grandes instituciones que forman un solo organismo: la comunidad cristiana. Siendo cristiana la comunidad debe ejercer su compromiso con la caridad y el cuidado de los enfermos. «Una sociedad que cuida, se asegurará de que el cuidado del enfermo, que se encuentra entre los bienes básicos de una vida plenamente humana, se distribuya equitativamente»<sup>135</sup>.

Velar por que la curación no sea manejada por los caprichos mercadológicos y las apetencias de algunos profesionales, es uno de los deberes mayores de la comunidad cristiana. No es que la comunidad cristiana tenga los conocimientos médicos, pero que ella tiene el deber de defender el bien común y exigir que se cumpla la justicia de forma que las instituciones y organismos encargados de la salud proporcionen los recursos necesarios para los enfermos.

En ese mismo contexto, la curación va a requerir de mucho cuidado desde una ética inspirada en el amor, la ternura, la paciencia, la delicadeza, la comprensión, la amabilidad y la empatía con la persona enferma. Tratar a la persona enferma similar al cuidado que tiene una madre con su hijo siendo conscientes de la realidad y la diferencia que esto comporta. Aquí entra en acción la ternura tutelar curativa, a semejanza de la situación en que una madre, al igual que todo agente de pastoral sanitaria, ofrece su ternura generosa a su hijo<sup>136</sup>.

Al respecto son claras las palabras convertidas en vida de muchos santos que hoy son paladines de la fe por haberse identificado con el servicio a los enfermos y la manera

---

<sup>134</sup> Cf. D. Pellegrino y C. Thomasma, 101.

<sup>135</sup> *Ibíd.*, 102.

<sup>136</sup> Cf. Laura Steegmann Pascual, “Una mirada de relaciones afectivas, delicadas y tiernas”, eds. Francisco Álvarez y José Carlos Bermejo, *Diez miradas sobre Camilo de Lellis* (Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2013), 97.

elocuente de un cuidado integral. Un caso que podemos citar, dentro de tantos, que adornan el testimonio de nuestra Iglesia; es el de san Camilo de Lellis:

«Para san Camilo, antes de atender el alma hay que cuidar el cuerpo, antes de dar el pan de los ángeles hay que dar el pan al estómago. Su primera intuición es una Compañía de seglares que asistieran “corporalmente” a los enfermos, a los cuerpos destrozados, sucios, estropeados, repugnantes. Esos cuerpos estaban llamados a ser transfigurados y glorificados por sus manos maternas. En las Reglas se propone “servir a todos los enfermos... con toda la caridad, así del alma como del cuerpo”»<sup>137</sup>.

En san Camilo de Lellis encontramos un verdadero ejemplo del cuidado integral a los enfermos. Su historia personal está marcada por la enfermedad, los cuidados y por hacer de cuidador descuidado de otros enfermos. «Conoce así tanto la experiencia de enfermo como la experiencia del mal cuidador; sabe lo que pasa entre los cuidadores a sueldo en los hospitales: se trata de personas poco o nada preparadas, individuos no vocacionados para ese servicio, y hasta maltratadores y ladrones»<sup>138</sup>.

Los inicios de la reforma del cuidado a los enfermos y de sus cuidadores tiene parte de su génesis en Camilo de Lellis. Él, al proponer una reforma de los cuidados y cuidadores de los enfermos, lo hace a partir de su experiencia de vida ascendente hasta llegar a su estado actual. Comprende mejor a los enfermos porque pasó por la enfermedad, sabe cómo son y han de ser los cuidadores porque también él lo fue. Él poseía las cualidades del Buen Samaritano porque se dejó curar por Jesús y hacer lo mismo con sus semejantes.

Las cualidades requeridas para la curación las encontramos en la vida de san Camilo al servicio de los enfermos. Hasta ahora hemos desarrollado la prevención y la curación. El tercer paso es la rehabilitación que es uno de los más exigentes, porque requiere darse, no sólo dar, dedicarse y no sólo dedicar un tiempo, comprometerse y no sólo comprometer a otros en el acompañamiento al enfermo. «Me impacta el otro, debilitado, y me siento impulsado a ser terapeuta, servidor»<sup>139</sup>.

---

<sup>137</sup> Francisco Javier de la Torre Díaz, “La mirada de un experto en la ética del cuidado. Con el orinal en la cintura. Camilo de Lellis y el cuidado humano”, eds. Francisco Álvarez y José Carlos Bermejo, *Diez miradas sobre Camilo de Lellis* (Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2013), 67.

<sup>138</sup> Cf. Arturo Fuentes Varela, “La mirada de un médico. Camilo: creador de una nueva escuela”, eds. Francisco Álvarez y José Carlos Bermejo, *Diez miradas sobre Camilo de Lellis* (Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2013), 84.

<sup>139</sup> *Ibíd.*, 85.

### 3.2.3. Rehabilitación

Este es el tercero y último horizonte que ha de tener en cuenta la Iglesia y sus agentes de pastoral en el campo de la salud. La rehabilitación se define como el espacio de tiempo en que los desafíos se incrementan al seguir acompañando a los enfermos en sus casas o en las instituciones de salud:

«En una sociedad como la nuestra no basta predicar las promesas del Evangelio. Ni es suficiente exponer la moral evangélica. El Evangelio debe ser experimentado también como fuente de vida sana, como estímulo para el despliegue de todas las riquezas de la persona y de la sociedad. No se trata de confundir la religión con la medicina. Se trata de extraer las posibilidades “terapéuticas” que tiene la religión sin convertirla en un simple auxiliar para la consecución de una dimensión de la salud»<sup>140</sup>.

Por consiguiente, la rehabilitación va a requerir un acercamiento interdisciplinar, para asegurar la continuidad y globalidad del cuidado. Esos momentos de rehabilitación para que sean integrales, han de incluir necesariamente el acompañamiento a los familiares de la persona que está en el proceso de recuperación de la salud.

Los responsables para llevar a cabo en la práctica la rehabilitación son la familia, los mismos enfermos, los agentes sanitarios, la parroquia como institución y la asistencia interdisciplinaria que se crea de lugar. Es importante la organización de un equipo que pueda dar el acompañamiento eficiente ante las diversas situaciones, ya que cada paciente, en su estado concreto, merece un cuidado personalizado.

La dimensión de rehabilitación es una prolongación del cuidado que exige aún más esfuerzo y paciencia para los cuidadores sanitarios, incluyendo a los familiares<sup>141</sup>. La inclusión del acompañamiento a los enfermos en los centros sanitarios y en sus casas entraña un desafío, pero desde nuestra óptica, también tiene como resultado la comprensión bíblica «que une la salud a la vida del hombre y la vida del hombre al proyecto salvífico revelado en Jesucristo»<sup>142</sup>. De esta manera se comprenden los esfuerzos que se hacen por el acompañamiento al enfermo en sus diversas etapas del proceso de la enfermedad.

---

<sup>140</sup> *Ibíd.*, Juan María Uriarte, “Religión y salud”. 33-34.

<sup>141</sup> Existe un cuidado continuado de asistencia a los pacientes que se da en tres vertientes: en el propio domicilio del enfermo, en centros especializados (residencias u hospicios) y en los hospitales. Cf. José García Férrez, *Ética de la salud en los procesos terminales* (Madrid: San Pablo, 1998), 30-32.

<sup>142</sup> Cf. Álvarez, 26.

La actividad de rehabilitación debe entenderse como un signo, un medio del acontecimiento del Reino de Dios, por medio de la cual se ofrece al hombre la salvación integral. Para ello se debe enseñar, anunciar y actuar buscando que se acoja el Reino de Dios ofrecido con gratuidad. Se trata de ofrecer el Evangelio saludable al hombre entero por medio de la palabra mesiánica (Jn 7,23) y el perdón de sus pecados<sup>143</sup>.

La rehabilitación incluye tanto a los enfermos que tienen las esperanzas de un diagnóstico favorable como a aquellos a los que tienen que dárseles tratamientos paliativos, ya sea en los centros asistenciales o en sus domicilios. Tanto a unos como a otros ha de ofrecérseles los medios para que puedan acoger el Evangelio de la salud que no se reduce a la recuperación de la salud física:

«Frente a lo inevitable de la enfermedad, sobre todo si es crónica y degenerativa, si falta la fe, el miedo al sufrimiento y a la muerte, y el desánimo que se produce, constituyen hoy en día las causas principales de la tentación de controlar y gestionar la llegada de la muerte, aun anticipándola, con la petición de la eutanasia o del suicidio asistido»<sup>144</sup>.

En definitiva, lo que planteamos es que se continúe dando un acompañamiento<sup>145</sup> renovado en sus formas y en sus medios a semejanza de cómo lo presenta el Papa Francisco, en nuestro caso desde el ámbito de la salud, profundizando en el aspecto de la espiritualidad concreta de cada persona sin perder de vista a Cristo como principio y fundamento de nuestra esperanza y salvación.

En tal sentido, la Iglesia no deja de ser, mediante sus acciones, presencia de Cristo en el mundo, algo que le es propio: llevar a la salvación a todos los hombres, sin olvidar a los más necesitados<sup>146</sup>. Toda esa actividad lleva consigo un proceso que comienza de forma paulatina hasta llegar a lograr que todos se involucren en esa tarea y compromiso común.

Recorrido ese camino de trabajar unidos por una misma causa, se descubre que en el trabajo conjunto está la clave del éxito que muchas veces se experimenta al finalizar lo propuesto

---

<sup>143</sup> Cf. Álvarez, 155.

<sup>144</sup> Congregación para la Doctrina de la Fe, Carta *Samaritanus Bonus*, sobre el cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de la vida (22 de septiembre de 2020), consultada el 18 de marzo de 2021, <https://press.vatican.va/content/salastampa/es/bolletino/pubblico/2020/09/22/carta.html>

<sup>145</sup> Luis Santiago Sánchez Castro, “El acompañamiento en el magisterio del Papa Francisco (2013-2019)” (*Licentiatu in Theología*, Especialidad de Teología Espiritual, Universidad Pontificia Comillas, 2020), 130.

<sup>146</sup> Cf. Mc 2,17 dice al referirse a las personas para las que Jesús ha venido al mundo: «No necesitan médico los sanos, sino los enfermos; no he venido a llamar a los justos, sino a los pecadores»

inicialmente. Siendo así, la experiencia demuestra que cuando se ayuda a un hermano necesitado estamos haciendo las veces de Dios que actúa por medio de nosotros para poder socorrer al que pasa por una situación no deseable por nadie.

Teniendo en cuenta los pasos dados hasta el momento, de una manera progresiva, avanzamos un poco más. Esta tesina no es un proyecto pastoral que se está gestando desde aquí, no eso lo que pretendemos, sino reflexionar por medio de las fuentes de la Teología Moral en lo que es la Pastoral de la Salud, y a partir de ahí poder hacer propuestas que consideramos de una singular importancia en el dinamismo de la vida pastoral de la Diócesis de San Francisco de Macorís en la República Dominicana.

### **3.3. Una propuesta para la Diócesis de San Francisco de Macorís**

La Pastoral de la Salud, como hemos resaltado en los apartados anteriores, «ha sido una forma secundaria de la pastoral. Empobrecida en sus objetivos, privada del necesario apoyo, poco apreciada en el conjunto de las actividades diocesanas no ha podido manifestar todas sus riquezas en orden a la evangelización»<sup>147</sup>. A pesar de esas consideraciones, en las últimas décadas, la Pastoral de la Salud se ha ido actualizando, superando obstáculos y construyendo puentes en el mundo de la pastoral diocesana. En el primer capítulo afirmábamos que según el Modelo de Situación del Tercer Plan de Pastoral:

«Recientemente se ha intentado formar la Comisión Diocesana de la Pastoral de la Salud al margen de la Pastoral Social, no ha sido posible, permanece la estructura que ha creado Cáritas: Pastoral Social, Dispensarios Médicos Parroquiales, Dispensarios Médicos de Cáritas Diocesana, Boticas Comunitarias, y agentes de pastoral que acompañan a los enfermos y familiares»<sup>148</sup>.

Percibimos a lo largo de la investigación, y en la reflexión para esta tesina, que hace falta un poco de actualización pastoral, ya que se está trabajando con modelos de los años 70-80 en la gestión de las comisiones pastorales. Otro de los aspectos que debemos destacar es que cuando se habla de Pastoral de la Salud algunos piensan que es pastoral de los enfermos,

---

<sup>147</sup> Ángel Brusco y Sergio Pintor, *Tras las huellas de Cristo médico. Manual de teología pastoral sanitaria* (Santander: Sal Terrae 2001), 46.

<sup>148</sup> Diócesis de San Francisco de Macorís, *Modelo de Situación* (San Francisco de Macorís: Vicaría de Pastoral, 2001), 107.



cuando en realidad abarca a todo el ser humano, su entorno, relaciones, aspiraciones, sin olvidarnos del ser humano en totalidad de cuerpo y alma.

Observando la realidad actual diocesana nos hemos hecho la siguiente interrogante: ¿cómo ha de actuar la Iglesia diocesana ante los desafíos de los nuevos tiempos? La Iglesia diocesana ha de tener como principio la imagen del Buen Pastor y como meta la del Buen Samaritano. Hoy más que en otros tiempos necesitamos obispos y sacerdotes que sean verdaderos pastores que cultiven en su ser las cualidades propias del pastor: cercanía, conocimiento de su gente, empatía, amabilidad, valentía, amor, servicio y acompañamiento tanto espiritual como pastoral.

A imagen del Buen Samaritano se espera que sean: compasivos, generosos, creativos, que luchen a favor del herido por la enfermedad, que se dejen interpelar por el sufrimiento del otro y se pongan a ser parte de la solución y no del problema. Como el Buen Samaritano han de acercarse afectuosamente haciendo agradable su compañía permitiendo que el otro se sienta un alguien y no un algo; no un número, sino una persona.

La Iglesia tiene mucho que ofrecer por medio de la Pastoral de la Salud y sus agentes. Dentro de las muchas cosas que se pueden ofrecer están: una cercanía afable y amorosa, una comunicación asertiva y efectiva, oración, formación e información catequética y el ofrecimiento de los sacramentos desde una perspectiva diferente, de manera que se puedan desterrar ciertos tabúes producto de la desactualización formativa sacramental.

Esto que hemos venido expresando se puede hacer realidad haciendo una aplicación de los tres horizontes de la Pastoral de la Salud desarrollados en el apartado anterior titulado “Reflexión teológico-moral y pastoral”. En primer lugar, queremos decir que las propuestas que hacemos son aplicables a la Iglesia local de San Francisco de Macorís y que desde la realidad española no serían apropiadas. Lo segundo es que, conociendo la distribución pastoral de las cuarenta y ocho parroquias, organizadas en seis zonas pastorales y con la descripción de la geografía que ocupa tres provincias, tal como lo hemos expuesto en el primer capítulo, nos aventuramos a sugerir algunas propuestas.

La propuesta principal es comenzar observando la reflexión presentada de la Pastoral de la Salud en las fuentes de la Teología Moral. Profundizar en los horizontes de la Pastoral de la

Salud: prevención, curación y rehabilitación. En la prevención lo fundamental es comenzar por la educación en el clero, la familia y en los medios que la Iglesia puede utilizar para llevar a cabo la evangelización; de manera que se pueda promocionar la salud mediante estilos de vida saludables y el compromiso de aunar esfuerzos en la concienciación de la protección de la ecología.

Habría que comenzar por hacer los contactos con miembros de la Pastoral de la Salud en otros contextos internacionales para adquirir las herramientas de formación necesarias que sirvan de base para el despegue de la Pastoral de la Salud. Pensamos que recurriendo a aquellos que tienen más experiencia en esta pastoral se puede avanzar. Ha de tomarse en consideración la Guía para la Pastoral de la Salud en América Latina y el Caribe del Consejo Episcopal Latino Americano<sup>149</sup>.

Sería oportuno aprovechar la ocasión para que la Universidad Católica Nordestana, centro de estudios superiores coordinado por el obispo, crease una cátedra de Bioética y Pastoral de la Salud; podría servir de palanca de empuje el número cada día en ascenso de los estudiantes de medicina en dicha universidad. Para poder lograr esto, habría que establecer comunicación con los organismos correspondientes con la Comisión de Bioética Nacional que tiene su sede en la Universidad Católica de Santo Domingo.

Habría que promover que cada sacerdote animado por su obispo y pastor pudiera redescubrir, como Buen Samaritano, la riqueza existente en dar continuidad a la misión de Jesús por medio del acompañamiento cercano a las personas en sus necesidades concretas: físicas, espirituales, psicológicas, emocionales y en el cuidado del medio ambiente.

Con la organización pastoral existente se puede incentivar que cada sacerdote pueda responsabilizarse de prestar sus servicios en coordinación con los que dirigen los centros sanitarios de su jurisdicción parroquial. En el caso de las ciudades, que poseen más clínicas y hospitales, habría que trabajar en conjunto con los sacerdotes de la ciudad para que nadie se quede sin recibir el cuidado debido.

---

<sup>149</sup> Conferencia del Episcopado Latinoamericano, *Discípulos misioneros en el mundo de la salud. Guía para la Pastoral de la Salud en América Latina y el Caribe* (Bogotá-Colombia: Departamento de Justicia y solidaridad, CELAM, 2010) 120. Lo ideal fuera poner la organización de la Pastoral de la Salud a nivel diocesano, zonal y comunitario. No obstante, obviamos ese recurso y lo referimos a los manuales para que en lo adelante se puedan dar los pasos necesarios en la implementación de esta pastoral en el dinamismo diocesano.

Al ser una Diócesis pequeña de fácil manejo, en la que existen buenas comunicaciones entre los pueblos y ciudades, motivamos que se pueda estimular el trabajo que hasta ahora han venido prestando los Ministros de la Comunión y el Voluntariado del Hospital San Vicente de Paúl, este último con sede en el Hospital Regional San Vicente de Paúl. En el caso de los Ministros de la Comunión, que están en todas las parroquias de la Diócesis, y que tienen la misión de llevar la Eucaristía a los enfermos y visitarles en sus domicilios; proponemos una formación actualizada sobre la vida, su preservación, curación y rehabilitación.

Por lo que se refiere al Voluntariado, descrito en el primer capítulo, una de las opciones es apoyar la labor que han venido desempeñando en favor de las distintas familias, no sólo ante la enfermedad, sino también en las carencias de techo y alimentación. Reavivar la llama del servicio incondicional a través de la escucha activa y el diálogo constructivo para hacer prosperar esa entidad de servicio, es la actitud que se espera de quienes los están dirigiendo a nivel eclesial.

Comprender que hay que renovarse con regularidad debe ser la clave para el éxito de la pastoral. En tal sentido, la promoción de personas para que se integren a ser voluntarias dedicando parte de su tiempo para ayudar desde el Voluntariado San Vicente de Paúl, permitirá la continuidad del servicio que hasta el momento se ha venido prestando.

Cuando se haya logrado el paso anterior ha de mantenerse el contacto necesario para que cada enfermo y sus familiares cercanos, y los asistentes a los centros de salud, tengan las atenciones debidas no importando su religión, estatus social o procedencia étnica. En cuanto a los que profesen una religión diferente se habrá de mantener el ecumenismo logrando el contacto con los religiosos responsables para que también puedan asistir a sus feligreses.

En esa misma sintonía, como cada paciente posee una ficha médica así también ha de existir otra ficha en la que se especifiquen sus datos esenciales para darle acompañamiento por medio de los agentes de Pastoral de la Salud en las jurisdicciones parroquiales, tanto a los enfermos como a sus familiares en sus domicilios.

En otro orden de ideas, lo que se ha venido haciendo en favor del medio ambiente con la actividad anual “Aire limpio, vida sana”<sup>150</sup> y que tiene por lema: “Apaga el motor y enciende la vida” entra en la primera propuesta de los horizontes de la salud; la prevención. Con todo lo cual ya están enumerados la mayor parte de los elementos para que la Pastoral de la Salud pueda ir formando su estructura como la pastoral de conjunto que es. En este ámbito sólo tendría que integrarse lo que se ha venido haciendo e impulsarlo desde los horizontes de la salud a lo largo de todo el año.

El planteamiento de la Pastoral de la Salud desde sus tres horizontes: prevención, curación y rehabilitación da la oportunidad a que se puedan dinamizar las pastorales diocesanas porque serían integradas en las acciones conjuntas sin que esto interfiera en las actividades propias de cada equipo de pastoral. En vez de interrumpir la programación de cada equipo de pastoral le permitiría comprender la sinodalidad que se da en la apertura a cuidar la salud integral, que en definitiva es la vida misma.

De manera que, escuchar la llamada de Dios que nos invita a servirle en los hermanos más necesitados es un imperativo moral de cara al tiempo presente y con la mirada puesta en el porvenir. En esta misma sintonía el Catecismo de la Iglesia Católica es claro cuando nos dice: «El Señor Jesucristo, médico de nuestras almas y de nuestros cuerpos, que perdonó los pecados al paralítico y le devolvió la salud del cuerpo, quiso que su Iglesia continuase, con la fuerza del Espíritu Santo, su obra de curación y salvación, incluso en sus propios miembros»<sup>151</sup>. Esto deja demostrado que lo que estamos proponiendo procede del mismo Cristo; en definitiva, de la Biblia, la Tradición y del Magisterio de la Iglesia, las fuentes de la Teología Moral.

---

<sup>150</sup> Es una actividad que auspicia la Universidad Católica Nordestana (UCNE) desde el año 2003 en el mes de abril o de mayo según lo considere el equipo organizador. Surgió como una iniciativa de la universidad en favor del medio ambiente: un día al año se promueve la poca circulación vehicular en la ciudad de San Francisco de Macorís. Debemos resaltar también que durante el año se desarrollan actividades como la siembra de árboles o limpieza de cauces de ríos y cañadas. El evento a favor de la ecología es apoyado por los diferentes sectores de la sociedad francocomacorisana. El programa para desarrollar ese día incluye una Eucaristía presidida por el obispo, caminatas, conferencia, actividades culturales y recreativas. Consultada el día 20 de marzo de 2021, <https://www.ucne.edu/p/index.php/noti/1164-ucne-celebra-xvi-jornada-de-aire-limpio-vida-sana>

<sup>151</sup> Catecismo de la Iglesia Católica, 1421.

## CONCLUSIONES

Cuando comenzamos la investigación para esta tesina nuestra inquietud era cómo poder reflexionar sobre la realidad de la Pastoral de la Salud en nuestra Diócesis de San Francisco de Macorís desde las fuentes de la Teología Moral. Nosotros hemos crecido rodeados de personas que necesitaban ayuda en sus enfermedades, pensamos también cómo podríamos ayudarlas, aunque de forma diferente a lo que hasta el momento se venía haciendo.

Comprendimos que había que hacerlo de una manera diferente; basándonos en los fundamentos bíblicos de la Pastoral de la Salud, que hemos referido en el segundo capítulo, aunque no haya que darle ese nombre desde el inicio. Viendo lo que la Biblia nos aporta al respecto, quisimos dar un paso más y considerar lo que la Tradición de la Iglesia nos aportaba desde sus orígenes, dando como resultado lo que sospechábamos: la Iglesia siempre ha buscado, entre luces y sombras, poner en práctica el mandato de Cristo su fundador y guía; evangelizar a través de las obras y de la Palabra de Dios. Ocuparse de los enfermos con la acogida, el cuidado y con la curación de sus enfermedades físicas y espirituales, son de las labores que han caracterizado la acción de la Iglesia en el transcurso del tiempo.

En el Magisterio la Iglesia se constatan los continuos esfuerzos por dar un mayor servicio tanto en la teoría como en la práctica. En la práctica podemos justificar este enunciado basados en la organización del acompañamiento en el ámbito de la salud que ha hecho la Iglesia por medio de sus pastores. En la teoría se da en los diversos escritos de los pontífices al responder a cuestiones propias de la salud y de cómo se debe actuar ante los adelantos científicos que, en no pocas ocasiones, atentan contra la dignidad humana.

Este recorrido por las fuentes de la Teología Moral nos lleva a comprender que la Pastoral de la Salud siempre ha estado presente en la vida de la Iglesia, aunque con nombres diferentes y maneras de expresión distintas a como la conocemos en la actualidad. El término “Pastoral de la Salud” se lo debemos, formalmente, al Papa Juan Pablo II quien el 11 de febrero de 1985 con la Carta Apostólica en forma de motu proprio *Dolentium Hominum* erigió la Pontificia Comisión para la Pastoral de los agentes sanitarios y, de inmediato, la vinculó al Pontificio Consejo para los laicos.

Esta Carta Apostólica dice claramente que, desde la creación de la Pontificia Comisión para la Pastoral de los agentes sanitarios, se pensó que la Pastoral de la Salud es un compromiso de todos. Se rompe con esto el tabú de que fuera una pastoral para los clérigos y monjas y no para todo el Pueblo de Dios, ni mera pastoral de la enfermedad, sino de la salud, no una pastoral fría y anónima y no de encuentro y celebración, no individualista sino comunitaria. Con la Pastoral de la salud se busca la vida y no la muerte, la salud y no la enfermedad. No obstante, ella nos ofrece los medios para afrontar la enfermedad y la muerte cuando, de manera inevitable, llegan a la vida propia y a la ajena.

En esta pastoral todos tenemos la responsabilidad de promoverla cuidando nuestra propia salud y la de los nuestros, tenemos la oportunidad de ser más asertivos y solidarios con nosotros mismos, con Dios, con los hermanos y con todo lo creado. Esto es así porque somos seres en interrelación que vivimos en un mundo donde “todo está conectado”, en palabras del Papa Francisco.

Continuando con esa intercomunicación existente en las acciones individuales que conforman el conglomerado de la sociedad; cuando un individuo es capaz de cuidar su salud integral está protegiendo la salud de su familia, amigos, de la sociedad y del medio ambiente. Por consiguiente, las buenas o malas acciones individuales atañen a todos los miembros de una sociedad determinada.

Esta manera de ver y de proponer la Pastoral de la Salud no es tarea fácil de ejecutar. Las lecturas de los distintos autores nos han llevado a reflexionar que cuando somos conocedores de la realidad por las experiencias vividas en la práctica pastoral, podemos hacer propuestas desde distintos ángulos sin perder de vista el objetivo.

Viendo los esfuerzos que se han hecho para la erección de la Pastoral de la Salud en la Diócesis de San Francisco de Macorís, según lo presenta el Modelo de Situación del 2010, hemos visto muy saludable la manera de hacer estas propuestas desde la sencillez y la cotidianidad con lo que se ha venido haciendo, es decir, con los pies puestos en el suelo y nuestras miradas fijas en aquel que nos ha llamado a seguirle y a servirle.

Al comenzar esta investigación sabíamos hacia donde queríamos ir por medio de los esquemas trazados. Pero nuestra sorpresa ha sido más grande al descubrir que había muchos

caminos por los cuales se podía recorrer la Pastoral de la Salud para hacer la reflexión desde las fuentes de la Teología Moral. No obstante, dejamos a consideración para estudios posteriores la profundización en otros aspectos que se puedan considerar oportunos al respecto.

Los conocimientos adquiridos han sido muchos y en adelante queremos ponerlos en práctica en nuestro ministerio sacerdotal. Este tema tiene mucho que ver con nuestra existencia y está constantemente en nuestras vivencias diarias. Ese es uno de los motivos por el que lo hemos elegido y nos ha dado nuevas herramientas para saber vivir con valentía los buenos y malos momentos que la vida va deparando en el propio devenir de la historia personal en nuestro mundo corporal y espiritual.

Nuestra propuesta de los tres horizontes de la Pastoral de la Salud es aplicable a estos tiempos de pandemia y a los futuros cuando se recobre cierta normalidad. La pandemia de la COVID-19 ha generado grandes cambios en el modo de concebir la salud, poniendo a prueba nuestra humanidad<sup>152</sup>. Ella ha dejado al descubierto las grandes injusticias, donde lo que sólo se veía en la ciencia ficción de las películas ha pasado a cobrar vida como si de una pesadilla infernal se trata de la que aún no hemos podido despertar del todo. «... con la pandemia, lo impensable ha sucedido en el mundo rico y para las clases sociales más privilegiadas: ya no se sienten tan invulnerables»<sup>153</sup>.

Pensamos que la pandemia está suponiendo un cambio de mentalidad en el modo de concebir la pastoral y el sentido social y comunitario que se tiene de la enfermedad. Nos hemos dado cuenta de que la preservación de la salud es cuestión de todos y que las enfermedades hay que erradicarlas entre todos. En cierto modo, la prevención, curación y la rehabilitación son las prácticas que estos nuevos tiempos continúan exigiendo.

La responsabilidad y el optimismo que se nos pedían al inicio de la pandemia, con los confinamientos, también se constituyen en ejes transversales de nuestra propuesta. Responsabilidad para cuidar nuestra salud integral y optimismo para saber que es posible

---

<sup>152</sup> Cf. La humanidad puesta a prueba. Bioética y COVID-19, eds. Rafael Amo Usanos y Federico de Montalvo Jääskeläinen, Cátedra de Bioética 34 (Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2020), 529.

<sup>153</sup> Joan Benach, *La salud es política. Un planeta enfermo de desigualdades* (Barcelona: Icaria, 2020), 8.

salir de las pruebas que se nos han presentado con la COVID-19 y otras enfermedades que puedan sobrevenirnos en un futuro.

Finalmente, la Pastoral de la Salud es una de las mejores formas para la nueva evangelización de los tiempos actuales porque es integral, dinámica y está ligada a la vida misma de cada persona sin importar sus condiciones religiosas, étnicas ni económicas. Las propuestas planteadas al respecto han sido fruto de la reflexión basándonos en las fuentes de la Teología Moral. Continuar profundizando en ellas nos permitirá avanzar en la evangelización de cara a los nuevos tiempos. Este trabajo de investigación es el germen de una atrevida, pero interesante, revolución pastoral que queda abierta desde el presente hacia el futuro.



## BIBLIOGRAFÍA

### DOCUMENTOS MAGISTERIALES:

Los documentos han sido tomados de la traducción que ofrece Editrice Vaticana y que se difunde en la página web <https://www.vatican.va>. En caso de que sean de otras fuentes distintas lo especificaremos.

### Documentos del Concilio Vaticano II:

Concilio Vaticano II. Constitución *Sacrosanctum Concilium*, sobre la sagrada liturgia, 4 de diciembre de 1963.

Concilio Vaticano II. *Gaudium et Spes*, Constitución Pastoral sobre la Iglesia en el mundo actual, 7 de diciembre de 1965.

\_\_\_\_\_. *Dei Verbum*, Constitución Dogmática sobre la Divina Revelación, 18 de noviembre de 1965.

\_\_\_\_\_. *Apostolicam Actuositatem*, Decreto sobre el apostolado de los laicos, 18 de noviembre de 1965.

\_\_\_\_\_. *Ad Gentes*, Decreto sobre la actividad misionera de la Iglesia, 7 de diciembre de 1965.

### Documentos Pontificios:

León XIII. Carta encíclica *Rerum novarum*, 15 de mayo de 1891.

Juan XXIII. Carta encíclica *Mater et Magistra*, 15 de mayo de 1961.

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

\_\_\_\_\_. *Dolentium hominum*, Carta Apostólica en forma motu proprio con la que se instituye la Pontificia Comisión para la Pastoral de los agentes sanitarios, 11 de febrero de 1985.

\_\_\_\_\_. *Christifideles laici*, Exhortación Apostólica sobre el papel de los laicos en la Iglesia, 30 de noviembre de 1988.

Francisco, Papa. Mensaje con ocasión de la XXII Jornada Mundial del Enfermo 2014. Fe y caridad: «También nosotros debemos dar la vida por los hermanos» (1Jn 3,16), 11 de febrero de 2014.

\_\_\_\_\_. Carta Encíclica *Laudato si'*, 24 de mayo de 2015.

\_\_\_\_\_. Mensaje con ocasión de la XXIII Jornada Mundial del Enfermo 2015. *Sapientia cordis*: «Era yo los ojos del ciego y el cojo los pies» (Jb 29,15)”, 11 de febrero de 2015.

\_\_\_\_\_. Mensaje con ocasión de la XXIV Jornada Mundial del Enfermo 2016. Confiar en Jesús como María: «Haced lo que Él os diga» (Jn 2,5)”, 11 de febrero de 2016.

\_\_\_\_\_. Mensaje con ocasión de la XXV Jornada Mundial del Enfermo 2017: El asombro ante las obras que Dios realiza: «El Poderoso ha hecho obras grandes por mí...» (Lc 1,49). Consultada el 18 de diciembre 2020, 11 de febrero de 2017.

\_\_\_\_\_. Mensaje con ocasión de la XXVI Jornada Mundial del Enfermo 2018: *Mater Ecclesiae*: «Ahí tienes a tu hijo... Ahí tienes a tu madre» (Jn 19,26-27), 11 de febrero de 2018.

\_\_\_\_\_. Mensaje con ocasión de la XXVII Jornada Mundial del Enfermo 2019: «Gratis habéis recibido; dad gratis» (Mt 10,8), 11 de febrero de 2019.

\_\_\_\_\_. Mensaje con ocasión de la Jornada Mundial del Enfermo 2020: «Venid a mí todos los que estáis cansados y agobiados, y yo os aliviaré» (Mt 11,28)”, 11 de febrero de 2020.

\_\_\_\_\_. Mensaje con ocasión de la XXIX Jornada Mundial del Enfermo 2021: Uno solo es vuestro Maestro y todos vosotros sois hermanos (Mt 23,8). La relación de confianza, fundamento del cuidado del enfermo, 11 de febrero de 2021.

#### **Documentos de las Conferencias Episcopales:**

Consejo Episcopal Latinoamericano, *Discípulos misioneros en el mundo de la salud. Guía para la Pastoral de la Salud en América Latina y el Caribe*. Bogotá-Colombia: Departamento de Justicia y solidaridad, CELAM, 2010.

Conferencia Episcopal Española, *Sembradores de Esperanza. Acoger, proteger y acompañar en la etapa final de esta vida*, 1 de noviembre de 2019. Consultada el día 11 de marzo

de 2021. <https://www.conferenciaepiscopal.es/interesa/eutanasia/sembradores-de-esperanza/>

### **Documentos de la Curia Romana:**

Congregación para la Doctrina de la Fe. Carta *Samaritanus Bonus*, sobre el cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de la vida, 22 de septiembre de 2020.

\_\_\_\_\_. *Catecismo de la Iglesia Católica*, 11 de octubre de 1992.

Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios (Pastoral de la Salud). *Nueva Carta de los Agentes Sanitarios*. Presentación de Jesús Martínez Carracedo. Maliano-Cantabria: Sal Terrae, 2017.

### **BIBLIOGRAFÍA GENERAL:**

AA.VV., *Orientación y terapia familiar. En familias afectadas por enfermedades o deficiencias*. Madrid: Mapfre, (Universidad Pontificia Comillas), 1994.

Alarcos Martínez, Francisco José. *Objeción de conciencia y sanidad*. Granada: Comares, S.L., 2011.

Alonso-Lasheras Rivero, Alfonso. *El sufrimiento como lugar para una reflexión teológico-moral. Una propuesta pastoral desde un Dios "Tododebilidoso"*. Especialidad de Teología Moral y Pastoral. Madrid: Universidad pontificia Comillas, 2016.

Álvarez, Francisco y José Carlos Bermejo. *Diez miradas sobre Camilo de Lellis*. España: Sal Terrae, 2013.

Álvarez, Francisco. *El evangelio de la salud*. Madrid: San Pablo, 1999.

\_\_\_\_\_. *Teología de la salud*. Madrid: PPC, 2013.

Amo Usanos R. y Federico de Montalvo J. Eds. *La humanidad puesta a prueba. Bioética y COVID-19*, eds., Cátedra de Bioética 34. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2020.

Benach Joan. *La salud es política. Un planeta enfermo de desigualdades*. Barcelona: Icaria, 2020.

- Bermejo, José Carlos y Francisco Álvarez. *Pastoral de la Salud y Bioética*. Madrid: San Pablo, 2009.
- Bermejo, José Carlos. *Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana*. Madrid: San Pablo, 2003.
- Brusco, Ángel y Sergio Pintor. *Tras las huellas de Cristo médico. Manual de teología sanitaria*. Trad. Alfonso Ortiz García. Santander: Sal Terrae, 2001.
- Caamaño López, José Manuel. *Ante el dolor y la muerte. Paisaje de un viaje hacia el misterio*. Madrid: PPC, 2014.
- Cano, Alberto y Álvaro Lobo Arraz, eds. *Más que salud: cinco claves de espiritualidad ignaciana para ayudar en la enfermedad*. Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2019.
- Cencini, Amedeo. *Ladrón perdonado. El perdón en la vida del sacerdote*. Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2018.
- Conde Herranz, Jesús. *Introducción a la pastoral de la salud*. Madrid: San Pablo, 2004.
- Cornago Sánchez, Ángel. *Salud y felicidad*. Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2017.
- De la Torre Díaz, Javier, ed. *Los santos y la enfermedad*. Madrid: PPC, 2019.
- \_\_\_\_\_. ed. *Enfermedad, dolor y muerte desde las tradiciones judeocristiana y musulmana*. Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2011.
- \_\_\_\_\_. *Jesús de Nazaret y la familia. Familias rotas, familias heridas, familias frágiles*. Madrid: San Pablo, 2014.
- \_\_\_\_\_. “La mirada de un experto en la ética del cuidado. Con el orinal en la cintura, Camilo de Lellis y el cuidado humano”, en *Diez miradas sobre Camilo de Lellis*, editado por Francisco Álvarez y José Carlos Bermejo. Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2013.
- Denzinger, Heinrich y Peter Hünermann, *El Magisterio de la Iglesia*. Barcelona: Herder, 2017.
- Departamento de Estadísticas, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). Consultada el día 8 de septiembre de 2020. <https://www.one.go.do/Multimedia/Download?ObjId=4582>

- Departamento de Pensamiento Social Cristiano. *Una voz para nuestra época (Populorum Progressio 47)*. 3ª ed. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2006.
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. *Prevención*. 22ª ed. 2001. Consultada el día 12 de marzo de 2021. <https://www.rae.es/drae2001/prevenci%C3%B3n>
- Diócesis de San Francisco de Macorís, República Dominicana. Consultada el día 2 de noviembre de 2019. <https://www.diocesisdesanfranciscodemacorís.com/index.php/2013-05-22-08-35-26>
- Diócesis de San Francisco de Macorís. *Modelo de Situación*. San Francisco de Macorís: Vicaría de Pastoral, 2001.
- Fernández Díez, Raquel. *¿Por qué no sobrevivieron las Beguinas al siglo XXI?* VI Congreso Virtual sobre Historia de Mujeres, 15-31 de octubre. Consultada el día 1º de diciembre de 2020. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4947158.pdf>
- Fernández, Aurelio. *Teología Moral II. Moral de la persona y de la familia*. Burgos: Aldecoa, 1993.
- Fossas, Ignasi M. “San Benito. La tradición monástica (Benedictina) y la enfermedad”, en *Los santos y la enfermedad* editado por Javier de la Torre Díaz. Madrid: PPC, 2019.
- Fuentes Varela, Arturo. “La mirada de un médico. Camilo: creador de una nueva escuela”, en *Diez miradas sobre Camilo de Lellis*, editado por Francisco Álvarez y José Carlos Bermejo. Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2013.
- Grün, Anselm. *El arte de ser feliz*. Santander: Sal Terrae, 2018.
- Guerrero Rodríguez, Pablo. *Mucho más que dos. Acercamiento pastoral a la pareja y la familia*. Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2016.
- Gutiérrez, Gustavo. *Hablar de Dios desde el sufrimiento del inocente*. Salamanca: Sígueme, 1986.
- Häring, Bernard. *La Ley de Cristo*. Barcelona: Herder, 1961.
- Hilario, Ciprián y Miguel José Vásquez, eds. *El secreto de la sabiduría humana*. Santo Domingo: Amigo del Hogar, 2000.

- León-Dufour, Xavier. *Diccionario vocabulario de teología bíblica*. 66<sup>ta</sup> ed. Barcelona: Herder, 1982.
- Lozano B., Javier Arzobispo-Obispo emérito de Zacatecas Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. Primer encuentro de los Obispos Europeos Encargados de la Pastoral de la Salud, de parte de sus respectivas Conferencias Episcopales, 9 de febrero de 1998.
- Martínez, Julio Luis y José Manuel Caamaño. *Moral fundamental. Bases teológicas del discernimiento ético*. Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2014.
- Pagola, José Antonio. *Id y curad. Evangelizar el mundo de la salud y la enfermedad*. 4<sup>a</sup> ed., Madrid: PPC, 2011.
- Pangrazzi, Arnaldo. *Dejarse curar por Jesús*. Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2015.
- \_\_\_\_\_. *La Pastoral de la Salud. Sanación global*. Santander: Sal Terrae, 2013.
- Pellegrino, Edmundo y David C. Tomasma. *Las virtudes cristianas en la prácticas médicas*. Cátedra de Bioética N° 15. Madrid: universidad Pontificia Comillas, 2008.
- Pepén, Juan Félix. *Educación de la conducta humana. Principios de moralidad cristiana y social*. Santo Domingo: Amigo del Hogar, 2003.
- Redrado, José Luis y J. Gol Gurina. *Humanización en la salud*. Bogotá-Colombia: San Pablo, 2003.
- República Dominicana: *IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010*, consultada el día 2 de noviembre de 2019. <https://sicen.one.do/>
- Sánchez Castro, Luis Santiago. *El acompañamiento en el magisterio del Papa Francisco (2013-2019)*. *Licentiatús in Theologia*, Especialidad de Teología Espiritual. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2020.
- Sandrin, Luciano. *Cómo afrontar el dolor*. Madrid: San Pablo, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Frágil vida. La mirada de la teología pastoral*. Madrid: PPC, 2008.
- \_\_\_\_\_. *Teología pastoral. Lo vio y no pasó de largo*. Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2015.
- Sheen, Fulton J. *Vida de Cristo*. Barcelona: Herder, 1959.

- Steedmann Pascual, Laura. “Una mirada de relaciones afectivas, delicadas y tiernas”, en *Diez sobre Camilo de Lellis*, editado por Francisco Álvarez y José Carlos Bermejo. Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2013.
- Tatay, Jaime. *Ecología integral. La recepción católica del reto de la sostenibilidad: 1891 (RN) – 2015 (LS)*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2018.
- Uriarte, Juan María. “Religión y salud”, en *Jesús y la salud*, editado por José Carlos Bermejo. Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2015.
- Van Breemen, Piet. *Te he llamado por tu nombre*. 2ª ed. Maliaño-Cantabria: Sal Terrae, 2019.
- Vendrame, Calisto. *Los enfermos en la Biblia*. Madrid: San Pablo, 2002.
- Viana, Mikel. “Vivir, enfermar y morir en la teología moral de Bernard Häring”, en *Enfermedad, dolor y muerte desde las tradiciones judeocristiana y musulmana*, editado por Francisco Javier de la Torre Díaz. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2011.