



FACULTAD DE TEOLOGÍA

EL CUIDADO DE LOS ENFERMOS TERMINALES EN MOZAMBIQUE

Una reflexión teológico-moral y pastoral desde la solidaridad como principio bioético

Autor: Francisco Valente Fumo

Director: Prof^a. Dr^a. D^a. M^a. Carmen García Massé

Madrid

Mayo de 2018



FACULTAD DE TEOLOGÍA

EL CUIDADO DE LOS ENFERMOS TERMINALES EN MOZAMBIQUE

Una reflexión teológico-moral y pastoral desde la solidaridad como principio
bioético

Por

Francisco Valente Fumo

Visto Bueno del Director

Prof.^a. Dr.^a. D.^a. María del Carmen García Massé

Fdo.

Madrid – mayo de 2018

Índice

ÍNDICE	I
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I - EL CUIDADO DE LOS ENFERMOS TERMINALES Y ESCASEZ DE RECURSOS EN MOZAMBIQUE	5
1. LA SOLIDARIDAD: CONCEPTO CLAVE DE LA TESINA.....	6
2. DATOS SOCIALES, ECONÓMICOS Y SOCIOSANITARIOS DE MOZAMBIQUE	9
3. REALIDAD SANITARIA.....	11
4. SISTEMA SANITARIO DE MOZAMBIQUE	15
4.1. El sector sanitario público.....	17
4.2. El sector sanitario privado.....	19
4.3. La Medicina Tradicional.....	20
5. LA FINANCIACIÓN DE SISTEMA NACIONAL DE SALUD	20
6. ATENCIÓN A ENFERMOS TERMINALES Y ACCESO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN MOZAMBIQUE	22
6.1. La realidad de los enfermos terminales.....	22
6.2. Cuidados Paliativos: un imperativo Bioético.....	25
7. LA SOLIDARIDAD COMO PROYECTO SANITARIO DE LA IGLESIA CATÓLICA EN MOZAMBIQUE.....	31
8. NOTAS CONCLUSIVAS	35
CAPÍTULO II – SOLIDARIDAD CRISTIANA EN EL CUIDADO DE LOS ENFERMOS TERMINALES EN LAS FUENTES DEL DISCURSO MORAL	36
1. SOLIDARIDAD PARA CON LOS ENFERMOS EN LA SAGRADA ESCRITURA	37
1.1. Fundamentos de la solidaridad en la Sagrada Escritura.....	38
1.2. Solidaridad de Dios sanador con los enfermos	41
1.3. Jesús, Salud de los Enfermos	43
2. LA SOLIDARIDAD CON LOS ENFERMOS EN LA TRADICIÓN DE LA IGLESIA	47
2.1. El poder de sanar transmitido a los discípulos se hace Tradición.....	47
2.2. La solidaridad para con los enfermos en la Iglesia Primitiva	51
2.3. La solidaridad con los enfermos en la Medicina Monástica.....	54
2.4. El “nuevo rostro” de la solidaridad de la Iglesia con los enfermos	57
2.5. Puntos claves sobre el cuidado de los enfermos en la Tradición de la Iglesia	61
3. ENSEÑANZAS DEL MAGISTERIO DE LA IGLESIA SOBRE LA SOLIDARIDAD CRISTIANA	62
3.1. La solidaridad en el Magisterio de la Iglesia antes del Vaticano II	62

3.2.	La solidaridad en el Concilio Vaticano II	68
3.3.	Solidaridad en el Magisterio Papal postconciliar	71
3.4.	La solidaridad en los Consejos y Academias Pontificias	78
4.	NOTAS CONCLUSIVAS	80
CAPÍTULO III – LA SOLIDARIDAD SE HACE VIDA: REFLEXIÓN TEOLÓGICA Y PROPUESTA ÉTICO-PASTORAL		81
1.	LA SOLIDARIDAD COMO PRINCIPIO BIOÉTICO VERTEBRADOR	81
1.1.	Fundamentación epistemológica de la solidaridad como principio bioético	81
1.2.	La solidaridad como principio de la Bioética teológica	84
1.3.	Los principios de la Bioética europea y la solidaridad	87
1.4.	La necesaria conexión entre la ética del cuidado y la solidaridad	88
1.5.	Ubuntu como principio de la Bioética africana y expresión de la solidaridad	90
2.	ESCASEZ DE RECURSOS SANITARIOS Y ACCESO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS: LA EXIGENCIA ÉTICA DE LA SOLIDARIDAD	93
2.1.	Recursos sanitarios escasos y exigencias éticas de la solidaridad	93
2.2.	La solidaridad en las desigualdades mundiales en materia de salud	96
2.3.	Las exigencias éticas de la solidaridad en el sistema de sanitario de Mozambique	99
2.4.	Una propuesta para el cuidado de los enfermos terminales	104
3.	LA PASTORAL DE LA SOLIDARIDAD DE LA IGLESIA Y LOS ENFERMOS TERMINALES	106
3.1.	El cuidado de la solidaridad de la Iglesia	106
3.2.	La propuesta solidaria de la Iglesia y humanización del Sistema Sanitario de Mozambique	110
3.3.	La solidaridad que opera en las congregaciones religiosas	112
4.	LA SOLIDARIDAD EN EL ENTORNO HOSPITALARIO	114
5.	LA SOLIDARIDAD EN LA FAMILIA	119
6.	NOTAS CONCLUSIVAS	121
CONCLUSIÓN		123
BIBLIOGRAFÍA		128
DOCUMENTOS MAGISTERIALES Y ECLESIALES		128
Documentos Papales		128
Documentos del Concilio Vaticano II		129
Documentos de la Curia Roma		129
DOCUMENTOS Y ARTÍCULOS DE LA OMS		130
LIBROS Y CAPÍTULOS DE LIBROS		131
ARTÍCULOS DE REVISTAS		137
TESIS		138
PÁGINAS WEB		138
ENTREVISTAS		138

Siglas y abreviaturas

CA – Centesimus annus

Cf – Confrontar

CP – Cuidados Paliativos

CV - Caritas in veritate

DV - Dei Verbum

EV - Evangelium vitae

Ibid. – Mismo autor y misma obra

IDS – Encuesta demográfico de salud

IIM – Encuesta de indicadores múltiples

LS - Laudato si

MM - Mater et magistra

PT - Pacem in terris

SRS - Sollicitudo rei socialis

VS - Veritatis splendor

Entidades y Organismos

CIP - Centro de Integridad Pública

FMI - Fondo Monetario Internacional

HCM - Hospital Central de Maputo

IMT - Instituto de Medicina Tradicional

INE - Instituto de Estadística

MISAU - Ministerio de la Sanidad mozambiqueño.

OMC - Organización Mundial del Comercio

OMS - Organización Mundial de la Salud

ONU - Organización de Naciones Unidas

SNS - Sistema Nacional de Salud Mozambiqueño

INTRODUCCIÓN

Hace más de 10 años, un grupo de estudiantes de Teología en Mozambique¹ tuvimos una experiencia de vida que, por su profundidad, constituye la génesis de esta tesina. Para expresar el contenido de esta vivencia, utilizaré el recurso de la narración. En Bioética, la narración nos sirve para introducirnos en el sentido de la biografía, y, en el caso de esta tesina nos referimos al sufrimiento físico de un enfermo terminal. La narración de esa experiencia humana nos hace conscientes del significado de sufrir dolor ante la cercanía de la muerte en un contexto, además, de escasos recursos materiales.

En aquel momento, nos encontrábamos en los primeros años de Teología, en un seminario que acoge estudiantes de todo Mozambique. *Muntu*², un compañero de 26 años empezó a enfermar al inicio del año académico. Al cabo de 3 meses, acudió al Hospital Central de Maputo, cercano al seminario y el más grande del país, y nos comunicó que fue diagnosticado de un tipo de cáncer del que era urgente operarse. De hecho, al cabo de dos semanas, fue operado y, posteriormente, se sometió a las seis sesiones de quimioterapia precisadas para los pacientes con este mismo diagnóstico.

Aunque debilitado por causa de la enfermedad, siempre infundía esperanza a todos los que nos comunicábamos con él. Cuando terminó las sesiones, tuvo que volver al seminario y todos nos alegramos puesto que se mostraba un poco mejor. En el seminario su condición de enfermo no suponía ningún inconveniente, puesto que siempre nos cuidábamos mutuamente en caso de que alguien lo necesitara, de hecho, en su habitación siempre había gente. Cuidábamos de su alimentación, le ayudábamos con el aseo, y estábamos atentos a sus horas de medicación. Cada uno de nosotros ofrecía el cuidado que podía, y procedíamos como si lo hiciésemos para nosotros mismos.

Al cabo de un mes, la alegría y la esperanza que teníamos se tornó en preocupación. *Muntu* se debilitaba cada vez más y decía sufrir de fuertes dolores. Llegado un momento, de noche, los compañeros de su bloque ya no podían conciliar el sueño debido a los gritos del enfermo que se

¹ Estábamos en el Seminario Nacional de Teología que acoge estudiantes de todo el país, diocesanos y religiosos. Éramos cerca de 102 estudiantes internos y 30 externos.

² He cambiado el nombre del paciente y omitido algunos datos por cuestiones éticas. La palabra *Muntu*, en muchas lenguas bantúes, significa persona. El plural de la misma palabra se forma añadiendo el sufijo " *ntu*" y forma la palabra *Ubuntu*. Esta, nos servirá para avanzar un principio bioético africano que integra la solidaridad.

quejaba de dolores insoportables. En varias ocasiones, tuvimos que llevarle al hospital donde estaba siendo atendido. En una de esas ocasiones, el médico responsable decidió hospitalizarlo para ver si conseguía calmarle los dolores. Después de cinco días internado, el mismo médico llamó al rector del seminario y le dijo que el hospital ya no podía hacer nada por *Muntu*, y que la mejor solución era llevarlo a casa. Además, nos explicó que nuestro compañero estaba ocupando una cama del hospital que podía servir a otros enfermos con esperanza de curarse. Aquel mismo día, *Muntu* regresó al seminario, destrozado emocionalmente porque ahora sabía que el mayor hospital del país ya no podía hacer nada por él.

La conciencia de ser un enfermo terminal sin ninguna posibilidad de tener asistencia hospitalaria debilitó más el estado físico de *Muntu*. Entonces, pidió permiso al rector y al obispo para volver a la casa de su familia, que estaba 2240 kilómetros del seminario. Con el permiso concedido, *Muntu* pasó sus últimas semanas junto a su familia sufriendo un gran dolor físico y sin medicinas adecuadas para quitarle el dolor. La historia de *Muntu* es la de miles y miles de enfermos terminales que mueren en Mozambique sin acceso al tratamiento del dolor físico. Nuestra experiencia pastoral de salud nos ha permitido acompañar a varios enfermos y enfermas que murieron afrontando el mismo problema.

Consideramos que la narración biográfica de la vida de *Muntu* es la forma más adecuada para transmitir la realidad de un sistema sanitario que, a causa de la escasez de recursos, no consigue ofrecer tratamiento al dolor físico que muchos enfermos terminales sufren al final de la vida. En palabras de Julio Vielva, “la narración es la forma más adecuada para transmitir todas esas realidades, que no son reductibles a datos cuantitativos ni pueden quedar del todo reflejadas en conceptos abstractos”³. En Bioética, la narración biográfica constituye un vehículo de contenidos éticos, por lo que también nos permite conocer el contexto ético donde se inscriben estas vidas⁴. En este sentido, el respeto a la dignidad del enfermo terminal, el cuidado y la solidaridad que demanda un ser que se encuentra en situación de vulnerabilidad, nos conducen directamente al tema de esta tesina titulada “El cuidado de los enfermos terminales en Mozambique: La solidaridad como principio bioético y propuesta pastoral”.

Las palabras del médico de *Muntu* cuando comunicó al rector del seminario que no podía hacer nada más por su vida, denotaban una gran frustración, que iba más allá del hecho de no poder salvarle, englobando también y, sobre todo, la frustración por no poder atenderle en sus últimos momentos debido a la enorme falta de recursos sanitarios en su país. De la problemática de la falta de recursos, tratará el primer capítulo de esta tesina.

³ Julio Vielva, ed., *Acompañar en la fragilidad. Relatos de profesionales de la salud* (Madrid: San Pablo, 2010), 15.

⁴ Cf. *Ibid*, 18.

En el estudio de la historia del origen de la Bioética se pone de relieve que los cuatro principios básicos del paradigma Principialista se muestran insuficientes para tratar el tema de investigación. La razón es que el principio de justicia se muestra muy limitado para resolver el asunto de escasez de recursos sanitarios en un contexto dado. El sistema sanitario mozambiqueño distribuye sus recursos en áreas prioritarias como salud pública, medicina preventiva, atención primaria, las cuestiones de la salud materno infantil y juvenil, en nuevas técnicas de diagnóstico e investigación clínica, y no tiene presupuesto para unidades de cuidados paliativos. Esta limitación puede paliarse con la perspectiva de la solidaridad en esta área, que nos puede ofrecer una visión diferente.

La solidaridad abre horizontes más vastos que la justicia. Nos conecta con la ética del cuidado, con los principios europeos de bioética. Además, la solidaridad está integrada en un concepto fundamental de la filosofía y ética africana, el concepto de *Ubuntu*, como modo de concebir la humanidad entera. Estos conceptos servirán de base para las reflexiones éticas que se llevarán a cabo en el tercer capítulo. Dicho de otro modo, se reflexionará sobre cómo se puede respetar la dignidad y cuidar a los enfermos vulnerables en contextos de escasez, como fue la situación de nuestro fallecido compañero *Muntu*.

En el primer capítulo se expondrán datos económicos y sociales de Mozambique. Cabe señalar que parte de esta información ofrece lagunas y/o no está debidamente actualizada, debido a dificultades de recogida de datos de instituciones como el Instituto de Estadística (INE) y el Ministerio de la Sanidad (MISAU) mozambiqueño. Cuando ha sido posible, se ha recurrido a datos de instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización de Naciones Unidas (ONU) para complementarlos.

En el segundo capítulo, referido a las fuentes teológicas, la Escritura y la Tradición de la Iglesia nos ofrecerán elementos importantes para la posterior reflexión ética sobre el cuidado de los enfermos. La solidaridad como principio ético entró recientemente en la reflexión del Magisterio de la Iglesia. Se ha realizado un recorrido investigativo bibliográfico desde el Magisterio de Pio XII hasta la “Nueva Carta de los Agentes Sanitarios” de 2017, con el fin de comprender este concepto y su aplicación a los problemas de esta índole. Este capítulo, además, debería incluir una reflexión del Magisterio de los obispos africanos respecto al cuidado de los enfermos, pero en la investigación bibliográfica no se ha encontrado ningún documento que trate específicamente este tema, a pesar de que África y América Latina son los continentes donde la Iglesia tiene mayor presencia en el campo sanitario.

En el tercer capítulo, se plantea una posible solución para el problema biográfico de nuestro compañero *Muntu*. Aquí se mostrará que la solidaridad es un principio vertebrador de la Bioética,

partiendo del hecho que éste conecta con varias éticas. Dentro de esas éticas, hemos dado relevancia a la ética africana, que se comprende a partir del concepto de humanidad compartida o *Ubuntu*. En este caso también, nos servimos de la reflexión de moralistas y bioeticistas europeos, porque escasean fuentes bibliográficas escritas de moralistas africanos acerca del asunto.

Este último capítulo, además de la reflexión ética, cuenta con una propuesta pastoral sobre la solidaridad de la Iglesia en mundo sanitario. Este apartado se justifica por la colaboración de la Iglesia en el Sistema Nacional de Salud Mozambiqueño (SNS). La Iglesia presta su solidaridad a través de la Pastoral de la Salud llevada a cabo por parroquias, prestando asistencia y cuidado a los enfermos en hospitales y centros sociosanitarios de varias congregaciones y siendo toda esta colaboración de la Iglesia en este ámbito coordinada por la Comisión Episcopal de la Salud.

La tesina se inscribe dentro de la investigación cualitativa de tipo documental y teórico, y en alguno de los apartados del primer capítulo se ha recurrido a la entrevista a los informantes principales por falta de fuentes escritas. El método que seguimos es el teórico, respetando las etapas de ver, juzgar y actuar de la encíclica *Mater et Magistra*. Traduciendo este método en lenguaje bioético: diríamos datos (ver), deliberación bioética (juzgar) y consejo ético (actuar)⁵.

Este fenómeno se enmarca en la Teología Moral, en la línea de la “Nueva Carta de los Agentes Sanitarios” que plantea directamente la cuestión del derecho a la protección de la salud a todas y cada una de las personas (n. 141). Además, en el mensaje del Papa Francisco, de 18 de noviembre de 2017, a los participantes en la XXXII Conferencia Internacional sobre el tema “Afrontar las disparidades globales en materia de salud”, explicitó la necesidad de una justa distribución de las estructuras sanitarias y recursos financieros en conformidad con los principios de la solidaridad y subsidiariedad⁶. El mensaje muestra que el tema de la gestión de los recursos sanitarios preocupa no sólo a los gestores sanitarios, sino a también al Magisterio de la Iglesia.

Esta tesina proporciona una perspectiva de solución al problema de la escasez de recursos sanitarios y la falta de Cuidados Paliativos (CP) para los enfermos terminales, teniendo como base el principio bioético de la solidaridad. Esta aportación no se circunscribe al contexto de Mozambique; sin embargo, se inscribe en la preocupación actual de la Bioética contemporánea, que ha pasado de la cuestión del consentimiento informado a la justicia sanitaria. Esperamos que este trabajo contribuya a la reflexión sobre esta cuestión, que es de vital importancia humana.

⁵ Cf. Juan XXIII, Carta Encíclica *Mater et magistra* (15 de mayo de 1961). (A partir de ahora MM). Todos los documentos de Papas y Magisterio están tomados de la publicación Editrice Vaticana en <www.vaticana.va>.

⁶ Cf. Francisco, *Mensaje del Santo Padre Francisco a los participantes en la conferencia internacional sobre el tema “afrontar las disparidades globales en materia de salud”* (Roma 18 de noviembre de 2017).

CAPITULO I - EL CUIDADO DE LOS ENFERMOS TERMINALES Y ESCASEZ DE RECURSOS EN MOZAMBIQUE

Este capítulo constituye el “ver” en la metodología de Juan XXIII que proponemos. En efecto, el papa Roncalli, en la encíclica *Mater et magister*, escribió:

“los principios generales de una doctrina social se llevan a la práctica comúnmente mediante tres fases: primera, examen completo del verdadero estado de la situación; segunda, valoración exacta de esta situación a la luz de los principios, y tercera, determinación de lo posible o de lo obligatorio para aplicar los principios de acuerdo con las circunstancias de tiempo y lugar. Son tres fases de un mismo proceso que suelen expresarse con estos tres verbos: ver, juzgar y obrar” (MM 236).

Con lo cual iniciamos esta tesina con una descripción detallada de la situación económica de Mozambique y la escasez de los recursos sanitarios. Este proceder nuestro, además de tener fundamentos en la Doctrina Social de la Iglesia, es propio de la Bioética, que siempre comienza con buenos datos para discutir dialógicamente y deliberar sobre un caso ético.

Nuestro punto de partida es que el sistema sanitario de este país se basa en el principio de que todos los mozambiqueños tienen derecho a la asistencia sanitaria. Este derecho es garantizado por la Constitución de la República y consignado en la Carta de los Derechos del Enfermo. En esta última se puede leer: “todos los ciudadanos tienen derecho a la salud, independientemente de su condición social y económica y orientación sexual, o sus convicciones políticas, filosóficas y religiosas, las cuales deben ser respetadas, en el ámbito de la Constitución y de los derechos humanos”⁷.

Esta forma de plantear el problema se enmarca dentro de lo que podemos llamar justicia sanitaria. Sin embargo, nosotros no recurrimos al principio de justicia, como era de esperar. Para ofrecer una perspectiva más amplia del problema, hacemos un análisis de este problema desde la solidaridad, como principio de la Bioética. Por eso, a continuación, ofrecemos una definición del concepto solidaridad.

⁷ Ministério da Saúde, *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes* (Maputo: Conselho Nacional da Saúde, 2001), 1 (traducción propia).

1. La solidaridad: concepto clave de la tesina

En esta tesina, la solidaridad la tomamos en sentido moral. Según el Diccionario de la Real Academia Española (RAE), esta palabra viene *de solidario*, que significa “adhesión circunstancial a la causa o a la empresa de otros”⁸. En este sentido, consideramos que la tesina se preocupa con la causa de muchos enfermos en situación terminal que se encuentran marginado por el SNS.

Sin menospreciar el significado que nos la RAE, nos interesa sobre todo el concepto moral de la solidaridad. Desde este punto de vista, “la solidaridad, como concepto moral, parece significar un sentido de no calculada cooperación basada en la identificación con la causa común”⁹. El “Nuevo Diccionario de la Teología Moral” nos ofrece dos sentidos del significado esta palabra en la ética cristiana: valor teológico e instancia ética. Como valor teológico, este concepto expresa la experiencia que el creyente tiene de un Dios solidario y que le impulsa a vivir la solidaridad. Y, como instancia ética, la solidaridad se convierte en deber de transferir a las relaciones con los hombres el sentido y la lógica de tal experiencia¹⁰.

Esta concepción de solidaridad es distinta de la solidaridad orgánica o sociológica de Durkheim porque, en este tipo de solidaridad, solo somos solidarios con aquéllos que sentimos que participan de nuestra identidad grupal (familia, nación, comunidad de creencias, etc.). La razón para no optar por la solidaridad sociológica es que presenta algunos peligros, que son:

- (a) No reconocer la autonomía de los individuos, diluyendo su identidad en la identidad grupal.
- (b) Una solidaridad cerrada, en la que la fuerte cohesión interna se expresa como insolidaridad hacia el exterior¹¹.

La solidaridad que conduce este trabajo es la que se define tanto por ser pura relación universal como por el compromiso respecto al amenazado; no se define por su imparcialidad sino por su parcialidad por el débil, que en este caso concreto es el enfermo terminal.

En este sentido, se vive la solidaridad no como iniciativa sino como obediencia que destruye la verticalidad sin destruir lo mejor de la autonomía. Porque la fragilidad del enfermo terminal despierta nuestra compasión.

⁸ “Solidaridad”, en Real Academia Española (RAE) y Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE), *Diccionario de la lengua española* (DLE). 23ª ed. (Madrid: Espasa, 2014).

⁹ Ruud H. J. ter Meulen, “solidarity”, en *Bioethics*, vol. 6, 4ª ed., ed. Bruce Jennings (Farmington Hills: Gale, Cengage Learning, 2014), 2983-2990.

¹⁰ Giannino Piana. “Solidaridad”, en *Nuevo Diccionario de Teología Moral*, dir. Francesco Compagnoni, Giannino Piana, y Salvatore Privitera (Madrid: Paulinas, 1992) 1731-1737.

¹¹Cf. Xavier Etxebarria, *Hacia una ética de la solidaridad* (Pamplona: Alboan, 1997) 7.

Para la Bioética teológica, la solidaridad es una virtud cristiana y un principio. Como escribió Juan María de Velasco, “el cristiano debe ser solidariamente virtuoso desde un horizonte teológico, es decir con fe, esperanza y caridad”¹². Este sentido de la solidaridad se encuentra en las afirmaciones del Papa S. Juan Pablo II, “la solidaridad es sin duda una virtud cristiana (...) es signo distintivo de los discípulos de Cristo (cf. Jn 13,35)”¹³.

En cambio, M. Vidal sostiene que la solidaridad no es sólo una virtud, actitud moral que cambia la vida de la persona en orden a implicarla con el destino del otro, sino que además es un criterio que exige el cambio de la realidad social¹⁴.

En este sentido, la solidaridad es un principio ético porque establece pautas generales de comportamiento. Es un valor moral a cultivar por todas las personas e instituciones sociales dedicado a los enfermos u orientados a resolver los problemas estructurales del mundo de la salud, como es el caso del cuidado de las personas al final de la vida.

La solidaridad como principio ético será el hilo conductor de nuestra tesina. Al privilegiar la dimensión de principio ético, no excluimos el hecho de que la solidaridad sea virtud. Lo que queremos subrayar es que la solidaridad, en el contexto sanitario, será la regla que guía la conducta en el cuidado de los más vulnerables y frágiles, los enfermos terminales.

En general, el principio de la solidaridad tiene como objetivo velar y proteger valores fundamentales de la persona que son patrimonio común de toda la humanidad, con independencia de otras condiciones¹⁵. De entre estos valores destacamos la dignidad humana, que servirá de base para hablar de CP en un contexto de extrema escasez de recursos sanitarios.

En esta tesina, utilizaremos este concepto funcional de la solidaridad, siendo ésta un sentimiento moral que brota de las personas, y se dirige a los miembros más desfavorecidos de la sociedad¹⁶. Consideramos que los enfermos terminales son los más desfavorecidos y vulnerables del SNS.

Desde la solidaridad como principio vertebrador de la Bioética, ofrecemos una perspectiva de la relación entre recursos escasos y cuidado de los enfermos terminales. No planteamos la cuestión desde el principio de justicia por tres razones. La primera tiene que con las teorías de

¹² Juan María de Velasco, “La atención y el cuidado del ser humano doliente desde el horizonte de la Bioética: la solidaridad cristiana”, en *Salud, justicia y recursos limitados*, ed. Javier de la Torre Díaz (Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2012), 150-151.

¹³ Juan Pablo II, Carta Encíclica *Sollicitudo rei socialis* (30 de diciembre de 1987), n° 40. (A partir de ahora SRS)

¹⁴ Marciano Vidal García, *Para comprender la solidaridad* (Navarra: Verbo Divino, 1996), 79.

¹⁵ Cf. Juan María de Velasco, “Solidaridad, principio de”, en *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*, Tomo II i-z, dir. Carlos María Romeo Casabona, (Granada: Comares, 2011), 1560 – 1566.

¹⁶ Javier Gafo y Albino Lourenço Bras, *Sida y tercer mundo. Una llamada a la ética de la solidaridad* (Madrid: PPC, 1998), 144.

justicia que hablan de cuidado sanitario sean ellas libertarias, igualitarias o del liberalismo comprensivo. La segunda, el principio de justicia del Principialismo bioético necesita, en nuestra opinión, una complementariedad. Los principios de ética biomédica de Beauchamp y Childress serán vinculados a la ética del cuidado para dar respuesta al objetivo de esta tesis. Hablaremos de este asunto en el tercer capítulo.

La tercera razón se justifica por la caridad como estancia de la ética cristiana. Como ya hemos dicho, la solidaridad es, para el cristiano, un deber que se realiza transfiriendo a las relaciones con las personas la solidaridad de Dios para con el ser humano. Esta razón se demuestra de modo evidente en el segundo capítulo.

Debido a que las dos últimas razones serán objeto de los próximos capítulos, nos limitamos a justificar por qué las teorías de justicia no pueden, en muchos casos, justificar de modo eficaz el cuidado sanitario de los enfermos terminales en un contexto de extrema escasez de recursos sanitarios. En este debate nos limitaremos a los pensadores que se dedicaron a aplicar las teorías de justicia al cuidado sanitario. Entre los libertarios¹⁷, Allen Buchanan defiende que las teorías éticas de justicia no pueden justificar un mínimo de asistencia sanitaria. Para él, la asistencia sanitaria es algo propio de la beneficencia y no de la justicia¹⁸.

El igualitarista Norman Daniels arguye que la finalidad de la asistencia sanitaria es mantener la persona más cerca posible del normal funcionamiento de la especie¹⁹. En el caso del enfermo terminal, no podemos esperar que su funcionamiento esté más cerca posible del funcionamiento normal de la especie. A su vez, otro igualitarista, Ronald Dworkin, a partir de la teoría del seguro prudente, rechaza que la persona haría un seguro sanitario para un tratamiento que no mejorase su salud²⁰. Creemos que estas teorías no justificarían de modo satisfactorio el cuidado sanitario a enfermos terminales teniendo como base la justicia.

El liberalismo comprensivo, en su vertiente de enfoque de capacidades, desarrollado por Amartya Sen y Martha Nussbaum, nos ofrece algunos argumentos desde el concepto de calidad

¹⁷ La mayoría de los libertarios niega que exista un derecho al cuidado sanitario. A título de ejemplo, mencionamos a Robert Nozick y Hugo Tristram Engelhardt. Ambos defienden que, en el contexto del pluralismo moral, es difícil que las personas lleguen al consenso sobre materia del cuidado sanitario. En definitiva, para ellos, es inmoral afirmar un derecho a la asistencia sanitaria. Por eso, la asistencia sanitaria debe ser “adquirida” vía mercado libre, según las posibilidades económicas de cada uno. Para más detalles sobre esta cuestión puede consultarse: Hugo Tristram Engelhardt, *Los fundamentos de la Bioética* (Barcelona: Paidós, 1995); Robert Nozick, *Anarquía, estado y utopía*. México (Fondo de Cultura Económica, 1988).

¹⁸ Cf. Allen Buchanan, “The Right to a Decent Minimum of Health Care”, *Philosophy & Public Affairs* 13, nº 1 (1984): 55-78.

¹⁹ Cf. Norman Daniels, “Justice, Health, and Healthcare”, *The American Journal of Bioethics* 1, nº 2 (2001): 2-16.

²⁰ Cf. Ronald Dworkin, *Sovereign Virtue: the Theory and Practice of Equality* (Massachusetts: Harvard University Press, 2000).

de vida. Es decir, Nussbaum elabora su listado de capacidades humanas centrales a partir de la referencia a la dignidad humana. En su perspectiva, la persona necesita de apoyo material en sus facultades mayores. De este punto de vista, se podría fundamentar el cuidado de los enfermos terminales mismo en el contexto mozambiqueño. Sin embargo, la tercera razón que hemos indicado nos ofrece aportes potentes dentro de la Bioética Teológica, como vamos a demostrar en los próximos capítulos.

En cambio, desde el enfoque de A. Sen, sería una tarea más difícil porque las capacidades están en función de la vida que el individuo más valora. La razón es que un enfermo terminal ya no puede poner sus capacidades al servicio de finalidad que más valora.

Para una mejor comprensión de nuestras motivaciones sobre la elección de la solidaridad, presentamos, a continuación, los datos sociales, económicos y sociosanitarios de Mozambique.

2. Datos sociales, económicos y sociosanitarios de Mozambique

Para hablar del cuidado de enfermos terminales en Mozambique es necesario partir de algunos datos sociales, económicos y, sobre todo, sanitarios. Estos datos nos van a ayudar a conocer la situación del país. Como todos sabemos, la economía influye en el acceso a los cuidados sanitarios. Desde esta perspectiva, la enorme escasez de recursos sanitarios constituye obstáculo para el cuidado de los enfermos sanitarios.

En este apartado, expondremos la situación social y económica de Mozambique, porque nos interesarán en particular los datos referentes a la salud, mostraremos los problemas que enfrenta el sistema sanitario, hablaremos del impacto tecnológico en la Medicina y nos centraremos en los enfermos terminales que necesitan de cuidados paliativos.

Mozambique tiene un área de 799.380 km²; la población se estimaba en 28.829.467 habitantes en 2016²¹, a un ritmo de crecimiento anual de 2,4%, resultante de la baja natalidad y mortalidad. La densidad poblacional es de 36 hab/Km² (datos del INE)²³.

El país está dividido administrativamente en provincias, distritos, puestos administrativos y localidades. La capital del país es Maputo. La República de Mozambique se localiza al sudeste de la África, está bañado por el Océano Índico a este, al norte hace frontera con Tanzania, al nordeste con Malawi y Zambia, Zimbabue al oeste y Suazilandia y Sudáfrica a sudoeste. Su localización le

²¹ En general, trabajamos con los últimos datos disponibles. En nuestra investigación, hemos visto que la difusión de información sobre el funcionamiento de las instituciones públicas constituye un problema para un conocer la este país.

²³ Cf. Ministério da Saúde, *Plano estratégico do sector da saúde PESS 2014 – 2019* (Maputo: Ministério da Saúde, 2013), 10.

permite tener un clima tropical húmedo al norte y en la orilla, y seco en el sur y en el interior del país. También está condicionado por monzones al norte y recibe la influencia de centros ciclónicos y anticiclónicos en el sur, con una región de transición en el centro. Este clima es determinante para comprender su cuadro epidemiológico: “el cólera en la época lluviosa, enfermedades diarreicas y meningitis en la época de la sequía, bien como la ocurrencia de calamidades naturales (inundaciones, sequía y ciclones) con impacto negativo en la salud y los servicios de la salud”²⁴.

Mozambique obtuvo su independencia de Portugal en 1975 y dos años después entró en una guerra civil con la guerrilla de la Renamo (Resistencia Nacional de Mozambique). Mozambique posee muchos recursos naturales, como energía hidroeléctrica, gas natural, carbón, minerales (titanio, grafito...), madera y pescado. Las principales exportaciones son algodón, anacardos, azúcar, té y gamba.

Su economía está esencialmente basada en la agricultura, junto con una incipiente industria de alimentación, bebidas, productos químicos, aluminio y petróleo, en ascenso en los últimos tiempos. El turismo es uno de los sectores que más crece. El país tiene, desde el año del 2001, la tasa media de crecimiento económico anual del Producto Interior Bruto (PIB) más alta del mundo. Pero, desde el año 2016, el país atraviesa momentos financieros difíciles, el aumento de la deuda externa y la inflación, debido a que el gobierno anterior ocultó una abultada deuda externa al Fondo Monetario Internacional (FMI), uno de los grandes acreedores de Mozambique. Actualmente, la deuda externa sobrepasó el 130% del PIB.

En el mismo año, el PIB per cápita fue de 353€. La deuda pública fue de 12.097 millones de euros, es una deuda que constituye 118,76% del PIB. La renta per cápita, el Índice de Desarrollo Humano (IDH), la desigualdad de la renta y la expectativa de vida son los más bajos del mundo. Está en el puesto 185º, dentro del listado de los países con más bajo IDH; es un índice muy bajo y cercano a los países considerados fracasados, como Guinea-Bissau (puesto 178º), República Centro Africana (puesto 180º) y Chad (puesto 184º).

La población de este país es muy joven, con más de 10 millones de niños, lo que representa casi la mitad de la población total. La población de los mayores padece, en su mayoría, de varias enfermedades, como la hipertensión, diabetes, cáncer, artrosis, osteoporosis, entre otras enfermedades, agravadas por problemas nutricionales y por la inactividad física²⁵. La proporción de mujeres/hombres es de 100/93. Cerca del 70% de la población vive en zonas rurales, realizando labores agrícolas de supervivencia. La tasa de alfabetización es un 47,8% y el índice de pobreza el 60,2%.

²⁴ Ministério da Saúde, *Plano estratégico do sector da saúde PESS 2014 – 2019*, 12.

²⁵ Cf. *Ibíd.*, 12.

Haciendo una lectura ética desde el enfoque de capacidades de Amartya Sen²⁶, los datos económicos y sociales que hemos presentado nos llevan a concluir que, desde 2016, los mozambiqueños están entre los que peor calidad de vida tienen en el mundo.

3. Realidad Sanitaria

Hoy en día, en Mozambique la esperanza de vida ha aumentado hasta los 57,6 años en 2016 según el INE. El país necesita de mejores condiciones de nutrición, agua potable, saneamiento del medioambiente y cuidados de salud. Las enfermedades que predominan son las de transmisión sexual, de modo particular el VIH/SIDA con el índice de prevalencia de 11,5%, correspondiente a 1,4 millones de infectados. A continuación, presentamos los índices de salud.

Tabla 1. Indicadores del estado de salud, Mozambique.

Indicador	IDS 1997	IDS 2003	IIM 2008	IDS 2011
Esperanza de la vida al nacer	42	50.9	-	53.1
Tasa de Fecundidad	5.6	5.5	-	5.9
Tasa de Mortalidad Materna (100000 NV)	690	408	-	408
TM < 5 años (1000 NV)	201	178	138	97
TM infantil (1000 NV)	135	124	93	64
TM neonatal (1000 NV)	54	48	-	30
Malnutrición crónica (%)	35.9	41	-	43

Desde la proclamación de la independencia (1975), Mozambique ha considerado la salud como un bien esencial para la población. En este contexto, consagró en su constitución el derecho a la salud en el artículo 89 con en estas palabras: “todos los ciudadanos tienen derecho a asistencia médica y sanitaria, en los términos de la ley, y el deber de defender y promover la salud”. El artículo asegura a todos los mozambiqueños el derecho a la asistencia médica y sanitaria y promueve la igualdad en su acceso. Es necesario clarificar que se refiere a los cuidados que promueven la salud, previenen y curan la persona.

La independencia tuvo sus consecuencias sobre los servicios ofrecidos por el sistema de sanidad mozambiqueño. Con la independencia vino el funcionamiento del sistema sanitario en régimen de urgencia, provocada por el flujo de población, la salida de los médicos portugueses y

²⁶ Cf. Amartya Sen, *Desarrollo y libertad* (Barcelona: Planeta, 2000).

la clausura de varias unidades sanitarias. En esta época de la independencia, los servicios de salud se tornaron públicos y dejaron de estar exclusivamente al servicio de la burguesía portuguesa. Pero el hecho de que fueran públicos no significó el acceso a la salud a todos los mozambiqueños. Pese a la ayuda de los países de la antigua Unión Soviética en médicos y medicinas, el servicio no era suficiente para responder a la demanda de atención sanitaria de la población.

Sin embargo, el gobierno siempre procuró hacer todo lo posible para que este derecho fuese efectivo. Nacionalizó el sistema de sanidad, pidió el apoyo del Bloque del Este y de algunos países occidentales, Italia, en particular. “Samora Machel implantó el marxismo leninismo en Mozambique como orientación política al hacerse cargo del nuevo Estado. Nacionalizó la salud, la educación, la justicia y otros servicios que habían estado a cargo de la Iglesia católica”²⁷. Eso hizo que su sistema sanitario fuese de los más adelantados del continente africano. Pero la guerra vino a destruir gran parte de las infraestructuras sanitarias y agudizó las limitaciones y carencias en términos de recursos humanos y materiales o estructuras de gestión, por el lado de la oferta. A su vez, esto deterioró sustancialmente las condiciones de vida, la seguridad alimentaria, y el estado de salud de la población, por el lado de la demanda²⁸.

La guerra que hubo entre los años 1977 y 1992 vino a empeorar la red sanitaria con la destrucción de gran parte de los hospitales y centros de salud. Terminada la guerra, empezó el proceso de reconstrucción y rehabilitación de la red sanitaria. Además de las infraestructuras destruidas, el gobierno tuvo que enfrentarse a la falta de profesionales formados en medicina, enfermería y gestión sanitaria, como también a la escasez de medicamentos básicos en las unidades sanitarias, con más del 50% de la población sin cobertura sanitaria. Los problemas del acceso a los cuidados sanitarios aún persisten hasta hoy, sobre todo para las poblaciones en las zonas rurales.

La red sanitaria consta de 1.130 unidades sanitarias (43 hospitales, 435 centros de salud y 652 puestos de salud), y cuenta con unas 400 maternidades, de las que apenas 140 tienen más de 10 camas, y menos del 10% ofrecen cuidados obstétricos de urgencia. Se dispone de 0,043 médicos/1.000 habitantes y 0,21 enfermeros/1.000 habitantes²⁹ (lo recomendado por la OMS es 0,2 y 1 respectivamente). Mozambique está calificado como uno de los 57 países que enfrenta una escasez crítica de profesionales para la salud cuyos indicadores están entre los más bajos del mundo. En este contexto, el 50% de la población tiene acceso a servicios de salud aceptables, el

²⁷ José Luis Toledano, *A la sombra del cajueiro: españoles en Mozambique, mozambiqueños en España* (Madrid: AECID, 2015), 33.

²⁸ Cf. Eduardo Bidaurratzaga Arrune, “Las políticas de lucha contra el VIH/SIDA en Mozambique: retos para la cooperación internacional”. *ARI-Revista del Real Instituto Elcano*, 78 (2009): 1-9.

²⁹ Cf. Ministério da Saúde, *Plano estratégico do sector da saúde PESS 2014 – 2019*, 16.

36% tiene acceso a una unidad sanitaria a 30 minutos de su casa a pie, y el 30% tiene totalmente inhabilitado el acceso a los servicios de salud.

Como se puede ver en la tabla 2, la cobertura de sistema de sanidad aún es muy limitada, pues el radio de cobertura de la unidad sanitaria de nivel primario es de 14 Km, variando de 18 Km en Tete a 2 Km en la ciudad de Maputo. Y en términos de recursos humanos, es de 83,6 profesionales de salud para 100.000 habitantes y 5,5 médicos para el mismo número de habitantes en 2011. La distribución por el territorio de los profesionales es desigual³⁰.

Tabla 2. Radio teórico de la red primaria del Sistema Nacional de Sanidad³¹.

Provincias	Unidad Sanitaria (US) Por Nivel (2012)					Radio teórico US I
	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Total	
Niassa	152	2	1	0	155	16 km
Cabo Delgado	107	4	1	0	112	16 km
Nampula	197	9		1	207	11 km
Zambézia	212	7	1	0	220	13 km
Tete	99	5	1	0	105	18 km
Manica	74	3	1	0	78	17 km
Sofala	191	4	0	1	196	11 km
Inhambane	120	3	1	0	124	13 km
Gaza	108	4	1	0	113	15 km
Maputo Prov.	103	2	0	0	105	8 km
Maputo Ciudad	32	5	0	2	39	2 km
Mozambique	1 395	48	7	4	1454	14 km

Mozambique continúa con debilidades estructurales en el sistema sanitario. Los principales problemas son de acceso a la asistencia sanitaria. La cuestión es notable por las masificaciones que se verifican en los hospitales generales y centrales, y por el difícil acceso a una consulta con especialista, pudiendo llevar más de seis meses obtener una consulta en los hospitales de

³⁰Cf. Neyde De Palma Ferreira Albasini, “Saúde pública em Moçambique no atendimento rural unidade: sanitária móvel” (Dissertação de Mestrado em História e Fundamento de Arquitectura e do Urbanismo, Universidade de São Paulo, 2013), 6.

³¹ Ministério da Saúde, *Plano estratégico do sector da saúde PESS 2014 – 2019*, 17.

referencia. Estos hospitales, se enfrentan con el grave problema de la falta de camas para la hospitalización de los enfermos.

Podemos añadir que, pese al esfuerzo del gobierno para implementar nuevos programas para el desarrollo del sistema de sanidad, sus intentos chocan con la falta de recursos humanos cualificados y su distribución por el país, con la no existencia de equipamiento en las unidades sanitarias, con la ineficiencia en la distribución de medicamentos, con la ausencia de implicación de la comunidad debido al bajo nivel de escolaridad y a la falta de normas y protocolos en algunos programas. Además, tenemos a decir que la práctica médica en Mozambique carece de protocolos y normas a varios niveles.

En las zonas rurales la cuestión es más complicada, pues no hay suficientes infraestructuras de transportes y comunicaciones, lo que condicionan el acceso a las unidades sanitarias. Además, en las zonas rurales más recónditas, es casi imposible encontrar un médico, solo técnicos de Medicina general y enfermeros en unidades sanitarias sin medios básicos como luz eléctrica.

La situación actual cuanto al acceso a la salud se puede considerar que 50% de la población tiene acceso a servicios de salud aceptables, 36% tiene una unidad sanitaria a 30 minutos a pie de su casa. El resto de la población tiene totalmente inhabilitado el acceso a los servicios de salud³².

El proceso de urbanización no va acompañado de una expansión similar de la red sanitaria. Por este motivo, las zonas que antes eran rurales, con la creciente urbanización del país, hoy se enfrentan al problema de la falta de centros sanitarios.

La distancia para acceder a los puestos de salud, la falta de medios en los mismos para responder a los problemas de salud de la población, el bajo nivel de escolaridad de los residentes de las zonas rurales, entre otras cosas, hace que se recurra mucho a la Medicina tradicional.

La política que sigue el gobierno en materia de sanidad es la de conjugar los esfuerzos de varios sectores que tienen implicaciones en la salud pública. Su estrategia es la de priorizar la atención primaria para poder prestar asistencia a la gran mayoría de la población, en particular a los grupos más vulnerables, teniendo en cuenta la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad en el país.

Los principios que orientan el trabajo del Ministerio de Sanidad son: cuidados de salud primarios, equidad, calidad, implicación de la comunidad, investigación e innovación tecnológica, integridad, transparencia y prestación. Para el ministerio, “los cuidados de salud primarios significan la prestación de servicios integrados y continuos, accesibles, localmente y aceptables, con tecnología apropiada, participación y apropiación por parte de la comunidad”³³.

³² Cf. “Plan Estratégico de trabajo en Mozambique 2015-2018”, Prosalus, consultado el 17 de abril de 2018, https://prosalus.es/sites/default/files/documentos_institucionales/estrategia_prosalus_mozambique_2015-2018.pdf

³³ Ministério da Saúde, *Plano estratégico do sector da saúde PESS 2014 – 2019*, 37.

El reto de la Medicina en Mozambique es promover y prestar cuidados sanitarios de buena calidad y sostenibles, con equidad y eficacia, tornándolos accesibles a la población, de manera particular a los grupos vulnerables. El sistema de sanidad concentra sus esfuerzos en la salud de la mujer, niños y jóvenes. Por eso, desarrolla las campañas de vacunaciones, crea programas para el desarrollo de conocimiento sanitario en los jóvenes e implementa proyectos de salud escolar.

Se busca aumentar el acceso a los servicios básicos de salud de buena calidad, en particular en las zonas rurales, reducir la mortalidad materna al 50% a través del incremento de partos hospitalarios y aumentar el índice de las consultas prenatales. Con ello se pretende reducir la tasa de mortalidad infantil y juvenil. Así mismo se pretende desarrollar más programas de lucha contra el VIH/SIDA, disponer de acceso a los cuidados esenciales de salud, cuidados clínicos y cuidados a domicilio para personas con VIH/SIDA, así como para sus familias, y asegurar el apoyo psíquico-médico-social en todos los centros de salud de las capitales de distrito en los corredores del Sur, Centro y Norte.

4. Sistema Sanitario de Mozambique

En este apartado del capítulo, buscaremos, antes de nada, definir qué es un sistema sanitario. Hablaremos del modo de financiación de sistema sanitario mozambiqueño y finalmente haremos una caracterización del sistema sanitario en Mozambique.

Para hablar del sistema sanitario es necesario distinguir dos cosas: salud y sanidad. La salud se refiere a un estado de la persona y sanidad es un concepto más amplio; implica el modo de organizar la salud. La OMS definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”³⁴.

La definición de la OMS fue revolucionaria en su momento (1948), porque superó la definición de la salud como ausencia de enfermedad. Pero tiene el inconveniente de hablar de un completo bienestar. Siguiendo esta forma de concebir la salud, casi todas las personas tienen mala salud. Además, esta definición contribuye de forma involuntaria a la medicalización de la sociedad.

No enfocaremos nuestro planteamiento en la definición, ella nos sirve en la medida que presenta la salud como algo complejo, no sólo dependiente del estado físico de la persona.

Ya que no es nuestro cometido hablar de la salud sino del sistema sanitario, pasemos ahora a definir este concepto. El sistema sanitario es el conjunto de todas las organizaciones,

³⁴ Organización Mundial de la Salud, *Documentos básicos*, 45ª ed. (Nueva York: OMS, 2006) 1. (A partir de ahora OMS)

instituciones y recursos que tiene como objetivo principal mejorar la salud³⁵. De este modo, desde ahora, al hablar del sistema de salud mozambiqueño nos referimos a estas organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de los ciudadanos de este país.

El SNS busca una cobertura universal, es decir, de todos los servicios y enfermedades, con una planificación de la provisión a nivel territorial. Además de los impuestos, como hemos dicho en el primer capítulo, Mozambique recibe muchos apoyos en el ámbito de la salud³⁶.

Pero, hay dos actores internacionales que es necesario destacar: El Banco Mundial y la Organización Mundial del Comercio (OMC). El primero insta a los gobiernos “a trasladar los gastos sanitarios a los usuarios, potenciar la utilización de servicios privados, ofrecer aseguramiento privado para los principales riesgos, y descentralizar y segmentar los servicios sanitarios públicos para favorecer la competencia”³⁷. La OMC lo refuerza diciendo que el sector de la salud debe abrirse a la competencia porque la sanidad es un servicio comercial y un bien de consumo más.

El sistema de sanidad mozambiqueño es público y pretende un tratamiento igualitario, donde cada cual tenga el mismo derecho que los demás a acceder a los bienes y servicios que el sistema dispensa. Este sistema de sanidad busca aumentar el acceso a los servicios sanitarios de cuidados y promoción de la salud, preventivos, curativos y de rehabilitación, pero debiendo prestar atención al binomio coste - eficacia. Por lo tanto, los cerca de 134.397.147,07 dólares (8.313,700 millones de Meticales³⁸) que el Estado asigna al sistema sanitario público son ya insuficientes para cubrir las necesidades del sector.

El SNS incluye el sector público, el sector privado con fines lucrativos y el sector privado con fines no lucrativos. Además de los sectores público y privado, existe en Mozambique la Medicina Tradicional (MT). Más de la mitad de la población, sobre todo en los ambientes rurales, recurre a estos cuidados prestados por los curanderos. Un dato proveniente de la OMS indica que, muy recientemente, el Gobierno decidió reconocer el sector tradicional y su papel en cuanto prestadores de servicios de salud³⁹.

³⁵ “Temas de salud. Sistemas de salud”. OMS, última modificación en septiembre de 2014, consultado el 30 de noviembre de 2017, http://www.who.int/topics/health_systems/es/.

³⁶ Cf. Ministério da Saúde, *Plano estratégico do sector da saúde PESS 2014 – 2019*, 10.

³⁷ Jesús Rodríguez Fernández, “Modelos de política sanitaria en un mundo globalizado”, en *Salud, justicia y recursos limitados*, ed. Javier de la Torre Díaz, (Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2012), 59 - 81.

³⁸ Cf. Ministério Das Finanças, *Orçamento cidadão. Orçamento de Estado 2015*, 4ª ed. (Maputo: Ministério das Finanças, 2015), 8.

³⁹ Cf. “Moçambique celebra o dia da Medicina Tradicional Africana OMS”, OMS, Consultado el 19 de abril de 2018, <http://www.afro.who.int/pt/news/mocambique-celebra-o-dia-da-medicina-tradicional-africana>.

El gobierno reconoce que una parte de la población tiene en la MT su única fuente de cuidados de salud y que el potencial de este componente de SNS no ha sido valorado en su totalidad. El gobierno reconoce también que hay que mejorar la colaboración con la Medicina tradicional. Para dinamizar este proceso fue creado en 2007 el Instituto de Medicina Tradicional (IMT) subordinado al MISAU.

Para hablar del cuidado de enfermos terminales en Mozambique es necesario partir de algunos datos sociales, económicos y, sobre todo, sanitarios. Estos datos nos van a ayudar a conocer la situación del país. Como todos sabemos, la economía influye en el acceso a los cuidados sanitarios. En esta perspectiva, la enorme escasez de recursos sanitarios constituye obstáculo para el cuidado de los enfermos sanitarios.

4.1. El sector sanitario público

El sector público constituye el Servicio Nacional de la Salud, que se divide, por orden creciente de dimensión de los servicios, en cuatro niveles. El nivel primario está constituido por los centros de salud, urbanos o rurales. Los hospitales generales, rurales y de distrito, forman parte del segundo nivel. Están en el tercer nivel los hospitales de las capitales provinciales. El nivel superior, el cuarto, está representado por los hospitales centrales de Nampula, Quelimane, Beira y Maputo. Hemos de decir que, de entre los hospitales centrales, el de Maputo es el más importante puesto que ofrece mayores especialidades médicas. Todos los pacientes con patologías que necesitan de asistencia sanitaria más especializada y compleja son transferidos a este hospital.

Se debe añadir que algunas especialidades y servicios médicos (cirugía reconstructiva en urología, cirugía oftalmológica, oncología, neurocirugía, quimioterapia⁴⁰, cirugía plástica, cirugía cardiovascular, servicios de radioterapia) sólo existen en este hospital. Este servicio es el principal responsable de los cuidados de la salud en Mozambique.

Tiene una red sanitaria formada por cerca de 1.340 unidades de salud. Las distribuciones de estas unidades sanitarias son: 50 hospitales (incluyendo los tres centrales), 776 centros de salud en los tres niveles (urbanos, de distrito y rurales) y 514 puestos de salud. Hay cerca de 20.500 profesionales de la salud. De acuerdo con esos datos, hay una unidad sanitaria por 20.896 habitantes (considerando la población total de cerca de 28.000.000 habitantes). De estas unidades sanitarias sólo el 3,6% están constituidas por hospitales y tienen capacidad para resolver problemas complejos.

⁴⁰ La quimioterapia para sarcoma de Kaposi existe en los hospitales provinciales y en todos hospitales centrales.

Los centros de salud tienen como función ejecutar la estrategia de los cuidados de atención primaria, constituyendo el primer contacto de la población con los servicios de salud y resolviendo los problemas de salud más básicos de la comunidad. Su responsabilidad es asegurar la cobertura sanitaria de la población que se encuentre dentro de su territorio:

“a este nivel son resueltos los problemas menos complejos, surgiendo por consiguiente la necesidad de su expansión a lo largo de todo el territorio para que puedan estar más cerca de los usuarios. Aproximadamente el 90% de los problemas que motivan los primeros contactos de la población con la estructura sanitaria pueden ser resueltos en este nivel”⁴¹.

En el segundo nivel, los hospitales generales, de distrito y rurales, prestan cuidados de salud secundarios y constituyen el primer nivel de referencia para los pacientes y usuarios que no encuentran respuesta a sus problemas en los centros de salud. Estos hospitales, en general, ofrecen “condiciones para la realización de intervenciones de grandes cirugías, internamiento, y disponibilidad de servicios individualizados en cuatro especialidades básicas: medicina interna, pediatría, cirugía y obstetricia – ginecología”⁴². En este punto, hay que subrayar que en los hospitales rurales no siempre existen las especialidades a las que hicimos referencia arriba.

Los hospitales provinciales, que están en el nivel tercero, constituyen la referencia para los pacientes y usuarios que no encuentran soluciones en los centros de salud y en los hospitales rurales, de distrito y generales. Los hospitales centrales son la referencia de última instancia para los pacientes y usuarios que no encuentran respuesta en los niveles anteriores. Normalmente, este nivel ofrece apoyo al nivel segundo con acciones médicas que incluyen especialidades más complejas, como las infecto-contagiosas, cuidados intensivos, psiquiatría, dermatología, medicina física y rehabilitación.

Estos hospitales funcionan también como hospitales provinciales. Ellos cubren la demanda en salud de las regiones en que se encuentran.

Mención especial merece el Hospital Central de Maputo (HCM). De hecho, como aseguró João Fumane, exdirector del mismo hospital, en el mensaje de apertura de las III Jornadas Científicas de esta institución: “dentro de la estructura organizacional del SNS, el HCM es de referencia nacional en el cuidado de los enfermos, enseñanza e investigación”⁴³. Además, es el más grande de todo el país.

El HCM tiene una capacidad de 387 camas de pediatría, 347 de medicina (son ingresados en esta unidad todos los enfermos que no se encuadran en las especialidades aquí especificadas), 310

⁴¹ Marcelo Mosse y Edson Cortez, *A corrupção no sector da saúde em Moçambique* (Maputo: Centro de Integridad Pública de Moçambique, 2006), 9. (Traducción propia).

⁴² *Ibíd.*, 10.

⁴³ João Fumane, “Perspectiva de desenvolvimento do HCM”, en *III Jornadas científicas do HCM 2015*, ed. Ministerio da Saúde (Maputo: MISAU, 27 y 28 de agosto de 2015), 5. (Traducción propia).

de cirugía, 244 de obstetricia y ginecología, 200 de ortopedia, 20 unidades de cuidados intensivos y 40 de clínica especial. Suma un total de 1.540 camas. Estos departamentos cuentan con la ayuda de los siguientes servicios: anatomía patológica, radiología, medicina legal, banco de sangre, farmacia, servicio de urgencia, unidades operatorias, laboratorios de análisis clínico, servicios de anestesia, unidad del dolor y central de esterilización. Además, posee dos comisiones técnicas que son la comisión de prevención y control de infecciones, y la comisión de tumores. Observando la estadística disponible de 2008 hasta 2010⁴⁴, nos ofrece el siguiente panorama de asistencia: 67.758, 63.094 y 58.596 pacientes al año.

El HCM no consigue responder a la demanda de los usuarios del sistema de sanidad mozambiqueño, existiendo en esta unidad sanitaria grandes listas de espera, falta de medicinas e insuficiencia de un cuerpo clínico adecuado.

4.2. El sector sanitario privado

El sector privado con fines lucrativos se encuentra solo en las ciudades, en particular en la ciudad de Maputo; en su mayoría presta servicios de farmacia; siendo usuarios de ellos los trabajadores de las grandes empresas, misiones diplomáticas y clientes de las aseguradoras. Casi la totalidad de mozambiqueños no se beneficia del seguro de salud. Sólo el 3% de las mujeres y hombres entre 15-49 años posee seguro de salud privado⁴⁵.

Este sector no está muy controlado por el gobierno, por eso su contribución para el desarrollo de la sanidad en Mozambique no se conoce en términos ni cualitativos ni cuantitativos. Lo que se sabe es que comparten los mismos recursos humanos. El sector privado no lucrativo, con su dimensión de caridad, coopera con el sistema público de sanidad. Las ONGs, en su mayoría intervienen en programas concretos con el Ministerio de Sanidad, sobre todo en los programas de VIH/SIDA. Pero, a veces no poseen reglamentos de cooperación muy claros y por eso no suelen fortalecer el SNS.

⁴⁴ En este país, no hay una cultura de divulgación de datos, estos fueron divulgados en las jornadas que ya hemos citado. Tenemos a resaltar que mismo las jornadas hacen referencia a datos de cinco años atrás.

⁴⁵Cf. Instituto Nacional de Estadística, *Moçambique – inquérito demográfico e de saúde* (Maputo: INE, 2013), 56.

4.3. La Medicina Tradicional

La Medicina Tradicional y Alternativa es la más usada por los mozambiqueños. Razones culturales y de acceso hacen que la mayoría de la población recurra a ella, teniendo mayor cobertura que la Medicina Convencional. La estimación es de un practicante de la Medicina tradicional (PMT) por cada 200 habitantes. Se reconoce el tratamiento prestado por la Medicina Tradicional y la existencia de plantas con valor medicinal apreciable, pero algunos tratamientos terminan en intoxicación para el enfermo. Por ello, es muy importante la colaboración entre la Medicina Convencional y la Tradicional.

5. La financiación de Sistema Nacional de Salud

El sistema sanitario mozambiqueño sigue un modelo de financiación pública donde se busca un tratamiento de igualdad en las necesidades, igualdad de acceso e igualdad de derecho a la salud, recogido en el artículo 89 de la Constitución: “todos los ciudadanos tienen el derecho a la asistencia médica y sanitaria, en los términos de la ley, bien como el deber de promover y defender la salud pública”.

La financiación del SNS depende del presupuesto del Estado, de las ayudas de cooperación al desarrollo y de los pagos directos efectuados por los usuarios. La inversión en sanidad se reparte de esta manera: 34% procede del Estado, el 50% viene de la cooperación internacional y ONGs y el 16% de los pagos de los usuarios. En algunos años, la inversión externa en salud llegó al 66%.

La financiación estatal se realiza a través del Fondo para el Apoyo del Presupuesto de Sector Sanitario y del planteamiento sectorial amplio (SWAp). Entre las ayudas recibidas vía cooperación, encontramos los fondos verticales, destinados a soportar el combate a enfermedades específicas. De estos fondos, el del gobierno de EEUU y el Fondo Global de Lucha contra VIH, Tuberculosis y malaria, representan más de la mitad de los recursos financieros totales del sector y son realizados, frecuentemente, en forma de contratos con ONGs, o en contribuciones económicas. La última forma de financiación procede de los pagos hechos por los usuarios en las unidades sanitarias del SNS, incluyendo el 1,5% del descuento del sueldo de los funcionarios públicos para la atención médica. La financiación es de los servicios de la seguridad social, aunque pese a su considerable crecimiento, aún no está debidamente empleada.

Vamos ahora, como ejemplo, a mostrar los gastos de sanidad en Mozambique en 2011: los gastos totales fueron de 23 billones de meticales (cerca de 357.26 millones de dólares americanos). El 6,2% vino del PIB, pero según el Banco Mundial, Mozambique necesita de 540 millones de dólares americanos para solventar las necesidades básicas de la salud. La media en los países de

la SADC (comunidad de desarrollo de la África Austral) era de 259 millones de dólares americanos en 2009.

La financiación del sistema sanitario mozambiqueño es pública, depende de los impuestos, de la cotización de los trabajadores y de los ingresos provenientes de los pacientes y usuarios. En relación con esto, tenemos que recordar la observación general N.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que afirma que “los pagos por servicios de atención de la salud (...) deberán basarse en el principio de equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos”⁴⁶.

La financiación de los sectores sociales en Mozambique queda limitada también por la debilidad de su sistema fiscal. El régimen que siguió a la independencia nacional no ayudó a concienciar la población sobre la necesidad de pagar a Hacienda, si bien en estos días se está haciendo un esfuerzo para que haya más contribuciones al Estado; en esta línea, podemos poner como ejemplo la campaña nacional de educación y familiaridad fiscal sobre impuestos y aduanas, con el título “Construyendo Juntos Mozambique” que buscaba acrecentar significativamente los ingresos fiscales⁴⁷.

Además de los problemas inherentes a la financiación, en el sistema sanitario de Mozambique, “los recursos humanos aun representan un gran constreñimiento, siendo calificados de insuficientes y no estando equitativamente distribuidos”⁴⁸.

El sistema sanitario mozambiqueño, aunque se defina como sistema igualitario, posee varias trabas, de accesibilidad sobre todo para los ciudadanos con una renta baja y para la población de las zonas rurales, pues estas personas siempre van a los centros de salud cercanos a sus casas. En estos puestos, por lo general, no hay medicinas, ni médicos, sino un técnico sanitario de nivel medio o básico; para consultar al médico hay días preestablecidos, y las consultas que necesitan de médico siempre se encuentran llenas de pacientes, que vuelven a sus casas sin haber sido visto por el médico.

Los ciudadanos que tienen mejores condiciones económicas se benefician más del sistema sanitario. En Mozambique, hay una carga desproporcionada que recae sobre los menos favorecidos. Por un lado, pueden recurrir a los servicios de urgencias de los hospitales de tercer o cuarto nivel, donde la consulta cuesta cerca de 5 euros⁴⁹, mientras que en los hospitales de primer nivel cuesta menos de 0,5€. Por otro lado, en las farmacias del sistema sanitario público, en muchos

⁴⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (Ginebra: Organización de las Naciones Unidas, 2000) art. 12.

⁴⁷ Cf. The International and Ibero American Foundation and Public Policies, *Fomentando la cultura tributaria, el cumplimiento fiscal y ciudadanía: Guía sobre educación tributaria en el mundo* (Paris: OECD, 2015), 155.

⁴⁸ Ministério da Saúde, *Relatório da Revisão do Sector da Saúde* (Maputo: MISAU, 2012), 33.

⁴⁹ Hay que recordar que 36,2% de mozambiqueños viven con menos de 1 dólar por día y 74,1 con menos de 2 dólares.

casos, faltan hasta los medicamentos más básicos. En ese caso, sólo pueden obtener estas medicinas en las farmacias privadas. Además, en casos de extrema urgencia, sólo cabe ir a las clínicas privadas.

6. Atención a enfermos terminales y acceso a los Cuidados Paliativos en el Sistema Nacional de Salud en Mozambique

6.1. La realidad de los enfermos terminales

En esta sección, describimos la situación de los pacientes necesitados de Cuidados Paliativos. Antes de nada, es importante acercarnos al concepto de enfermo terminal. En esta disertación proponemos la definición de la OMS y de la Sociedad Española de CP(SECPAL):

“Enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente”⁵².

Esta definición necesita ser aplicada al contexto mozambiqueño. En este país, la Medicina no es avanzada, hay escasas posibilidades de diagnóstico y faltan medicamentos adecuados para combatir el cáncer. Además, en general, las personas van a la unidad sanitaria cuando ya están muy debilitadas. Por causa de esta realidad, una persona diagnosticada de esta enfermedad pasa en poco tiempo a condición de enfermo terminal.

Es un poco distinto cuando se trata de VIH, pues muchas personas consiguen vivir más de diez años, si tienen buenos ingresos. Pero, los pobres, pasado menos de tres años, pasan a ser enfermos terminales. En nuestra reflexión ética, en el tercer capítulo, explicaremos mejor esta situación. Por ahora, vamos a los pormenores sobre estas enfermedades en el contexto mozambiqueño.

Mozambique ha usado el tratamiento retroviral con mucho éxito; la descentralización en la distribución de los medicamentos hace que las personas tengan acceso a los mismos. Además, el gobierno, con ayuda de algunas ONGs, pone al alcance de las personas que padecen esa enfermedad el tratamiento. El mayor problema en la lucha contra el VIH es el elevado número de personas que abandonan el tratamiento, aunque el Ministerio de Sanidad tenga un programa de acompañamiento que incluye visitas al domicilio de los enfermos. Lo mismo que se puede decir del acceso a los tratamientos del VIH, se puede aplicar también a la tuberculosis.

⁵² “Enfermo terminal”: Guía de Actuación Clínica en A. P., consultado el 20 de noviembre de 2017, <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>.

Además de que el enfermo presente el $CD4 \leq 350 \text{ cel/mm}^3$, se debe preparar al enfermo para que empiece el tratamiento antirretroviral (TARV), después de un diálogo con los especialistas y de un acompañamiento psicológico. En general, muchos enfermos que padecen de VIH mueren aun en tratamiento, y siempre los equipos sanitarios dan atención a las enfermedades oportunistas. La curación de estas enfermedades tiene prioridad en relación con el comienzo del TARV. En general, si los enfermos de VIH reciben asistencia adecuada y no abandonan el tratamiento, pueden vivir más de diez años con la infección.

En lo que se refiere a los enfermos de cáncer, la cosa es muy complicada. El país hasta ahora no ha estado preparado para luchar contra esta enfermedad. Entre los enfermos que se tratan con quimioterapia, algunos, después de las sesiones, vuelven a sus casas; los que viven lejos de la ciudad de Maputo son hospitalizados (son pacientes que vienen de las provincias como Gaza e Inhambane, que no pueden hacer el largo camino, un mínimo de 250 km de regreso a sus casas. Esta medida se toma para disminuir la falta de camas que se verifica en todos los hospitales de forma general. Para la zona sur del país, el HCM es el único que cuida de pacientes oncológicos. El país, aun no dispone de radioterapia y los pacientes que la necesitan son transferidos a la República de Sudáfrica.

Los enfermos hacen solo seis sesiones de quimioterapia, no importa en qué estadio de evolución de la enfermedad estén, pues el hospital no tiene presupuesto suficiente para cubrir los gastos de un tratamiento completo.

Pasada la fase de la quimioterapia y de la operación, en los casos que sea necesario, el paciente, no teniendo lugar en el hospital, es enviado a su casa con algunas medicinas que atenúan el dolor. Para el dolor grave se suministra paracetamol, ibuprofeno, diclofenaco, codeína, tramadol, morfina (muchas veces los servicios sanitarios enfrentan el problema de falta de morfina), en el orden creciente de la intensidad del dolor. En muchos de los pacientes, el diagnóstico se realiza muy tarde.

En caso de que el paciente empeore, debe acudir a la unidad sanitaria cercana a su casa y, dependiendo de la gravedad, puede ser transferido de nuevo al hospital del nivel cuarto, donde hay servicios especializados en tratamiento de cáncer, que suele ser el hospital central de cada región. Muchos enfermos con cáncer mueren en sus domicilios, sufriendo mucho dolor y sin ninguna ayuda de profesionales sanitarios. La muerte es asistida por los familiares más cercanos que cuidan con esmero del enfermo. Puede ocurrir que la familia busque la ayuda de un profesional sanitario conocido para atender al enfermo, asistiéndole de forma privada. En Maputo, en concreto, algunas casas de enfermeros y médicos son transformadas en auténticas clínicas, con todos los peligros que ello conlleva.

En las unidades sanitarias, no existen unidades de Cuidados Paliativos, pero para los pacientes oncológicos, en el período de revelación del diagnóstico se incluye el apoyo psicológico para el paciente y su familia. El apoyo psicológico tiene como objetivo prevenir los efectos colaterales del tratamiento con la quimioterapia.

Terminada esta exposición, vemos muchos problemas éticos. En primer lugar, observamos, a partir del PIB destinado a la salud, que ésta no constituye una prioridad del gobierno mozambiqueño. Por ello, el perfil de desarrollo del país no es acompañado con una adecuada atención a la salud. Es evidente la marginación existente hacia los enfermos terminales. El hecho de tener una población joven no puede ser excusa para dedicar una atención casi exclusiva de la sanidad para la salud de la mujer, infantojuvenil y para el combate de las epidemias. Es un sistema sanitario muy afectado por la corrupción que margina a los ciudadanos con poco poder adquisitivo, en el cual, el acceso igual a la salud que garantiza la constitución está lejos de ser una realidad.

Los pacientes terminales se encuentran marginados en el sistema sanitario mozambiqueño, no sólo por no existir ninguna unidad de paliativos, sino también por tener en cuenta la pirámide de la población, que se presenta más ancha en la base, y las enfermedades más comunes que atacan fundamentalmente a la población infantil y juvenil. Por eso, el plan estratégico se orienta por los siguientes objetivos:

“Acelerar los progresos en la reducción de la mortalidad materna y neonatal, incluyendo la reducción de las tasas de fecundidad en general; acelerar los progresos en la reducción de la malnutrición crónica; reducir el peso de las enfermedades endémicas en este orden: malaria, VIH, tuberculosis, y enfermedades tropicales. Mantener los logros en la reducción de la mortalidad en menores de cinco años; sostener o reducir la tendencia progresiva de las enfermedades no transmisibles y el trauma”⁵³.

En los países con una medicina desarrollada, las enfermedades que provocan la condición de enfermo terminal son, en general, enfermedades neurodegenerativas, insuficiencia renal avanzada, la diabetes mellitus, el cáncer, el sida, etc. De estas enfermedades, en Mozambique es más frecuente el sida. Debido a que las enfermedades que pueden llevar a situación de enfermo terminal son poco frecuentes, la estructura sanitaria está concebida para responder a la prestación de servicios integrados y continuos a la comunidad.

Los pocos recursos que el Estado tiene no son suficientes para cubrir las necesidades básicas de salud, ni las áreas consideradas prioritarias; de este modo los pacientes terminales quedan prácticamente sin cuidados.

⁵³ Ministério da Saúde, *Plano estratégico do sector da saúde PESS 2014 – 2019*, 39.

De entre los problemas éticos que presenta este sistema sanitario, escogemos el de la marginación de los enfermos terminales. El mismo problema será abordado desde la solidaridad como virtud moral y principio bioético.

6.2. Cuidados Paliativos: un imperativo Bioético

La atención a los enfermos terminales es una preocupación en varios contextos sanitarios. En Mozambique, es una necesidad urgente porque no existe medicina paliativa. En contextos sanitarios con una Medicina más avanzada, se enfrenta a la escasez de recursos por causa del aumento de enfermos que padecen enfermedades avanzadas o terminales.

La nueva situación sociosanitaria es resultado del progresivo envejecimiento de la población así como del aumento del número de enfermos con cáncer, sida, y de otras enfermedades crónicas o degenerativas⁵⁴.

Esta nueva situación sociosanitaria está acompañada por una revolución científico-técnica. Como afirma L. Joyanes “las ciencias biomédicas [junto con la informática sustentada en tecnologías de la información y de las comunicaciones], se encuentra en la orilla de un inmenso océano de posibilidades”⁵⁵. La revolución biotecnológica aumentó las posibilidades terapéuticas, pero deshumanizó la relación clínica. Las consecuencias de la despersonalización de la relación terapéutica se notan sobre todo en el cuidado de los enfermos terminales.

El personal sanitario ha tecnificado su trato para con los pacientes y usuarios, trayendo consigo importantes consecuencias como el riesgo de la hipermedicalización y mercantilización de la salud. En definitiva, es imperioso afirmar que el ser humano puede tener a su disposición tecnología poderosísima y carecer de la más remota idea sobre cómo utilizarla bien⁵⁶.

Hoy en día, situaciones que antes eran consideradas sin solución, que provocaban dolor profundo en las personas y que constituían un grave sufrimiento, encuentran respuestas en el campo de la Medicina. Pero, la práctica de la Medicina hoy, con su creciente especialización, ha provocado una gran fragmentación de las enfermedades en las personas. Esto ha dado también lugar a un nuevo enfrentamiento con la realidad de la muerte, como escribió Fukuyama:

“La revolución biotecnológica trajo una nueva visión de la muerte. La misma es vista como algo evitable porque se cree que la tecnología tiene poder sobre la muerte. Por este motivo, la

⁵⁴ Cf. Pilar Perez Cayuela, Esther Villán Álvarez, y Vicente Valentón Maganto, dir., *Programa de atención a los pacientes en fase terminal* (Madrid: INSALUD, 1997), 1.

⁵⁵ Luis Joyanes Aguilar, “Bioinformática y salud. Un nuevo paradigma de la sociedad”, en *Estudios Biotecnología y salud de La Persona y de la sociedad* (Madrid: Fundación Pablo VI, 2004), 159 – 176.

⁵⁶ Cf. Juan Masia Claver, *Cuidar la vida. Debates bioéticos* (Madrid: Herder, 2012), 29.

aceptación de la muerte parece una opción absurda, no algo que hay que encarar con dignidad y nobleza”⁵⁷.

En nuestra opinión, la Medicina moderna padece de biologismo y se basa en una antropología materialista-técnico-mecanicista. Frente a esta visión mecanicista del ser humano, es necesario reafirmar que el hombre va más allá de lo biológico, él es ser psíquico y sobre todo noético. En esta línea, recordemos a Viktor Frankl que nos enseñó que el hombre es un ser que participa de tres dimensiones distintas: la corporal, somática u orgánica; la psíquica o mental en sentido estricto; y la intelectual o espiritual, que es la dimensión específicamente humana⁵⁸.

La Medicina buscará ayudar a la persona enferma a conseguir un sentido para su sufrimiento, pues como dice Frankl:

“Cuando nos enfrentamos a un destino que no podemos cambiar, estamos llamados a dar lo mejor de nosotros mismos, elevándonos por encima de nosotros mismos y creciendo más allá de nosotros mismos; en una palabra, a través de la transformación de nosotros mismos”⁵⁹.

La Medicina tecnificada de nuestro tiempo está llamada a rescatar al ser humano en toda su humanidad, sin excluir ninguna de sus dimensiones. La búsqueda de este sentido, que va más allá del dolor físico, no justifica un abandono de la lucha contra la enfermedad, el sufrimiento y la muerte⁶⁰. Pero en esta lucha, la Medicina no debe perder de vista la dimensión integral del ser humano. Él no es reductible a material observable ni a la camilla de un hospital⁶¹.

En la práctica médica las cosas han cambiado mucho, hoy la Medicina puede curar sin tener que cuidar. Esto contradice lo que es la vocación de la Medicina, curar y cuidar como acciones que van necesariamente unidas⁶².

La Medicina, en su desarrollo científico y técnico, nos ha dado falsas esperanzas sobre nuestra condición de mortales, ya que “tras siglo y medio de avances espectaculares en la curación de muchas enfermedades, la Medicina nos ha ido llevando a una fe casi ciega en sus remedios. Sus avances científicos y tecnológicos nos han hecho creernos un poco inmortales”⁶³.

El imperio de la técnica en la Medicina actual provoca problemas, como el poder abreviar o prolongar la vida. Sin embargo, a pesar de la creciente técnica, la muerte sigue siendo la evidencia

⁵⁷Francis Fukuyama, *El fin del hombre. Consecuencias de la revolución biotecnológica* (Madrid: Punto de Lectura, 2003), 125.

⁵⁸ Cf. Viktor Emil Frankl, *En El Principio Era El Sentido* (Barcelona: Paidós Ibérica, 2000), 22.

⁵⁹ Viktor Emil Frankl, *El Hombre en Busca del Sentido Último: El análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano* (Barcelona: Paidós Ibérica, 2010), 189.

⁶⁰ Cf. Ramón Lucas Lucas, *Antropología y problemas bioéticos* (Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2005), 160.

⁶¹ Cf. José Manuel Caamaño López, *La eutanasia. Problemas éticos al final de la vida* (Madrid: San Pablo, 2013), 12.

⁶² Cf. Montse Esquerda y Helena Roig, “¿podrá la Bioética salvar a la Medicina del siglo XXI?”, *Bioética & Debat* 21, n° 75 (2015): 14-17.

⁶³ Equipo de Profesionales Sanitarios Cristianos, *Asistencia a domicilio de enfermos terminales. Manual de consulta para el voluntario y los familiares* (Madrid: PPC, 1992), 13.

de que la lucha a favor de la vida tiene límites; así resulta claro que la Medicina en ocasiones también debe renunciar a curar en favor de cuidar, pues en los enfermos terminales ya no es posible curar. El cuidado requiere mayor serenidad, y un talante alegre.

Los CP intentan dar una respuesta profesional, científica y humana a las necesidades de los enfermos en fase avanzada y terminal. Los CP están concebidos para ayudar el enfermo de forma integral, atendiendo todas las dimensiones de la persona. En este sentido, es importante recordar que la enfermedad afecta la dimensión física, psicológica, social y espiritual de la persona. Es necesario que los CP ayuden el enfermo en todas esas dimensiones, evitando todo tecnicismo abusivo, habitual en la Medicina de nuestros días.

El dolor físico es un elemento inevitable de la condición humana que también atañe a la vida psicológica. Por ello, los cuidados que necesitan los pacientes terminales no se reducen a los de la técnica médica, sino que deben procurar una atención integral, individualizada y continuada; de ese modo, se orientan con un enfoque holístico, respetuoso con la dignidad de los pacientes, con sus deseos y con su derecho a una autonomía personal.

Además, los CP requieren un esfuerzo científico y humano que supera de lejos la Medicina tradicional, incluyendo principios y valores de la ética del cuidado, pues al enfermo al que se dirigen solo se le puede mejorar en la medida de lo posible su calidad de vida, aliviándole el dolor y permitiéndole vivir de la forma más plena posible. Los CP plantean interrogantes que trascienden la medicina, pues el dolor y el sufrimiento afectan a la esencia de la condición humana. En ellos existe una necesidad de colaboración entre los diversos saberes relacionados con el cuidado del paciente; nos referimos a la medicina, la psicología, la espiritualidad y el trabajo social. Todos ellos tienen un carácter esencialmente interdisciplinar.

La creciente tecnificación no puede olvidar que “la Medicina es servicio a la vida humana. Como tal, comporta una esencial e irrenunciable referencia al hombre en su integridad espiritual y material, en su dimensión individual y social: la Medicina está al servicio del hombre, de todo el hombre, de cada hombre”⁶⁴. Este fin no se puede conseguir si los sanitarios no se dejan guiar por una visión integralmente humana de la enfermedad y por una relación plenamente humana con la persona enferma que sufre⁶⁵.

En el contexto de Mozambique, los estudiantes de Medicina aprenden principalmente las técnicas para curar las enfermedades, bajo una visión positivista de la ciencia médica. En los currículos de Medicina, la Bioética es un añadido a la formación y, siendo la Bioética la única

⁶⁴ Francisco de Remiro Velazquez, *La eutanasia y la humanización de la medicina* (Valladolid: Prologos, 1991), 47.

⁶⁵ Juan Pablo II, Carta Apostólica en forma de Motu Proprio. *Dolentium Hominum* (11 de febrero de 1985), n. 2.

asignatura que podría ser fuente dadora de sentido y valores, se imparte en un cuatrimestre junto con la Historia de la Medicina.

La falta de formación humana y ética de los médicos y profesionales sanitarios se refleja en la corrupción en el sistema sanitario mozambiqueño. De las instituciones superiores con curso de Medicina, la Universidad Católica de Mozambique es la que más se preocupa con la formación ética de los médicos. En esta universidad, la Bioética está más presente que en las otras.

Estamos seguros de que la tecnificación de la Medicina, en parte, influye de manera negativa en la consideración que puede hacerse de los Cuidados Paliativos. La mayor inversión de los gobiernos e instituciones sanitarias está hecha para conseguir nuevas técnicas de curación de enfermedades; habiéndose asimilado, además, el mito de que se puede curar todo.

Ante la muerte, cada persona se comporta de forma singular. Por este motivo, el personal sanitario debe estar atento a las emociones del paciente en este momento⁶⁶; cuidar de un paciente terminal exige ir más allá de la técnica que emplea la Medicina, necesita acercamiento y compasión.

Por lo tanto, el hombre, con su técnica, acredita que puede alterar el curso de la naturaleza. Esencialmente, tenemos que afirmar que “no puede darse, en efecto, auténtica promoción de la vida humana sin una creciente humanización de la Medicina, que se coloca más allá de la mera aportación científica y técnica”⁶⁷.

Los CP son un desafío para la tecnificación de la Medicina, pues donde ella cree que todo lo puede, se encuentra con enfermedades que aún no puede curar; la aplicación de la técnica se confronta con la humanidad del hombre que necesita de un cuidado integral, capaz de considerar su psicología y espiritualidad. Es evidente que el desarrollo científico y tecnológico ha contribuido a mejorar la calidad de vida de los enfermos, pero la ciencia no puede olvidarse que está al servicio de la vida humana, so pena de transformarse en manipulación o destrucción de ésta⁶⁸.

Por ello, son necesarios profesionales que no traten sólo el cuerpo, sino que miren más allá, a la esencia del hombre, que se radica en la autotranscendencia, como capacidad de autoproyectarse en busca de un sentido para su vida, en condiciones de sufrimiento. Es decir, la Medicina, en su hacer, ha de respetar el valor absoluto del hombre.

Este proceder, exigido a los profesionales sanitarios, constituye un reto para la asistencia sanitaria, puesto que “en la asistencia sanitaria moderna arrastramos el lastre de una excesiva

⁶⁶ Cf. Instituto Siciliano di Bioetica, “Le cure palliative e la spiritualità del morente”, *Bioética e Cultura* XII, nº 2 (2014): 185 – 191.

⁶⁷ Remiro, 48.

⁶⁸ Cf. Lucas, 163.

separación de lo corporal y lo espiritual. Se ha separado demasiado el cuidado de la persona enferma de la curación de la enfermedad”⁶⁹.

Ciertamente, el crecimiento del uso de la técnica en la Medicina disminuye, en cierta medida, los cuidados que se requieren para los enfermos terminales. Son pocos los países que invierten en Cuidados Paliativos.

En el caso de Mozambique, en concreto, no se habla de los Cuidados Paliativos. Los programas están dirigidos a buscar medios técnicos para luchar contra el cáncer. Debemos añadir que uno de los principios del Ministerio de Sanidad de este país es la búsqueda de la innovación tecnológica, pero no hace ninguna alusión a los enfermos terminales. Con respecto a eso, cabe añadir que el gobierno introdujo la radioterapia este año, instalando dos máquinas de radioterapia en dos hospitales centrales: Hospital Central de Maputo y Hospital Central de Beira.

Cabe señalar también que el gobierno realiza campañas de vacunación en las niñas contra el virus del papiloma humano (HPV), causante del cáncer de cuello de útero y hace rastreo en mujeres adultas. Pero no hace ningún avance en el campo de los paliativos. Con todo, creemos que es positivo el esfuerzo del gobierno. Buscar medios para prevenir y curar el cáncer es algo positivo, pero es necesario mirar también a los pacientes que ya no se pueden curar.

En el contexto sanitario mozambiqueño, se debería prestar más atención a los enfermos terminales, sobre todo a los Cuidados Paliativos. Como dice la OMS, “demasiado a menudo, la prevención primaria, la detección precoz y los CP se descuidan a favor de enfoques orientados al tratamiento, con independencia de su coste y eficacia real o su capacidad para mejorar efectivamente la calidad de vida de los pacientes”⁷⁰.

En un mundo donde impera la técnica y se vive con preocupación excesiva el culto al cuerpo, la condición de enfermedad terminal se presenta como un desafío para los clínicos. Estos han de aprender a trabajar no sólo para curar la persona humana, sino también para, con su práctica médica, buscar que el ser humano sea capaz de volver a expresar su yo de forma autónoma en el momento de la muerte⁷¹.

Después de señalar que el empleo excesivo de la técnica en la Medicina actual puede ser peligroso para los pacientes terminales, reafirmamos con este subtópico que “donde está el peligro,

⁶⁹ Masia, 24.

⁷⁰ OMS, *Programas de nacionales de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión. Resumen de orientación*, 2ª ed. (Ginebra: OMS, 2002), iii.

⁷¹ Cf. María Angustias Roldán Franco, *Trastornos psicológicos en el siglo XXI* (Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2008), 23.

allí está lo que salva”⁷². Queremos con esto decir que la misma técnica hoy abre grandes posibilidades para el cuidado a los enfermos terminales.

La Medicina Paliativa exige unas actitudes adecuadas que fomenten un ejercicio centrado en el binomio paciente – familia, y el apoyo de la técnica que permita una valoración del sufrimiento y un tratamiento para el alivio del dolor. Esta Medicina, con una visión holística del ser humano, según la OMS, busca: “mejorar la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo”⁷³.

La Medicina reconoce que la curación no es su única meta; hay que volver al ideal de curar a veces, aliviar a menudo, y consolar siempre. Donde ya no es posible curar, aliviar y consolar, las necesidades asistenciales pasan a ser el aspecto al que hay que prestar la máxima atención.

Así se anuncian los objetivos de la Medicina paliativa: “suprimir o aliviar los dolores físicos del enfermo terminal, y lograr así procurarle el mayor bienestar corporal posible; ayudarle a satisfacer sus necesidades psicológicas, emocionales, sociales y espirituales”⁷⁴.

Los CP tratan de recuperar el arte básico de cuidar a las personas que sufren, en especial, en aquellas situaciones en las que el sufrimiento es intenso y afectan a todas las esferas de la persona. Recupera la filosofía del cuidado, evitando el abandono de personas que necesitan una atención de calidad.

En el contexto mozambiqueño, los enfermos que más necesitan de CP son los de cáncer y sida. Lo que acontece, en muchos casos, es que las personas son diagnosticadas de estas enfermedades ya en fase avanzada, además como no reciben tratamiento adecuado, la condición de enfermo terminal se da a conocer después del diagnóstico de la enfermedad.

Es evidente que hay excepciones. Las personas que siguen los tratamientos viven mucho tiempo. En general, son personas que viven en las ciudades y con buenos ingresos. Las personas del ámbito rural y con bajos ingresos pasan de enfermos recién diagnosticados de estas enfermedades a situación de enfermos terminales.

Estos, en particular, mueren después de sufrir dolor físico agudo y grave. Lo que agudiza su enfermedad son las actitudes poco positivas de los profesionales sanitarios, ya sea porque no tienen motivación para cuidar pacientes terminales, ya sea por la falta de formación. Además, está el

⁷² Azucena Couceiro, ed., *Ética en Cuidados Paliativos* (Madrid: Triacastela, 2004), 12.

⁷³ “Cuidados paliativos”. Nota descriptiva, OMS, última modificación: agosto de 2017, consultado el 20 de noviembre de 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es>.

⁷⁴ Equipo de Profesionales Sanitarios Cristianos, 15.

hecho de que el sistema sanitario no dispensa opioides y posee políticas sanitarias inadecuadas para aliviar el dolor. No obstante, nunca se debe olvidar que los CP se encuadran en los fines de la Medicina, porque:

“Alivian el dolor y otros síntomas angustiantes; afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no intentan ni acelerar ni retrasar la muerte; integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente; ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte; ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo”⁷⁵.

Sin duda alguna, si los fines de la Medicina incluyen necesariamente la asistencia a enfermos terminales, es un deber moral ofrecer cuidados que alivien el dolor, así como ayudar a humanizar el sufrimiento. Los CP son una necesidad para el ser humano que se enfrenta con el drama de la muerte, pues ellos “se encargan de todas las necesidades asistenciales, atienden con todos los remedios disponibles, ayudan consolándole, y acompañándole hacia la muerte”⁷⁶. Dicho de otra forma, las decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con enfermedad en fase terminal tienen un adecuado refrendo ético de las principales confesiones religiosas mundiales⁷⁷.

Los CP son un imperativo bioético en la medida en que no sólo son parte integrante de los fines de medicina, sino que constituyen una actitud humanitaria por excelencia hacia la persona que está en la más extrema condición de la existencia: en el proceso de morirse.

7. La solidaridad como proyecto sanitario de la Iglesia católica en Mozambique

Si los apartados anteriores fueron imprescindibles para entender la labor de las autoridades sanitarias en el campo del cuidado sanitario, en este último apartado de este capítulo, describimos en líneas generales el cometido de la Iglesia de Mozambique en el cuidado de los enfermos, con una especial atención a los enfermos terminales.

A diferencia de los anteriores apartados, éste cambia el enfoque respecto a los primeros. Éste ha sido elaborado recurriendo a entrevista en profundidad. En la búsqueda de la comprensión de la experiencia humana, si ayuda a entender mejor un fenómeno⁷⁸. En el caso de la solidaridad de la Iglesia como proyecto sanitario, casi no tenemos fuentes escritas, por ello, acudir a las personas que trabajan en la Comisión Episcopal de la Salud, y los que cuidan de los enfermos en las congregaciones religiosas, nos ofrece una visión amplia sobre la solidaridad de la Iglesia con los

⁷⁵ “Cuidados paliativos”, OMS.

⁷⁶ Orden Hospitalaria De San Juan De Dios, *Humanizar el proceso de morir. Sobre la ética de la asistencia en el morir* (Madrid: Fundación Juan Ciudad, 2007), 19.

⁷⁷Cf. M. A. Benítez del Rosario, *Cuidados Paliativos* (Barcelona: EDIDE, 1998), 16.

⁷⁸Cf. Harvey Russel Bernard, *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. 2ª ed. (Nueva York: Sage Publications, 1994).

enfermos terminales. La razón es que estas personas están más informadas sobre el obrar de la Iglesia en el mundo sanitario.

La entrevista en profundidad permite entender lo que hay detrás de cada gesto de amor de la Iglesia a los enfermos, pero también nos hace entender las razones de fondo del comportamiento de los cristianos en su relación con los enfermos. Las entrevistas que hicimos no persiguen cantidad de información sino la calidad de la misma. Hemos escogido tres tipos de informantes. Entre los entrevistados, se encuentran el director y un trabajador de Comisión episcopal de la Salud, un médico laico comprometido director clínico del hospital católico y tres monjas, una médica, una trabajadora social y una directora de un hospital perteneciente una congregación religiosa.

Además de estos informantes principales, fue importante nuestra observación participante, en un hospital y un centro de acogida de enfermos de las hermanas de Santa Teresa de Calcuta. No entrevistamos a los enfermos porque nuestro objetivo era ver el cometido de la Iglesia. Pero tuvimos conversaciones con ellos y sus familiares, aunque por razones éticas, sobre todo la falta de consentimiento informado, no usaremos los datos en este trabajo.

La Iglesia en Mozambique se compromete mucho en el cuidado de los enfermos⁷⁹, mediante acciones que van desde educación sanitaria, intervenciones en catástrofes, y atención a las personas que sufren problema de hambre, cuidados domiciliarios, asistencia hospitalaria⁸⁰, hasta el cuidado de los enfermos terminales. Respecto a los cuidados y asistencia a los enfermos terminales, estos son realizados por los cristianos en los domicilios y en los hospitales administrados por la Iglesia. Entre ellos tenemos que destacar el hospital “Carmelo” (destinado a los enfermos de tuberculosis y VIH), el Centro de Acogida de las Misioneras de la Caridad en Hulene (este centro acoge todo tipo de enfermos y trata también los que están en fase terminal desechado por la sanidad pública), y la Comunidad San Egido, que cuida de los enfermos de VIH. Nos parece que la Iglesia está siendo pionera en el cuidado de los enfermos terminales.

En la entrevista a la directora del hospital “Carmelo”, nos dimos cuenta de que la Iglesia ha sido la primera a dedicarse a los enfermos de VIH exclusivamente, relata la monja:

“En el 1993 ... ya se hablaba del sida en Europa menos en Mozambique, hemos notado que muchos enfermos de tuberculosis, a pesar de recibir el tratamiento correcto para esta enfermedad, morían (...) y una hermana nuestra, que es médico internista, se fue a Europa y trajo 200 tests de VIH. Entonces, descubrimos que el 25% de los enfermos de tuberculosis tenían VIH (...). En este contexto, hablamos con el Director Nacional de Sanidad para continuar

⁷⁹ Es necesario tener en cuenta que es la característica de toda la Iglesia en África. De hecho, la Iglesia en este continente posee 1221 hospitales, 5230 dispensarios, 174 leproserías (Agencia Fide 2016).

⁸⁰ Armindo Chiluvane, Empleado de Caritas de Maputo, entrevista personal sobre la intervención de la Iglesia en la Salud (Maputo 05 de enero de 2017).

con las pruebas de VIH, nos dieron la autorización. Empezamos a tratar a los enfermos con la “batata africana” ... No conocíamos todavía otros medicamentos...”⁸¹.

Este hospital de las hermanas fue uno de los primeros en cuidar exclusivamente de los enfermos de VIH, antes de los proyectos “Hospital Dia” en 2002, financiados por la organización de Médicos sin Fronteras – Bélgica. La otra entidad religiosa que se preocupa del cuidado de los enfermos de VIH es la Comunidad San Egidio. A día de hoy, hay una colaboración entre la misma comunidad y las religiosas del Hospital “Carmelo”.

Además, existe un organismo nacional que se llama Comisión Episcopal de la Salud, y en cada diócesis hay una Comisión de Salud, que se concreta en las parroquias a través del sector de la salud, conforme el nombre que se le da en cada diócesis. La Comisión Episcopal está metida en proyectos de combate del VIH (educación sanitaria sobre la enfermedad, prevención, apoyo a los enfermos para recibir tratamientos, programas nutricionales para fortalecer la capacidad inmunológica), posee programas de intervención en caso de calamidades, y tiene proyectos para combatir la desnutrición crónica para niños.

El cuidado y la asistencia a los enfermos se hace de varias formas. La Iglesia participa en muchos proyectos de salud junto con el Ministerio de la Sanidad. Edifica hospitales y centros de acogida para enfermos concertados con el gobierno y otros de carácter totalmente privado (a cargo solo de la Iglesia). A través de las comisiones diocesanas de salud organiza la asistencia a los enfermos a nivel de la diócesis, y cada parroquia lleva a cabo el servicio a los enfermos. En las comisiones diocesanas de salud, siempre hay médicos o personal sanitario. De una forma no muy extendida, en algunas parroquias, hay farmacias de plantas destinadas a la cura y los cristianos visitan regularmente a los enfermos en los domicilios.

En algunos casos, no es solo una asistencia espiritual, sino que incluye cuidados básicos de higiene y curativos sencillos. De hecho, el directorio pastoral de la Archidiócesis de Maputo refiere el cuidado como una de las tareas del sector de la salud. Este documento habla de la necesidad de dar no solo asistencia espiritual, sino también material a los enfermos carenciados, crónicos y terminales y, si es posible, fomentar la Medicina Alternativa, siempre en colaboración con las autoridades sanitarias⁸². La Medicina Alternativa es también conocida como Medicina Verde por basarse solamente en la utilización de plantas para la cura.

Otra forma mediante la cual la Iglesia participa en el cuidado de los enfermos es la presencia de médicos, enfermeras que sean sacerdotes y monjas, y auxiliares, sirvientes y asistentes sociales

⁸¹María Luisa Verduras, directora del Hospital Carmelo, entrevista personal sobre el origen y funcionamiento de hospital (Chokwé 8 de enero de 2017).

⁸² Arquidiócesis De Maputo, *Directorio Pastoral* (Maputo: Secretariado de Coordenação Pastoral, 2016), n. 424. (Traducción propia).

laicos comprometidos. Ésta es, quizá, la forma más extendida, pues son muchas las congregaciones que se dedican a la sanidad, como es el caso de las Hermanas Hospitalarias (trabajan con enfermos psiquiátricos), Misioneras de la Caridad, Franciscanas Hospitaleras y las Hijas de la Caridad (San Vicente de Paúl). De modo general, estas mismas congregaciones suplen las lagunas que existen en cuanto a la asistencia de enfermedades crónicas y las pocas enfermedades geriátricas.

La labor de la Iglesia en Mozambique en el campo de la sanidad es muy importante porque se dedica a las personas que ya no cuentan, que no tienen lugar en los hospitales, ya que se quiere que el enfermo se cure y pueda volver a su hogar, con el fin de que puedan entrar otros.

La acción sanitaria de Iglesia, en muchos casos, va dirigida a las personas que son excluidas por la sociedad, sobre todo aquellas que tienen enfermedades que crean un estigma en la sociedad. La Iglesia acoge a estos enfermos en sus centros y les da techo, comida, cariño y los trata y los cuida⁸³. Sin la labor de la Iglesia estas personas enfermas terminales no tenían adonde ir porque no hay hospitales para paliativos. En los hospitales públicos, hay siempre hacinamiento de enfermos que padecen malaria y otras enfermedades infecciosas, por este motivo se busca que el enfermo no ocupe la camilla del hospital por mucho tiempo. Además, el cuidado de la Iglesia va siempre acompañado de los valores de la dignidad de la persona humana, persiguiendo devolver a las personas la consciencia de su dignidad de persona y su valor en sociedad.

⁸³ Cf., Raquel Gil, Médico que ha trabajado en Mozambique, entrevista personal sobre su labor como médico en Mozambique (Madrid 5 de febrero de 2017).

8. Notas conclusivas

Desde el punto de vista de la Bioética, el sistema sanitario de Mozambique se enfrenta a serios problemas en el acceso a los servicios sanitarios. Los recursos financieros constituyen un reto para todos los sistemas de sanitarios. Puesto que el binomio coste-eficacia expresa la racionalidad económica, muy necesaria en la actual economía sanitaria. Esto suele pasar en todos los sistemas sanitarios. Desde nuestro punto de vista, el peso que la Economía tiene en la Medicina moderna tiende a convertir la salud en una mercancía⁸⁴.

En los países desarrollados, la salud se ha transformado en un bien de consumo; cuanto más se ofrece, más crece la demanda. Pero la cuestión en términos éticos es si es lícito “desatenderse otros servicios sociales para atender a los sanitarios; si todo el gasto se puede exigir en justicia; si el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria es ilimitado y, si no es así, cuáles son los límites de las prestaciones sanitarias, cómo fijarlos y conforme a qué prioridades”⁸⁵. Así, la salud se ha convertido en un asunto público que debe ser incluido en las políticas sociales de gobierno, de modo que se asegure la asistencia médica a todos los ciudadanos.

En el sentido macro, la solución para solventar este problema no es fácil, pues la búsqueda de lo prioritario no es consensual; para los políticos puede ser imperioso asignar más recursos para el Ministerio de Defensa; por el contrario, pensando en la población que no tiene servicios de salud ni educación cerca, es imperioso aumentar el presupuesto destinado a la sanidad y a la educación. En el nivel micro de la atención sanitaria, se ha producido un cambio muy significativo, ya que “los profesionales sanitarios son entonces, además de sanadores que han de atenerse a las exigencias clínicas, también gestores que han de guiarse por principios éticos de justicia y equidad en el uso de los recursos”⁸⁶.

En este apartado hemos visto que la falta de los recursos financieros, la corrupción y la baja frecuencia de las enfermedades que llevan a la situación de enfermo paliativo constituyen una barrera para que se puedan ampliar los cuidados sanitarios a los pacientes terminales. Sin embargo, se abre un interrogante ético sobre como acompañar, dentro de la extrema escasez de recursos sanitarios, a las personas que se encuentran en situación de enfermos terminales. Nosotros creemos que el principio bioético de la solidaridad puede nos ofrecer una perspectiva para este interrogante. En el siguiente capítulo, trataremos de profundizar este principio ético.

⁸⁴ Cf., Jesús Conill, “Ética de la economía de la salud. Financiación y gestión”, en *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*, ed. Javier Gafo (Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1999), 113 – 133.

⁸⁵ *Ibíd.*, 113 – 133.

⁸⁶ *Ibíd.*, 113 – 133.

CAPÍTULO II – SOLIDARIDAD CRISTIANA EN EL CUIDADO DE LOS ENFERMOS TERMINALES EN LAS FUENTES DEL DISCURSO MORAL

En el capítulo anterior, a través de una potente experiencia humana, quedó plasmado cómo el SNS de Mozambique tiene un problema de falta de recursos sanitarios que dificultan el acceso a la salud de las personas. Entre ellos, los enfermos en situación de enfermedad terminal se encuentran en una particular situación de vulnerabilidad por no recibir un tratamiento médico adecuado impactando esto negativamente en su calidad de vida.

En este capítulo, presentaremos el concepto de solidaridad con los enfermos recogido en la Sagrada Escritura, en la Tradición de la Iglesia y en el Magisterio.

Como se ha descrito en el primer capítulo, la Teología Moral se hace a la luz de la experiencia humana y del Evangelio⁸⁷. Para justificar epistemológicamente la afirmación anterior, cabe señalar que la Sagrada Escritura es el alma de la Sagrada Teología⁸⁸. La referencia directa de la relación existente entre la Teología Moral y la Sagrada Escritura, la encontramos en el Decreto *Optatam totius*, que, refiriéndose a la formación moral de sacerdote, expone:

“Aplicuese un cuidado especial en perfeccionar la Teología Moral, cuya exposición científica, más nutrida de la doctrina de la Sagrada Escritura, explique la grandeza de la vocación de los fieles en Cristo, y la obligación que tienen de producir su fruto para la vida del mundo en la caridad”⁸⁹.

De estos pasajes del Magisterio Conciliar, inferimos que la Sagrada Escritura es considerada como fuente privilegiada y preeminente, es documento constitucional de la ética cristiana porque su palabra puede fundamentar un comportamiento moral. De este modo, podemos decir que la Escritura es un lugar normativo básico de la epistemología teológico-moral⁹⁰.

El problema de la escasez de recurso sanitarios y falta de cuidado de los enfermos terminales no atañe sólo a cristianos mozambiqueños, sino a toda la sociedad, y esto nos remite a uno de los argumentos principales de la Pontificia Comisión Bíblica: la Sagrada Escritura es un lugar válido y útil de diálogo con el hombre contemporáneo sobre las cuestiones que atañen a la moral⁹¹. A tenor de este argumento sostenemos que la Sagrada Escritura nos puede iluminar sobre el problema

⁸⁷ Cf. Julio Luís Martínez y José Manuel Caamaño López, *Moral fundamental. Bases teológicas del discernimiento ético* (Cantabria: Sal Terrae, 2014), 85.

⁸⁸ Cf. Concilio Vaticano II, Constitución Dogmática Sobre la Revelación *Dei Verbum* (18 de noviembre de 1965), n. 24. (A partir de ahora DV).

⁸⁹ Concilio Vaticano II, Decreto sobre la formación de los sacerdotes *Optatam totius* (28 de octubre de 1965), n. 16. (A partir de ahora OT).

⁹⁰ Cf. Enrique Sanz Giménez-Rico, *Ya en el principio. Fundamentos veterotestamentarios de la moral cristiana*, (Madrid: San Pablo, 2008), 13.

⁹¹ Pontificia Comisión Bíblica, *Biblia y Moral: Raíces bíblicas del comportamiento cristiano* (11 de mayo de 2008), nº 1.

moral que supone precisamente la escasez de recursos sanitarios y el acceso a los cuidados paliativos.

Al decir que la Escritura es fuente privilegiada y preeminente de la moral cristiana, también decimos que esta moral es revelada: es un don divino y respuesta humana. De este modo, la Moral viene en segundo lugar, siendo lo primero y fundamental la iniciativa de Dios o el don. Dios se revela ante todo a sí mismo en su misterio y el misterio de su voluntad y no como un código. Sin embargo, todos los actos con los que Dios se revela tienen una dimensión moral por el hecho de que llaman de nuevo a los seres humanos a conformar su pensamiento y su obrar al modelo divino.

En el obrar de Dios encontramos una propuesta ética para todo el ser humano. La solidaridad, comprendida como sentimiento humano de empatía y compasión, constituye un punto de convergencia entre la moral que se puede deducir de la Biblia y de la moral racional. Como indicaremos más adelante, en el pensamiento moral de Victoria Camps la solidaridad es una de las virtudes necesarias para la convivencia.

La Sagrada Escritura, como fuente de moral, es complementada por otras fuentes, Tradición y Magisterio. Como nos enseñó, Juan Pablo II, la enseñanza de la Moral Cristiana debe basarse en la Sagrada Escritura y en la Tradición la Iglesia⁹². La Tradición es la voz viva del Evangelio (cf. VS).

Aplicando al objeto de nuestra tesina, el cuidado de los enfermos, la Tradición posee, como veremos más adelante, una gran historia de cuidado de los enfermos que expresa sobre todo la solidaridad.

La interpretación de la Palabra de Dios fue confiada únicamente al Magisterio de la Iglesia (cf. DV 10), éste constituye la tercera fuente de la Teología moral. Por ello, en este trabajo, se acudirá al Magisterio para entender la solidaridad como principio ético.

1. Solidaridad para con los enfermos en la Sagrada Escritura

En el presente apartado, nos dedicamos a fundamentar la solidaridad desde la Sagrada Escritura. Nos centraremos en la solidaridad de Dios y de Jesucristo en la Escritura, entendida como la actitud de los discípulos de Cristo en relación con la misión recibida del Maestro.

Este nuestro proceder se justifica porque la Bioética teológica, siendo parte de la ética cristiana, tiene una conexión estrechísima con la Sagrada Escritura, “la cual es considerada matriz,

⁹² Cf. Juan Pablo II, Carta Encíclica *Veritatis Splendor* (6 de agosto de 1993), n° 5. (A partir de ahora VS).

fuerza privilegiada y preeminente, documento constitucional de la ética cristiana. Su importancia parece tal que se ha afirmado, en más de una ocasión, que su palabra puede fundamentar una forma de comportamiento⁹³.

Para alcanzar el objetivo de este apartado, que es hablar de la solidaridad para con los enfermos en la Sagrada Escritura, haremos primero una aproximación a la solidaridad en general y después nos centraremos en la solidaridad para con los enfermos.

1.1.Fundamentos de la solidaridad en la Sagrada Escritura

En la Escritura, no encontramos explícitamente el término solidaridad. La palabra explícita más próxima es el *ágape*, el amor que proviene o tiene a Dios por objeto. La solidaridad, en la Escritura, se expresa de modo claro en el amor a Dios y al prójimo (Lc 10, 26).

La Escritura nos habla de un Dios solidario con la humanidad y que, por ello, se encarnó y se hizo hombre para compartir nuestras alegrías y tristezas, las dichas y el sufrimiento. En consecuencia, podemos decir que en la Biblia la solidaridad se reviste de connotaciones de valor teológico. La instancia ética, como veremos más adelante, es el segundo elemento de la solidaridad en la Escritura.

Ya en el libro de Génesis, Dios nos revela la solidaridad al crear el hombre como un interlocutor, único ser en la faz de la tierra capaz de escuchar y dialogar con Dios (Gn 1,26). En efecto, ya en el principio, en el origen, Dios, al crear al ser humano a su imagen y semejanza (Gn 1,26) reviste al hombre de una estructura relacional y se entabla, de este modo, entre Él y el hombre la solidaridad. De hecho, la comunión con Dios, que es la raíz de las relaciones del hombre con sus semejantes y con el mundo, es fundamento y modelo de toda la solidaridad⁹⁴.

Además, la solidaridad es el modo de relacionarse del hombre con sus semejantes. E. Sanz, haciendo una interpretación exegética al Gn 2,18, matiza que “este versículo quiere subrayar que la plenitud del ser humano no le viene por encontrarse a gusto en el jardín (Gn 2,8.15-16) sino por la relación con un tú⁹⁵. Por eso, podemos decir que el hombre es por naturaleza un ser solidario.

Este encuentro con el otro se vive en un amor oblativo, donde la persona ama hasta al extremo de dar su propia vida, como lo hizo Cristo (Jn 13,1). El cristiano también encuentra en esta entrega amorosa el sentido de su vida.

⁹³ Sanz Giménez- Rico, 11-12.

⁹⁴ Piana, 1731-1737.

⁹⁵ Sanz Giménez- Rico, 56.

El filósofo y logoterapeuta, Viktor Frankl expresa con claves de una ontología existencial esta búsqueda de sentido de vida a través del amor. Para él, solo el amor ofrece clarividencia y significado al ser humano. Por ello, él debe vivir para el otro⁹⁶. En otras palabras, el hombre es un ser para el amor. Pues, si decimos *homo humanus*, estamos obligados a decir también *homo amans*. Aunque aceptamos esta antropología de Frankl, subrayamos la especificidad del amor cristiano, que es un amor revelado.

La solidaridad de Dios para con el hombre está presente en toda la historia, aunque el don de la alianza (Gn 15, 9-21) después del pecado (Gn 3) revela, en sentido profundo, la solidaridad de Dios. Con la alianza se establece la cercanía de Dios perdida por el pecado. La solidaridad de Dios es gratuita porque el hombre no puede pagar su rescate.

Encontramos en el Antiguo Testamento ejemplos paradigmáticos de solidaridad, en sus dos vertientes: solidaridad de Dios para con el hombre y la solidaridad entre los hombres. Como nuestro objetivo es la solidaridad dirigida a los enfermos y, de modo particular, a los que están en condición terminal, indicaremos apenas algunos ejemplos de solidaridad en el Antiguo Testamento, y enseguida entraremos en la solidaridad para con los enfermos.

Antes nos hemos referido a la creación y a la alianza que Dios estableció con Israel, después del pecado, como “momentos” visibles de la solidaridad de Dios para con el hombre. Queremos ahora indicar que la liberación de Israel de la esclavitud de Egipto es también ejemplo de la solidaridad pues Dios, que ve el sufrimiento de su pueblo en Egipto, (Éx 3, 7-10) se hace cercano, llama a Moisés para liberar el pueblo (Éx 3) y de hecho, por la intervención de Dios, el Faraón entonces reinante dejó marchar el pueblo (Éx 12,33-50).

En estos pasajes es evidente que la solidaridad es el lugar de la conjugación entre la justicia (el pueblo que era esclavizado por los egipcios) y la caridad (comprendida como amor misericordioso de Dios). No obstante, tenemos que afirmar que toda la historia de Israel se teje gracias a la solidaridad de Dios pues, aunque Israel sea un pueblo pecador e infiel, Dios no le abandona, se mantiene fiel a su promesa de generación en generación (Dt 9,1-10,11).

La solidaridad de Dios se manifiesta también por el envío de jueces y profetas, para alertar al pueblo de su mala conducta y llamar a la conversión y anunciar la nueva alianza (Jr 31,32; Ez 36,16-38; Is 55,3; 54,1-10).

Todas las promesas de Dios se realizan, a pesar de la infidelidad del hombre, porque la solidaridad de Dios es una oferta gratuita. Y no habría un modo más eficaz de realizar estas promesas, sino que Dios mismo tomara nuestra naturaleza, se hiciera hombre y habitara entre

⁹⁶ Cf., Viktor Emil Frankl, *El Hombre en busca de sentido* (Barcelona: Herder, 2004), 48.

nosotros (Hb 1,1-2). En y por Jesucristo, Dios entra en la vida del hombre hasta compartir su muerte. Además, en Jesús se cumplen todas las promesas anunciadas por los profetas (Is 42,53 ss).

Jesucristo es la revelación definitiva de la solidaridad de Dios porque, en su encarnación, Él quiso tomar la condición de siervo (Flp 2,6-11). Pero, Jesús, es también el único modelo de solidaridad para el ser humano, sobre todo de la solidaridad con los más débiles y con los últimos de la sociedad. Él, al compartir la condición humana, nos revela el amor de Dios que se hace plenitud en su muerte y resurrección.

En la perspectiva de Piana, Dios, compartiendo la condición humana, hace transparente el amor que el hombre es llamado a vivir (Flp 2,6-8) un amor que, dándose a sí mismo, libera completamente al hombre (Jn 15,13). En consecuencia, de esta “epifanía” de amor de Dios, resulta que la solidaridad humana debe ser concebida como el compartir el ser mismo de uno (ser-con) y del don total de sí (ser-para)⁹⁷.

Este modo de plantear la solidaridad nos ayuda comprender el cuidado de los enfermos terminales como un proceso de compartir nuestro ser con ellos y vivir una donación total en el acompañamiento de su proceso de morir. Dicho de otro modo, nuestro cuidado de los enfermos debe testimoniar que Dios es ser-para-los-otros.

En definitiva, las raíces de la solidaridad las encontramos en la Trinidad pues ella brota de la naturaleza misma de Dios, visto que la solidaridad es compartir y don de sí mismo, y esto caracteriza ontológicamente la Trinidad.

Hemos dicho que la solidaridad en la Sagrada Escritura se encuentra a dos niveles:

- a) La solidaridad de Dios con el hombre;
- b) La solidaridad entre los hombres.

Como ya hemos presentado el primer nivel, pasemos ahora a algunos ejemplos del segundo.

En la humanidad, María es la persona más solidaria, por su obediencia y fidelidad a la voluntad de Dios (Lc 1, 38), su solidaridad con los demás podemos comprobarla en la visita a su prima Isabel (Lc 1,39-56).

Podemos ver signo de solidaridad en la intercesión de Abraham por las ciudades de Sodoma y Gomorra (Gn 18,16-33), en la aceptación de la misión que Dios da a Moisés de sacar a Israel de

⁹⁷ Piana, 1731-1737.

la esclavitud (Éx 4, 18-31), en Egipto José distribuye la comida, que era solo de los egipcios, a todos los pueblos vecinos (Gn 41, 37-57; 47,13-26). En el conjunto de las leyes que tenemos en el Pentateuco, la ley del asno (Dt 22, 1-4) es un fundamento de la solidaridad pues, en la misma, Dios establece el mandato de ser solidario para con el hermano.

Los profetas fueron solidarios con el pueblo de Israel denunciando la infidelidad y las injusticias (Am 1,3-2,16; Os 3,1-5). En consecuencia, la solidaridad de los profetas no es desencarnada, pues la defensa de los derechos de Dios y de los derechos de los pobres contra los poderosos (1Re 18-19) “son dos rasgos complementarios que muestran cómo el profeta, íntimo amigo de Dios, no es un intimista desencarnado o refugiado en la evasión, y su preocupación por el bien de sus hermanos es mucho más que mera filantropía de puertas abajo”⁹⁸ (1Re 19,4,10; Jr 20, 19; Jr 20,7; Am 7,15; Os 1,2).

Sin embargo, no nos olvidemos que el gran modelo de solidaridad fue el Señor Jesús, que siendo rico se hizo pobre para enriquecernos (2Cr 8,9). Aún en el Nuevo Testamento, resaltamos la solidaridad que vivían los primeros cristianos (Hch 2,42-47). Los apóstoles, en concreto Pablo, fomentaron la solidaridad entre las comunidades cristianas (2Cr 9,8-9).

1.2. Solidaridad de Dios sanador con los enfermos

Ahora dirigimos nuestra mirada a la intervención de Dios y de Jesucristo en la vida de los enfermos, es decir para curar la enfermedad. En un segundo momento, hablaremos de cómo los apóstoles, los discípulos de Jesucristo y las primeras comunidades intervenían para vencer las enfermedades.

Cuando el pueblo estaba bajo la esclavitud de Egipto, se nos ofrece una definición de Dios como sanador de Israel, “Yo soy Yahveh tu sanador” (Éx 15,26). Dios promete “quitar la enfermedad de la tierra y bendecir al pueblo con salud y con gozo en su comer y en su beber, en su trabajar y su quehacer en la tierra y en sus hogares”⁹⁹ (Éx 23,25.26). La salud es parte de las bendiciones con la que Dios pretende colmar a Israel (Lv 26,3-13; Dt 7,13-15; 28, 1-14; 30,15-20).

Pero Dios también manda enfermedades y plagas para castigar al pueblo de su mala conducta (Dt 28, 15-24, 27-29, 58-61; Nm 11,33-35). Un ejemplo sobre este obrar de Dios es el episodio de la mano leprosa de Moisés (Éx 4,6-7). María es herida por su orgullo, pero también recibe la curación de la parte de Dios (Nm 12,10-16).

⁹⁸Severiano Blanco, “Los profetas de Dios y solidarios con las causas de los pobres”, *Cuestión Social* 23/4 (2015): 376 -386.

⁹⁹ Kent Chant, *Sanidad en la Biblia* (Barcelona: CLIE, 1990), 32.

El obrar de Dios con respecto a la salud para Israel se fundamenta en el pacto de sanación. Este pacto constaba de tres partes: la promesa, la ley y la expiación¹⁰⁰. La promesa es fruto de la misericordia y compasión que Dios tenía para con el pueblo. De hecho, Israel no se lo merecía, porque es pueblo pecador e infiel a la promesa del Señor (Éx 32,10; Nm 14,11). El hecho de que la promesa sea don no excluye obligaciones de parte de Israel, Dios entregó al pueblo sus mandatos y, como el pueblo caía siempre en el pecado, la salud, en la Biblia, “está siempre estrechamente unida a la expiación, pues a menos que Dios pueda proveer una forma de quitar nuestro pecado, la ley siempre estará entre nosotros y el cumplimiento de la promesa”¹⁰¹. En fin, todo es gracias a la misericordia de Dios, que rescata a Israel de su enfermedad.

La solidaridad de Dios se manifiesta también porque Dios regala al hombre el don de conocer las plantas que son susceptibles de devolver la salud (Ecl 38,1-7). A continuación, presentamos algunos ejemplos de la intervención sanadora de Dios en la historia: volviendo a la cuestión de la esterilidad, recordamos la intervención de Dios en la vida de Ana, que no podía tener hijos, y cómo Dios oyó su oración, le curó la esterilidad y le dio un hijo.

Dios, en algunos casos, da a sus profetas el ministerio de sanar a sus profetas. Son ellos quienes piden su intervención en favor de los enfermos. Jeroboán quedó sanado gracias a la oración que el profeta hizo a Dios (1Re 13,6). La cura del hijo de la viuda por la intercesión del profeta Elías (1Re 17,17-24). Dios concede al profeta Eliseo que el hijo de la sunita vuelva a la vida (2Re 4,18-37). La curación del sirio Naamán es un ejemplo ilustrativo de que Dios, por la intercesión de los profetas, es el que da la vida y sana las enfermedades, pero esta intervención se da cuando hay fe y humildad en el enfermo (2Re 5,1-27). La curación de Tobit por la intervención del arcángel Rafael expresa la solidaridad de Dios con el sufrimiento cotidiano del hombre (Tob 11).

Ciertos personajes de Israel reconocen que Dios es quien sana. David, cuando enfermó, oró para que Dios lo sanara (Sal 6,1-9); Salomón reconoce que la sanación viene de Dios (2Cr 20,9). Hay una confianza en el poder sanador de Dios (Sal 91,2), pues el perdón de los pecados y la sanidad de la enfermedad son los principales beneficios de la alianza con Dios (Sal 103,1-5; Jr 7,23; 8,21; 17,14).

El salmo 33,11 habla de este deseo de sanar que Dios tiene para Israel. Podemos concluir que, en el Antiguo Testamento, la curación es voluntad divina y que todos los que luchan contra la enfermedad están dispuestos a seguir esta voluntad divina. Esta voluntad de Dios se realiza en

¹⁰⁰ Cf. *Ibíd.*, 50.

¹⁰¹ *Ibíd.*, 53.

plenitud por la intervención de Jesucristo en la historia humana a través las sanaciones que hace para manifestar la presencia del Reino de Dios entre nosotros.

1.3. Jesús, Salud de los Enfermos

La actividad sanadora de Jesucristo no ha sido estudiada con detenimiento, porque se ha dado durante años énfasis a la salvación y a la escatología en los investigadores modernos¹⁰², olvidada durante varios siglos por los estudiosos de la Sagrada Escritura, es actualmente uno de los campos más estudiados. Este olvido es un error que algunos historiadores de la Medicina y los estudiosos de la Biblia intentan corregir. El motivo es que la vida de Jesús histórico estuvo llena de milagros sanadores en beneficio de los enfermos.

En la perspectiva de Héctor Avalos, la estrategia de la reconstrucción de la vida de las personas por Jesús fue la combinación de curas y comidas comunitarias, la igualdad religiosa y económica dentro de un sistema judaico muy desigual¹⁰³. Hector Avalos defiende que la sanación es como el aspecto central del ministerio de Jesucristo¹⁰⁴. Prueba de ello es que el Evangelio contiene más de setenta referencias del ministerio sanador de Jesús, lo que equivale a catorce capítulos que se dedican al ministerio sanador de Jesucristo. Dicho de otro modo, se dedica al ministerio sanador de Jesús más espacio que otros a temas¹⁰⁵, hasta al punto de que la sexta parte del Evangelio de Marcos relata las sanaciones de Jesús. Podemos decir que, leyendo el Nuevo Testamento, nos damos cuenta del poder sanador de Cristo (Hch 10,38).

La curación de los enfermos fue una actividad fundamental en la vida de Jesucristo. Él cura las enfermedades morales y biológicas y perdona los pecados, para romper la nefasta dependencia entre pecado y enfermedad, y manifestar que llega, con la salvación, el reino de Dios. Jesús lucha contra la enfermedad con un entrañable amor hacia al enfermo¹⁰⁶. Si seguimos, el Mt 9,35, podemos decir que Jesús pasó por el mundo predicando el Evangelio y sanando a las personas. En su venida al mundo, el Señor, puso en marcha un proceso de sanación individual y colectiva¹⁰⁷.

Mencionamos algunos milagros de sanidad realizados por Jesús: un leproso Mt 8,1-3; el criado del centurión Mt 8,5-13; Lc 7,1-10; la suegra de Pedro Mt 8,14.15; Mc 1,30.31; Lc 4,38.39; dos endemoniados – Mt 8,28-34; Mc 5,1-20; Lc 8,26-39; un paralítico – Mt 9,1-8; Mc 2,1-12; Lc 5,18-26; dos hombres ciegos – Mt 9,27-31; un sordomudo Mt 9,32-33; el hombre con la mano

¹⁰²Cf. Hector Avalos, *Health care and the rise of Christianity*, (Massachusetts: Hendrickson Publishes, 1999), 6.

¹⁰³ Cf. *Ibíd.*, 6.

¹⁰⁴ Cf. *Ibíd.*, 10.

¹⁰⁵ Cf. *Ibíd.*, 108.

¹⁰⁶ Cf. Francisco José Alarcos Martínez, *Bioética y pastoral de la salud*, 2ª ed. (Madrid: San Pablo, 2002), 186.

¹⁰⁷ Cf. Juan María Uriarte, “Religión y salud”, en *Jesús y la salud*, ed. Juan Carlos Bermejo (Cantabria: Sal Terrae, 2015), 15-47.

seca Mt 12,10-13; Mc 3,1-5; Lc 6,6-10; un endemoniado mudo y ciego – Mt 12,10-13; Mc 3,1-5; Lc 6,6-10; el hombre ciego – Jn 9,1-7; el paralítico de Betesda – Jn 5,1-19; diez leprosos – Lc 17,11-19, un hombre hidrópico – Lc 14,1-6; la mujer que andaba encorvada – Lc 13,11-17; un endemoniado – Lc 11, 14; Bartimeo – Mc 10,46-52; Lc 18,35-43; la viuda de Naín – Lc 7,11-16. Es evidente que “en la actividad central de Jesús estaba predicar y curar (Mt 4,23s; 9,35; Lc 6,18)”¹⁰⁸.

Los pasajes describen el acercamiento de Jesucristo a los enfermos, su solidaridad con el sufrimiento de los aquejados por las enfermedades. Las señales, si utilizamos el lenguaje del Evangelio de Juan, son manifestación de que Dios está entre nosotros, que Él es solidario con el hombre que sufre. La cuestión es: ¿por qué Jesús curaba a los enfermos? Esta pregunta no tiene una respuesta fácil. La Escritura ofrece distintos motivos para justificar la acción de Jesús. Kent Chant¹⁰⁹ recogió en la Sagrada Escritura doce razones o motivos por los cuales Jesucristo se conmovía y curaba a los enfermos. A continuación, las indicamos con los respectivos pasajes bíblicos.

- 1) Las sanaciones que Jesús realiza prueban que las promesas mesiánicas se cumplen en Él (Lc 4,14-21) pues a través de ello el pueblo reconoce que Él es el Mesías (Jn 1,41; 7,31; 10,23-25; Lc 7,16-22).
- 2) Jesús sanó para probar que era el hijo de Dios (Jn 10,36-38).
- 3) Sana para probar que era el enviado de Dios (Jn 5,36; 14,10-11).
- 4) Jesús sanaba para probar que sanar está en la naturaleza misma de Dios, es la obra de su Padre (Jn 5,36; 10,37; 14,10-11).
- 5) El Mesías sanaba para cumplir las profecías del Antiguo Testamento (Mt 8,16-17; Is 53,4).
- 6) Sanaba para dar gloria, es decir el resultado del ministerio de sanación de Jesús provocada la alabanza a Dios (Mt 15,30-31).
- 7) Jesús curaba para confirmar que Dios estaba con Él, las curas testimonian su palabra (Jn 3,2).

¹⁰⁸ André Torres Queiruga, “Dios no quiere la enfermedad, pero ¿por qué a mí?”, en *Jesús y la salud*, ed. Juan Carlos Bermejo (Cantabria: Sal Terrae, 2015), 143 -171.

¹⁰⁹ Chant, 113 -120.

- 8) Las curaciones de Jesús evidencian que Él posee un ministerio genuino y son pruebas de que Él actúa como dedo de Dios (Mt 12,22-33).
- 9) Jesús sanaba porque la sanidad es pan de los hijos (Mc 7,27).
- 10) Jesucristo sana porque es su obra natural, humana y característica (Mt 12,9-14; Lc 13,10-16).
- 11) El Mesías sanaba porque había personas que necesitaban ser curadas, sanaba porque la gente estaba enferma (Lc 9,11).
- 12) Jesús sanaba porque tenía compasión de los enfermos, Él se compadecía de los enfermos (Mt 9,35-36; 14,14; 20,34; Mc 1,41; Lc 7,13).

De las razones que describe el autor, nos parece que es evidente que la sanación es parte de la naturaleza propia de Jesús, que es su obra genuina y entra en acción porque siente compasión y misericordia de los enfermos. La misericordia es el punto culminante de la solidaridad. Esto quiere decir que Dios es solidario para con el hombre. La miseria de la humanidad mueve el corazón de Dios a intervenir en la historia humana sanando las dolencias y las enfermedades.

Con su sanación, Jesús nos propone una manera revolucionaria de curar y cuidar los enfermos. En primer lugar, Jesucristo llama a la persona a sanar, a participar del proceso de su sanación: “¿quieres curarte?” (Jn 5,6). Es un proceso que engloba la autonomía de la persona. Su solidaridad para con los enfermos respeta la autonomía, no es impositiva.

Él nos enseña a abandonar el falso paternalismo médico y a cultivar, en la cura y el cuidado, la cultura del encuentro con el enfermo. Él ofrece la cura, pero no la impone. El proceso de la curación desarrollado por Jesús se despliega dentro del diálogo (Mc 7,24-30; Mt 15,21-28) y del reconocimiento mutuo y confianza (Mc 5,21-34).

Dicho en otras palabras, Jesús establece una relación terapéutica con las personas que sana, por eso la salud que Él regala a sus “enfermos” es una salud integral (Mt 4,4-6), liberadora (Lc 13,12; Mc 1,23-18), responsable (cf. Mc 10,52; Jn 5,6), no idolatrada (cf. Mc 8,35), ofrecida a los más débiles (cf. Jn 5,7) y abierta a la salvación (cf. Jn 11,25)¹¹⁰. A continuación, explicamos estos elementos.

Es una salud integral porque busca reconstruir enteramente a la persona, no se limita a sanar el organismo, puesto que cura a la persona en todas las dimensiones: fisiológica, psicológica

¹¹⁰Cf. Uriarte, 15-47.

y espiritual. La salud que Jesús ofrece libera a la persona y la ayuda a hacer una reconciliación consigo misma y con los demás. Es una salud que despierta en la persona el deseo de sanación, por eso es una salud responsable.

La sanación de Jesús abre para la persona un nuevo camino de vida, donde ésta entiende que lo más importante no es la salud física, ésta se puede perder por un bien mayor, el Evangelio, por eso no hay que idolatrar a la salud. Es una salud que se abre a la salvación, porque la salud que Jesús concede a sus enfermos es signo de la salvación definitiva. Y los privilegiados de la sanación de Jesús son los más débiles, dado que “la conducta de Jesús es un signo de que Dios no abandona a los últimos de la tierra”¹¹¹ .

Los discípulos de Jesús recibieron el poder de curación del Maestro y realizan por la fuerza del Espíritu Santo la sanación de los enfermos (Mt 9,35; 10,1-8). Pedro y Juan curan al mendigo paralítico (Hch 3,6-9), Pedro cura a Eneas (Hch 9,33-34), Pablo sana a un cojo (Hch 14,8-10) y expulsa demonio de una muchacha (Hch 16,16-18) y cura al padre de Publio, gobernador de Isla (Hch 28,7-9).

La misión de evangelizar y curar se transmite a las primeras comunidades por los apóstoles. Es la misión de la Iglesia. No se puede comprender la Iglesia sin este cuidado de los que sufren y los débiles, de modo particular, de los enfermos. Porque ellos son los primeros destinatarios de la salvación traída por Cristo. Es una misión que incumbe a toda la Iglesia. En la carta *Christifideles Laici*, Juan Pablo II reafirma que el cuidado de los enfermos es la herencia preciosísima que la Iglesia recibió de Jesucristo, médico de la carne y el espíritu¹¹².

La solidaridad en la Biblia se revela, en primer lugar, en el don de la creación. Dios crea por amor. Además, Él responde a la desobediencia del hombre con el don de sí mismo en la cruz. La segunda característica de la solidaridad es que, en su vida terrenal, Dios hecho hombre, mostró su preferencia por los que sufren. Ya en su “primer anuncio”, que es el prólogo programático en Lucas, Jesucristo enmarca la preferencia por los que sufren, pobres, oprimidos, cautivos, enfermos... (Lc 4,18-19).

La solidaridad trae siempre una connotación de vínculo o sentimiento que nos une al otro. Ya está inscrita en la propia naturaleza humana pues el ser humano es un ser relacional. En este sentido, podemos comprender que la condición humana es compacta, formamos una familia. Por ello, se puede definir solidaridad como amor o caridad. El verdadero vínculo que existe en la humanidad es

¹¹¹ *Ibid.*, 15-47.

¹¹² Juan Pablo II, Exhortación apostólica post-sinodal *Christifideles Laici* (30 de diciembre de 1988), n° 54.

el amor, porque su existencia se debe a un hecho de amor, mejor dicho, la persona fue creada por alguien que es Amor (1Jn 4,8.16).

Es necesario partir del hombre como ser solidario para explicar cómo él vive o imita la solidaridad de Dios por la humanidad entera. Es imprescindible, para comprender la solidaridad, valerse de la estructura dialogal que empuja humanamente al hombre a la solidaridad. Podemos decir que “la solidaridad es un modo de ser y de vivir del hombre que revela la presencia de Dios en la convivencia humana y la propia imagen de Dios a la que fue creado (cf. Gn 1,26-27)”¹¹³.

2. La Solidaridad con los enfermos en la Tradición de la Iglesia

En el apartado anterior quedó claro que la solidaridad es el ser propio de Dios, pues Él es un don de sí mismo para nosotros. Además, Dios es solidario de modo particular con los enfermos, porque Él se define con Yahveh sanador y varias veces intervino en la historia humana para sanar (Ex 15,26).

En el Nuevo Testamento, la solidaridad de Dios llega a su plenitud con la encarnación y la muerte de Jesucristo; es Dios que se dona hasta entregar su propia vida por nosotros. Jesucristo pasó por la tierra haciendo el bien y sanando a los enfermos. Las curaciones ocupan una parte considerable de las narraciones en los Evangelios.

2.1. El poder de sanar transmitido a los discípulos se hace Tradición

En este apartado, partimos del principio de que Jesús concedió su poder sanador a sus discípulos. Una muestra de ello es que les mandó que siguieran exactamente sus pasos predicando el Evangelio, sanando enfermos y expulsando los demonios (Lc 10,1-24). Este mandato del Señor Jesús se perpetua en la historia de la Iglesia y, de forma singular, el cuidado de los enfermos pronto entró en la Tradición de la Iglesia. Es esta Tradición de la Iglesia de cuidar los enfermos la que vamos a abordar en los próximos párrafos, utilizando la solidaridad como clave de interpretación.

A partir de la Tradición, como “principio viviente y dinámico de la revelación, la expresión del genio del cristianismo que se muestra en su desarrollo histórico, y se identifica con la vida de la Iglesia en cuanto comunidad animada por el Espíritu Santo”¹¹⁴, queremos mostrar que ya en los comienzos de la Iglesia estuvo presente el cuidado de los enfermos. Esta Tradición encuentra su propia raíz en los hechos del Señor Jesucristo, que se ha preocupado en salvar a todos los hombres,

¹¹³Nicanor Martínez García *et al.*, *cristianos al servicio del reino* (Salamanca: Servicios de Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, 2001), 19.

¹¹⁴César Izquierdo, “La tradición en teología fundamental”, *Scripta Theologica* 29, n°2 (1997): 389-413.

pero con una especial solicitud por las personas que sufren. El cuidado de los enfermos se encuentra en la palabra y praxis del Señor, una de cuyas actividades fundamentales fue la curación de los enfermos¹¹⁵.

La sanación de Jesús va hasta la raíz, no se concentra en la biología, sino que incluye la psique y espíritu. Por consiguiente, es una sanación integral. Jesús sanador en su acción pone como cimientos el diálogo, la participación, la confianza y el reconocimiento mutuo¹¹⁶. En los relatos de curación, el diálogo es la herramienta clave (Jn 9, cura de ciego; Mc 7,24-30; Mt 15,21-28).

Los cristianos vivimos el amor al prójimo solidarizándonos con los que sufren, de modo particular los enfermos. La ética cristiana, movida por el amor a Dios y al prójimo, encuentra en el que sufre el lugar privilegiado de su vivencia. Dicho en un lenguaje filosófico y recurriendo a Emmanuel Lévinas, lo esencial, para el cristiano, está en el rostro del hombre oprimido que me solicita y al que él ya responde¹¹⁷. En la vida del cristiano, la epifanía de Dios consiste en ser solicitado por la miseria en el rostro del que sufre, este puede ser enfermo, viuda, huérfano, pobre¹¹⁸. Pues la ética cristiana encuentra su génesis en el relato de un amor: “de un amor apasionado, celoso, fuerte como la muerte por parte de Dios; de un amor frágil, versátil y sometido a todas las infidelidades por parte del hombre”¹¹⁹.

Evidentemente, la transcendencia en la ética cristiana se revela también en la acción en favor de los que sufren. En la miseria del otro, Dios es accesible. Desde la primera comunidad de Jerusalén hasta nuestros días, la Iglesia tiene un especial cuidado por los enfermos. Ella (Iglesia) considera esta misión parte del anuncio del Evangelio. Es así que, en el siglo II, “antes de admitirse al bautismo a los catecúmenos se les preguntaba por su atención a los enfermos, condición indispensable para aceptarlos en el seno de la comunidad”¹²⁰.

Al hablar concretamente del cristianismo, Héctor Avalos llega a decir que el cristianismo es una religión medicinal¹²¹. Esto es porque el cuidado de los enfermos es distintivo de la tradición cristiana, y se diferencia de otras antiguas tradiciones en sus rasgos principales, como es la simplicidad en las terapias, y su énfasis en la curación por medio de Jesucristo. Abarca a todo tipo de enfermos sin exclusiones de tipo económico, y es una asistencia integral porque responde a las necesidades físicas, psicológicas y espirituales.

¹¹⁵ Alarcos Martínez, *Bioética y pastoral de la salud*, 186.

¹¹⁶ Cf. Rosa María Belda Moreno, “El encuentro personal con Jesús de Nazaret fuente de salud”, en *Jesús y la salud*, ed. Juan Carlos Bermejo (Cantabria: Sal Terrae, 2015), 95.

¹¹⁷ Margarita Díez Cuesta, *Alteridad, ética y gratuidad* (Madrid: Instituto Manuel Mounier, 1992), 30.

¹¹⁸ Emmanuel Lévinas, *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, 2ª ed. (Salamanca: Sígueme, 2012), 81.

¹¹⁹ Bernard Sesboüé, *Jesucristo el único mediador II* (Salamanca: Secretariado Trinitario, 1993), 35.

¹²⁰ Alarcos Martínez, *Bioética y pastoral de la salud*, 189.

¹²¹ Avalos, 7.

El cristianismo constituyó una revolución por el hecho de atender a los enfermos que eran excluidos de la sociedad, como es el caso de los leprosos. Eliminó las desigualdades en la atención médica, porque no cobraba ningún honorario para asistir a los enfermos, con eso se distancia de la Medicina grecorromana, en los templos de Asclepios, que exigía al enfermo exorbitantes sumas de dinero. La razón es que, en la tradición cristiana, “el enfermo merece mayores atenciones por reflejar la imagen de Dios, de un Dios encarnado y doliente”¹²². Así pue, los cristianos asisten a los enfermos por caridad y no por el carisma de curación o sanación.

En el prólogo de la *Nueva Carta de los Agentes Sanitarios*, el cardenal Zygmunt Zimowski escribió: “la Iglesia ha considerado desde siempre el servicio a los enfermos como parte integrante de su misión, asociando la predicación de la Buena Nueva con la asistencia y el cuidado de los enfermos”¹²³. Es desde esta Tradición viva y dinámica de la Iglesia desde la que vamos a fundamentar la solidaridad en el cuidado de los enfermos.

Los fundamentos de la solidaridad para con los enfermos en la Tradición de la Iglesia los podemos encontrar en las palabras del Papa Pío XII, dirigidas a la Unión Médica Latina. Para este papa, el enfermo merece, conforme a la Tradición cristiana, las mayores atenciones por reflejar la imagen de Dios, de un Dios encarnado y doliente, los enfermos son una poderosa fuente de energía de la Iglesia¹²⁴.

El cristianismo expresa su fe a través del cuidado y del amor a los enfermos. Los cuidados de enfermería que los cristianos brindan a los enfermos a lo largo de la historia de la humanidad expresan y reafirman el valor de la solidaridad, como virtud y principio de la Bioética teológica. El cristianismo expresa su amor a Dios por su solidaridad para con los enfermos, por eso los cristianos se dedican a cuidar de los enfermos. Es decir, “la expansión del cristianismo a la comunidad se caracterizó por una profunda solidaridad (...) en la enfermedad...”¹²⁵. Con el paso del tiempo la asistencia a los enfermos fue encargada a las diaconisas que atendían a los enfermos en sus casas e incluyendo a los que no eran cristianos. Para los cristianos cuidar a los enfermos se convierte en una vocación.

En estudios hechos sobre el cuidado de los enfermos, algunos autores, viendo lo que es la Tradición de la Iglesia en el cuidado de los enfermos, dicen que “la enfermería recibe gran influencia del cristianismo. Valores como la solidaridad, el respeto a la vida y el amor hacen parte de la enfermera”¹²⁶. En este orden de ideas, los cristianos son tradicionalmente conocidos como

¹²² Ángel Alcalá Galve, *Medicina y moral en los discursos de Pio XII* (Madrid: Taurus, 1959), 34.

¹²³ Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios (para la pastoral de la salud), *Nueva carta de los agentes sanitarios* (Cantabria: Sal Terrae, 2017), 9.

¹²⁴ Cf. Santiago Navarro, *Pío XII y los médicos*, 2ª ed. (Madrid: Cocusa, 1964), 359.

¹²⁵ María Clara Quintero Laverde, “Enfermería en el mundo cristiano”, *Revista Quichan* 1 (2001): 42 – 45.

¹²⁶ Quintero Laverde, 42 – 45.

los que cuidan, con gran abnegación y escasos conocimientos, de los enfermos sin recursos, quienes eran considerados desechos de la sociedad.

En la Tradición de la Iglesia parece claro que el encuentro con Jesús provoca salud¹²⁷. La Iglesia es continuadora de su Maestro, Jesucristo, por eso la obra sanadora por ella vivida encuentra fundamentos en los hechos liberadores del sanador milagroso de los enfermos y alguien que ordenaba a sus seguidores que asistieran a los aquejados de enfermedad¹²⁸. La Tradición de la Iglesia se entiende dentro de esta perspectiva.

Con su actividad taumatúrgica y terapéutica, Jesús quiso traer al hombre una salvación integral. Además, revela que los enfermos son dignos de amor, y de este modo todo el prejuicio social y religioso sobre la enfermedad queda superado. En este sentido, es el hombre el que debe ser curado y no la enfermedad. Pues, las patologías nunca hacen indigno al hombre y nos enseñan a convivir con los límites inevitables de la condición humana.

El amor hacia al prójimo se mueve teniendo en cuenta estas dimensiones humanas. Para el cristianismo, “es indispensable ayudar al prójimo, aunque eso implicara un riesgo cierto de muerte, una muerte tan digna como la del martirio por la fe”¹²⁹. Tal concepción es fundamental, cuando hablamos del cuidado de los enfermos terminales, porque la condición personal nos apunta, además de las preocupaciones que tenemos para cuidar del cuerpo, a la biografía de la persona y como ella vive la muerte cercana. La persona, en esta fase de la vida, es llamada a reconciliarse consigo mismo y con los demás, si es necesario.

La solidaridad cristiana para con los enfermos tiene su base en la vivencia del Señor que se presenta como médico (Mt 9,12) que sana física y espiritualmente. Asimismo, ser discípulo de Cristo, es ser buen samaritano de todos los heridos (Lc 10,37)¹³⁰. Como resaltaron Pellegrino y Thomasma, “como individuos y comunidades, estamos llamados a revestirnos de Cristo (Gal 3,27), para ver a los enfermos como Cristo los veía: para hacer del misterio de curación una parte de nuestras vidas”¹³¹. Entonces, sus discípulos si quieren seguir al Maestro ya saben el camino:

Venid, benditos de mi Padre, heredad el reino preparado para vosotros desde la fundación del mundo. Porque tuve hambre, y me disteis de comer; tuve sed, y me disteis de beber; fui forastero, y me recibisteis; estaba desnudo, y me vestisteis; enfermo, y me visitasteis; en la cárcel, y vinisteis a mí... (Mt 25,34-36)

¹²⁷Cf. Belda Moreno, 91.

¹²⁸Albert Jonsen, *Breve Historia de la Ética Médica* (Madrid: San Pablo, 2011), 48.

¹²⁹César Vidal, *El legado del cristianismo en la cultura occidental* (Madrid: Espasa Calpe, 2000), 57.

¹³⁰Cf. Francisco Álvarez, *Teología de la salud* (Madrid: PPC, 2013), 202.

¹³¹Edmund Pellegrino y David Thomasma, *Las virtudes cristianas en la práctica médica* (Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 2008), 96.

De esta opción clara por sanar, descrita en los evangelios, los primeros cristianos entienden la acción sanadora del Maestro como arte de confianza en Dios. En la vida de la Iglesia se percibe la acción de sanar como dirigida al cuerpo y al alma, es decir la salvación es del hombre en su integridad. De este modo, se compendió que el arte médico y la vida espiritual son componentes necesarios para afrontar la enfermedad. Por eso, la Iglesia primitiva vive la imitación de Cristo en su predilección por los enfermos, que envió a sus discípulos a curar a los enfermos (Mt 10,8).

2.2. La solidaridad para con los enfermos en la Iglesia Primitiva

En la Iglesia primitiva, el cuidado de los enfermos era tarea de las diaconisas, vírgenes y viudas, que asistían a los enfermos en sus domicilios. Los cuidados, generalmente, consistían en visitar a los enfermos, alimentarlos, asearlos y otros cuidados que ayudaban a mejorar la salud de los mismos. Entre las mujeres cristianas, que cuidaban de los enfermos, se nombra a Febe, que es considerada la primera enfermera.

A los diáconos también se les encargaba la tarea de visitar a los enfermos y buscarlos en las hostelerías o a los enfermos abandonados. A estos últimos, se les debería buscar una familia o algún particular que los acogiera¹³².

Desde las primeras comunidades, en especial la de Jerusalén, hasta nuestros días, la Iglesia siempre se preocupa de los más débiles. En la historia del cristianismo, se conoce situaciones en que los cristianos llegan a sacrificar su vida por atender a los demás. Para clarificar esta afirmación, recordemos lo que pasó cuando hubo una gran plaga en el Imperio Romano, en el año 165, en tiempo de Marco Aurelio¹³³, cuando muchos huían de los enfermos, para evitar el contagio y poner a salvo su vida, los cristianos prestaban asistencia a los enfermos.

Los cristianos del siglo II, ante una epidemia que eliminó a una cuarta parte de la población del Imperio Romano, permanecieron al lado de los enfermos, cuidando de ellos, mientras que muchos paganos huían de sus familiares. Los cristianos mostraron amor y lealtad sin límites, pensando sólo en las personas que se encontraban enfermas, pues sin temer el peligro, atendieron amorosamente a los enfermos.

Esta actitud cristiana es alabada porque, en cambio, los paganos y el mismo emperador Marco Aurelio, huyeron de las ciudades abandonando a las personas que ya sufrían la enfermedad. Cipriano de Cartago describió la asistencia que los cristianos ofrecían a los enfermos de este modo: “los que están bien cuidan de los enfermos, los parientes atienden amorosamente a sus familiares

¹³² Cf. Adalbert Hamman, *La vida de los primeros cristianos: un viaje apasionante* (Madrid: Palabra, 2002), 160s.

¹³³ Cf. Vidal, 58.

como deberían, los amos muestran compasión hacia sus esclavos enfermos, los médicos no abandonan a los afligidos... estamos aprendiendo a no temer la muerte”¹³⁴.

El episodio descrito arriba no es el único donde los cristianos han dado sus vidas para salvar a los enfermos en situaciones de epidemias y pestes dentro del Imperio Romano; en esta línea puede citarse la carta del emperador Juliano, en el 360, que enaltece la dedicación de los cristianos a los enfermos durante una nueva peste y su caridad por los pobres. Además, en ambientes donde se consideraba el cuidado de los enfermos algo despreciable y propio de esclavos, los cristianos fueron los primeros en organizar eficazmente la actividad asistencial individualizada a los pobres y enfermos a domicilio¹³⁵.

Después del edicto de Milán (313), en los monasterios urbanos surgen las primeras casas de cuidados de los enfermos, se erigiéndose los primeros hospitales bajo el signo del cristianismo, entre ellos se destacan los fundados por San Basilio (360), San Efrén (337) y San Juan Crisóstomo (407).

En el Concilio de Nicea (325) se recomendó a los obispos la creación de un hospital en cada ciudad y el de Orleans (511) prescribió a los obispos reservar un cuarto de las rentas para sustentar a pobres, peregrinos y enfermos ¹³⁶.

Algunos autores¹³⁷, al considerar la segunda gran etapa de la Historia de la Medicina, suelen usar como fecha marco del comienzo de la misma la construcción del primer hospital cristiano en Capadocia, en siglo IV. Además, en el mismo periodo, la Medicina se circunscribió cada vez más al ámbito monacal y clerical, en cuyas bibliotecas se conservaban las obras de la Medicina clásica¹³⁸.

Muchos autores¹³⁹ coinciden en atribuir el origen del primer hospital del Oriente cristiano a San Basilio (330 - 397). F. Guerra escribe literalmente: “el primer hospital se fundó en 370 por Basilio el Grande cerca de Cesárea, hoy Queisari, en Anatolia”¹⁴⁰, dedicado a los leprosos. Este hospital era una verdadera comunidad para enfermos, huérfanos y ancianos. La institución de Basilio abarcaba tres distintas instituciones caritativas del oriente cristiano: *orfanotrofia* (para

¹³⁴ *Ibid.*, 58.

¹³⁵Cf. Alarcos Martínez, *Bioética y pastoral de la salud*, 189.

¹³⁶Cf. *Ibid.*, 191.

¹³⁷ Son ejemplo de esta postura Jonsen, Albert. *Breve Historia de la Ética Médica*. Madrid: San Pablo, 2011; Francisco Guerra, *Historia de la Medicina*, 3ª ed. (Madrid: Capitel, 2007).

¹³⁸Jonsen, 47.

¹³⁹ Nosotros hemos consultado sobre todo estos autores: Francisco Guerra, *Historia de la Medicina*, 3ª ed. (Madrid: Capitel, 2007); Antonio López Alonso, Carmen Sánchez Téllez, y Antonio López Navas, *El entorno sanitario en camino de Santiago vía de la plata, (Norte de Zamora), durante la edad media* (Alcalá: Universidad de Alcalá, 2001); César Vidal, *El legado del cristianismo en la cultura occidental* (Madrid: Espasa – Calpe 2000).

¹⁴⁰ Guerra, 115.

huérfanos), *nosocomio* (enfermos) y *gerontoquia* (ancianos). Las otras instituciones eran *xenodoquios* para extranjeros, *pandoquios* para peregrinos y *brefotropia* para expósitos.

En esta ciudad de los enfermos que fundó Basilio, la Iglesia era el centro de la vida. Basilio sustentaba su obra con base a la buena voluntad de personas ricas que donaban dinero y bienes para la obra, este hospital pudo subsistir con la protección proveniente del exterior, como los actuales¹⁴¹. Era “un conjunto de edificaciones y personas que cuidaban de los enfermos”¹⁴².

Tres años después, surgieron otras fundaciones de hospitales, como es el caso de Sebaste en 373, Edessa en 375, Antioquía antes de 398. Pero la fundación más importante, en el Oriente, fue la de Juan II Comneno, en 1112 y al parecer se concluyó en 1136¹⁴³, en Constantinopla, “que era un conjunto formado por una iglesia con monasterio y hospital de 50 camas; de ellas: 10 para cirugía, 8 para enfermedades agudas, 10 para hombres, 10 para mujeres y 12 obstétricas, con farmacia, baño, panadería y otras facilidades, dirigido por los médicos y cada sala atendida a su vez por los médicos, los enfermos y sirvientes”¹⁴⁴.

Para Basilio, la Medicina como el arte, no debe beneficiar solo a los cuerpos, sino también al espíritu. Y, de hecho, el hospital es visto por los cristianos como “templo místico en el que cada día se sirve a Jesús en la persona de los enfermos”¹⁴⁵. Basilio confió a los monjes el cuidado de los enfermos.

En general, los hospitales cristianos eran construidos junto a monasterios o catedrales, erigidos bajo la advocación de un santo protector, eran instituciones de caridad que acogían sobre todo a los más necesitados, pues tenían como fin principal la caridad. Se destinaban a los pobres, por ello se les llamaba hospital *pauperum* (hospital de los pobres). Más que una acción de justicia, que se ubica dentro del derecho a la salud, la asistencia a los enfermos era obra de caridad y de misericordia para estos hospitales. Cuidar de los enfermos era una labor propia de la Iglesia, no un derecho o beneficencia, era una forma de vivir el Evangelio de Cristo.

Si en el Oriente el primer hospital fue el de San Basilio, en el Occidente cristiano, el primer hospital lo fundó Fabiola, bienhechora que se convirtió a la edad de 20 años al cristianismo, alrededor del año 399, para recoger a enfermos y necesitados.

¹⁴¹ Antonio Turmes, *Historia y evolución de los hospitales en las diferentes culturas*, (14 de setiembre, 2009, sin publicar).

¹⁴² López Alonso, Sánchez Téllez, y López Navas, 89.

¹⁴³ Cf. George Rosen, *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*, 2º ed. (Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2005) 319.

¹⁴⁴ Guerra, 115.

¹⁴⁵ Alcalá Galve, 36.

En esta labor se dedicaban las mujeres, los presbíteros y los monjes. Es cierto que el monasterio tiene una función espiritual, una vida de oración y labor que ayuda al monje a vivir íntimamente unido a Dios, pero con el paso del tiempo, en el siglo IV, este lugar tuvo como una tarea principal cuidar a los enfermos. Los monjes, en realidad, practicaban cuidados médicos y enfermeros simultáneamente. Por ello, en esta época, floreció la Medicina llamada monástica. Indicaremos las características de esta medicina, cuando hablemos de San Benito.

2.3. La solidaridad con los enfermos en la Medicina Monástica

A la decadencia del helenismo, sigue el establecimiento por los monjes de una nueva estructura cultural para la vida social y científica. En los monasterios florece la llamada Medicina monástica, que perduró hasta el siglo XII. San Benito de Nursia (480-543) fundó en Monte Cassino en 529, un monasterio con el objetivo de llevar, junto con sus hermanos monjes, una vida cristiana más perfecta. En la regla de vida que escribió para la vida en sus monasterios, el abad, que preside la vida del monasterio, debe actuar como maestro y como padre, como pastor y, en consecuencia, también como médico. Como podemos leer en la regla: “cuide con todo su desvelo de los enfermos”¹⁴⁶. El capítulo 37 de la regla está dedicado a los enfermos. Podemos leer en la misma:

“Ante todo, y por encima de todo lo demás, ha de cuidarse de los enfermos, de tal manera que se les sirva como a Cristo en persona, porque él mismo dijo: «Estuve enfermo, y me visitasteis»; y: «Lo que hicisteis a uno de estos pequeños, a mí me lo hicisteis». Pero piensen también los enfermos, por su parte, que se les sirve así en honor a Dios, y no sean impertinentes por sus exigencias caprichosas con los hermanos que les asisten. Aunque también a éstos deben soportarles con paciencia, porque con ellos se consigue un premio mayor”¹⁴⁷.

Esta regla de San Benito tiene fundamentos en la acción del Maestro, pues Él “nos dio los ejemplos más convincentes de la atención especial que debiéramos prestar a los enfermos”¹⁴⁸.

De esta regla, nace el deber de organizar el cuidado de los enfermos en la vida monástica. Para ello se busca un lugar adecuado, servicios médicos e instrumentos para dar asistencia a los enfermos. Así, el cuidado de los enfermos se convierte en una de las actividades principales de la vida monacal. Por tanto, se puede decir que, el origen de los hospitales es cristiano y sobre todo monacal. En la vida monacal se encuentran factores decisivos que apuntan al desarrollo de los hospitales porque el monasterio consideró objetivo principal cuidar de los enfermos. De hecho, San Benito en la regla dio normas para las celdas de los enfermos y el enfermero, e indicó la necesidad de crear enfermerías como construcciones anexas a los dormitorios y los refectorios, y finalmente la fundación de hospitales y jardines botánicos¹⁴⁹.

¹⁴⁶ Iñaki Aranguren, *La regla de San Benito*, regla n. XXXI (Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2000), 9.

¹⁴⁷ Aranguren, 10.

¹⁴⁸ Pellegrino y Thomasma, 95.

¹⁴⁹ Guerra, 118.

La fundación de Monte Cassino fue seguida por la de Vivarium de Cassidoro Senator en 537 y de San Gall por Othmaro en 720. La historia, en esta época, indica que existían simultáneamente varios hospitales o, propiamente dicho, albergues o casas de misericordia. Estaba “el *infirmarium* de los monjes, el *hospitale pauperum* para pobres y peregrinos a las puertas del monasterio, el hospital para novicios y conversos, la leprosería (lejos del recinto), aparte de una residencia para huéspedes pudientes”¹⁵⁰ .

Los monjes, en los monasterios, se ocupaban de asistir a los enfermos, aplicando métodos curativos comunes a su tiempo, como calmar la fiebre con paños fríos empapado en agua de rosa, favorecer la digestión con leche y azúcar de violetas, utilización de ampollas... Pero también se dedicaban a la investigación de nuevas terapias. De este modo, convirtieron el monasterio en escuela de medicina. Con los monjes, en la Edad Media, empieza la integración de la actividad académica en la práctica de la medicina. Dicho de otro modo, “las facilidades clínicas por la constante afluencia de enfermos y la presencia de médicos familiarizados con la práctica general y técnicas quirúrgicas (...) hizo que la Medicina monástica tuviera funciones educativas”¹⁵¹. Tanto la escuela médica del Monte Cassino y la de St. Gall alcanzaron considerable prestigio al final del siglo IX y estimularon el desarrollo de la ciencia y de la literatura en la Edad Media que se prolonga hasta el surgimiento de las universidades.

La formación médica en esta época se daba fundamentalmente en los monasterios; destacan los establecimientos hospitalarios y monásticos de Salerno, Cava y Monte Cassino¹⁵². En todos los monasterios, había dedicación a los enfermos.

Además de la Medicina monástica, subrayamos que “en el siglo IX surgieron también comunidades de monjas dedicadas a la caridad con los enfermos, que establecieron hospitales como Santa María della Scala, de Siena”¹⁵³.

Hubo también órdenes de Caballería que fundaron hospitales y, a partir del siglo XII, surgieron órdenes seculares caritativas que establecieron hospitales. Se fundan órdenes hospitalarias desde el siglo XI; éstas tienen su origen en la fundación de un hospital para peregrinos de Tierra santa. Son ejemplos de estas órdenes, los hospitalarios de San Juan de Jerusalén (1084), los Antonianos (1095), Hospitalarios del Santo Espíritu (1198).

¹⁵⁰Ibíd., 115.

¹⁵¹ Ibíd., 118.

¹⁵² Cf. Henri Bon, *compendio de Medicina Católica* (Madrid: FAX, 1942), 32.

¹⁵³ Guerra, 115,

Los hospitales construidos por los cristianos¹⁵⁴ en la Edad Media constituyen una señal visible de lo que es la solidaridad cristiana en la Tradición de la Iglesia pues en el mundo griego antiguo era casi nula la atención que merecía socialmente el enfermo.

En general, los hospitales o las casas para enfermos estaban edificados alrededor de una iglesia o dentro del monasterio. Al apuntar el origen cristiano del hospital no ignoramos que, en el mundo romano y griego, hubiera centros o instituciones que ofrecían tratamientos médicos a ciertos enfermos, como los hospitales romanos destinados a los soldados. Lo que afirmamos es que los antecedentes *asklepieia* (nombre griego para indicar los lugares de curaciones que tienen los griegos) se destinaban a incubar el proceso curativo en los templos de Asclepio. De este modo, “el origen de los hospitales como institución caritativa para el cuidado de los enfermos, según Sigerist, es cristiano y medieval”¹⁵⁵. Y los hospitales militares de los romanos no se comparaban, ni en tamaño ni en variedad de funciones, con los hospitales construidos por los cristianos¹⁵⁶.

A. López, M^a. Del Carmen Sánchez y A. López concuerdan que los hospitales son fruto de la filosofía cristiana en la época en que esta religión comenzó a tener aceptación por parte del Imperio Romano, a este propósito ellos escribieron:

“Fueron los hospitales una creación propia y exclusiva de la filosofía cristiana; el sufrimiento de la enfermedad, antes menospreciado en el mundo clásico, cobró auge al considerar la nueva religión una vía de santificación y un camino seguro para alcanzar la gloria en el otro mundo. La atención al enfermo y al necesitado fue una de las prácticas caritativas más importantes para la fe cristiana, de tal forma que los centros de acogida que pronto surgieron, se les llamaron casas de misericordia o casas de Dios...”¹⁵⁷

Los hospitales cristianos no tenían una función médica sino caritativa, podemos decir que eran centros donde se practicaba la caridad hacia al enfermo. Es probable que hayan existido prácticas de caridad hacia el enfermo en otras religiones, como la hindú, sin embargo, subrayamos que los cristianos fueron los primeros en crear centros para acogida de los enfermos. Los cristianos sostenían estos hospitales con la caridad de ellos mismos. Muchos de ellos hacían donaciones para el funcionamiento de los hospitales.

Los referidos *asklepieia* y los llamados *iatreia* (casa de cirujanos que practicaban las intervenciones quirúrgicas y algunas curas en Grecia) no fueron en realidad hospitales porque no atendían a todo tipo de enfermos, aunque ofrecían cuidados sanitarios con apoyo de personal sanitario. Estos *asklepeia* fueron clausurados como centros de culto pagano por el emperador

¹⁵⁴ A lo que parece, el primer hospital propiamente dicho es del siglo IV en Bizancio, que era una institución caritativa para la atención de los necesitados.

¹⁵⁵ Guerra, 114.

¹⁵⁶ Camila Mardones Bravo, “Bizancio enfermo: panorámica de la Medicina en los primeros siglos del imperio”, *Historias del Orbis Terrarum* 6(2011): 29-43.

¹⁵⁷ López Alonso, Sánchez Téllez, y López Navas, 88.

Constantino en 335 año que Elena, su madre, inició la creación de instituciones cristianas caritativas, entre las que se contaban las destinadas a cuidar enfermos¹⁵⁸. Los hospitales cristianos eran centros de caridad, con cuidados sanitarios prolongados, aunque muy básicos. Los cuidados médicos, en general, eran llevados a cabo por mujeres de buena cuna que administraban cuidados sencillos.

En la Edad Media, la asistencia a los enfermos se va organizando dentro de la Iglesia como tarea pastoral principal, a la que se debe dedicar una buena parte de las rentas que tenga cada diócesis. En este tiempo, la asistencia sanitaria no sólo está en las manos de médicos seculares, también en las del clero regular y secular (aunque, en la Alta Edad Media, desapareció la figura de sacerdote médico con la fundación de las Universidades).

La conversión de médicos al cristianismo es otra forma de dedicación de los cristianos al cuidado de los enfermos. El arte médico encuentra en esta religión su realización, porque se basa esencialmente en la caridad, lo que inclina al médico a ser útil y bueno para el prójimo. Dicho de otro modo, los médicos paganos encontraban en el cristianismo el espíritu de caridad que ya poseían por causa de su profesión. Son muchos los médicos que se convirtieron al cristianismo en la Iglesia de los primeros siglos de cristianismo, llegando algunos a ser mártires. En la persecución de Diocleciano encontramos una docena de mártires canonizados pertenecientes a la profesión médica¹⁵⁹. Además, numerosos médicos eran sacerdotes, frailes, obispos, incluso Papas, como fue el caso de San Eusebio.

En la Alta Edad Media, la asistencia médica pasa a manos de sacerdotes, tanto del clero regular (monjes) como seculares (siglo VI-VII). En la Baja Edad Media, la situación cambia con la fundación de las Universidades, desapareciendo la figura del sacerdote médico¹⁶⁰. En el siglo XII creció el número de fraternidades hospitalarias, comunidades laicales mixtas que se convirtieron en verdaderas formas de vida religiosa hospitalaria¹⁶¹.

2.4. El “nuevo rostro” de la solidaridad de la Iglesia con los enfermos

Desde el Renacimiento, en el siglo XVI, los estados comienzan a preocuparse por la asistencia sanitaria de los enfermos. La acción sanitaria estaba tan unida a la acción de la Iglesia que las primeras instituciones hospitalarias creadas por el gobierno fueron consideradas como una intromisión. En este contexto ganan espacio los hospitales reales, municipales y gremiales. Pero los Estados no consiguen ocuparse de modo eficaz de los enfermos crónicos y terminales, por eso

¹⁵⁸Cf. Guerra, 115.

¹⁵⁹ Bon, 30.

¹⁶⁰ Alarcos Martínez, *Bioética y pastoral de la salud*, 192.

¹⁶¹ *Ibíd.*, 193.

“la Iglesia, a través de nuevas órdenes hospitalarias, se orientó a aquellos sectores desatendidos por los poderes públicos como los enfermos mentales, incurables y apestados”¹⁶².

Las personas que más se destacan en esta nueva labor de la Iglesia son San Juan de Dios (1495-1520), San Camilo de Lelis (1550 - 1614) y San Luis Gonzaga. Los primeros son patronos de los enfermos y de los trabajadores sanitarios (declarados por León XIII) y el tercero murió en la peste de 1521 cuidando a enfermos. A continuación, ofrecemos algunas características de su compromiso con los enfermos.

La vida de San Juan de Dios fue de una entrega a los demás sin límites. Joao Cidade, su nombre natal, nació en 1495, en Montemor-o-Novo, un pueblecito de Portugal. Se trasladó a España de pequeño.

En su proceso de conversión intervino de cerca Juan de Ávila. Se cuenta que San Juan de Dios acudió a una misa presidida por Juan de Ávila y en la misma misa escuchó lo que fue determinante para su conversión. Esta homilía hablaba de la misericordia de Dios y la necesidad de atender a todos sin distinciones. En plena crisis de conversión fue tomado como loco, y fue ingresado en el Hospital Real de Granada. En este hospital, Juan de Dios vivió de cerca la dureza y maltrato a que eran sometidos los enfermos.

Esta experiencia de vida le marcó de tal modo que pidió: “Jesucristo me traiga tiempo y me dé gracia para que yo tenga un hospital, donde pueda recoger a los pobres desamparados y faltos de juicio, y servirles como yo deseo”¹⁶³.

Ayudado en el discernimiento por Juan de Ávila, Juan de Dios fue a aprender con los monjes benedictinos de Guadalupe un hospital muy famoso de aquella época. Juan de Dios comenzó su propia obra en Granada acogiendo a personas que encontraba en la calle sin ninguna atención utilizando para tal fin un palacete dejado por la familia Venegas. Pero con el aumento de número de personas tuvo que buscarse otro lugar. Su primer hospital fue en la calle Lucena.

La obra de San Juan de Dios iba creciendo. La manera de atender a las personas, la atención y el cuidado que tenía con todos despertaba admiración y adhesión. Y de este modo nacen los Hermanos de San Juan de Dios. Muchas personas, médicos, enfermeros, ayudantes y bienhechores unen a su deseo de humanizar la atención sanitaria.

En la obra de Juan de Dios se buscaba la correcta atención a las personas, tanto física como espiritual. De este modo, el valor central de la hospitalidad que caracteriza la orden, va siempre

¹⁶² *Ibíd.*, 193.

¹⁶³ Joaquim Erra Mas, *San Juan de Dios. Una vida que se prolonga* (Aragón: Orden Hospitalaria San Juan de Dios, 2016), 8.

unido al valor de la profesionalidad y responsabilidad. Estos valores, a veces, son olvidados por muchos profesionales de salud.

Camilo de Lélis nació en Italia, en la provincia de Abruzzo, el 25 de mayo de 1550. A los 17 años fue con su padre a la guerra contra los turcos, se hirió la pierna derecha. En varios momentos, tuvo que acudir al hospital porque la herida no se curaba. Ahí, se encontró con la realidad de la enfermedad incurable en el Hospital de los incurables de Roma. El contacto con los enfermos y su experiencia religiosa con los capuchinos cambiaron su vida y le hicieron descubrir su vocación: cuidar a los enfermos. De hecho, después de ser ordenado presbítero fundó la congregación religiosa “los ministros de los enfermos” también conocidos por Camilos. El santo no consideró esta obra como suya: era obra de Cristo. Él consideró este encargo como recibido del Señor, pues un día cuando oraba se quedó dormido, y en el sueño místico, sintió que Cristo le decía: “no temas, cobarde. Prosigue la obra, porque ésta obra es mía y no tuya”¹⁶⁴.

San Camilo, como cuidador de enfermos, influyó mucho en lo que hoy se llama cuidados de enfermería. Entre sus reglas al cuidado de los enfermos, encontramos el trabajo nocturno junto a la cama del paciente, la necesidad de la historia clínica del enfermo, donde se anotaba lo que se verificaba en la asistencia al enfermo, la necesidad de que cada turno deje anotaciones para los otros, la preocupación con el higiene de paciente y la ropa de cama, separación de los pacientes por tipo de enfermedades, los cuidados intensivos para los enfermos graves, asistencia social a los enfermos, pertrechar los hospitales con ventanas para que entre el aire y el sol¹⁶⁵. Con estos pormenores, San Camilo, humanizó la asistencia sanitaria pública gravemente deteriorada.

Con la aparición de la asistencia sanitaria pública durante el Renacimiento la Iglesia pasa a dedicarse a aquellos sectores desatendidos por los poderes públicos: los enfermos mentales, apesados y a los incurables. Y destaca también en la humanización del cuidado sanitario, como quedó indicado anteriormente.

En la Época Contemporánea, los gobiernos proyectan políticas sanitarias y arrebatan de las manos de la Iglesia los bienes con los cuales atendía a los pobres y enfermos. Sin embargo, los pobres aumentaron y los enfermos se quedaron sin la debida asistencia, por eso dentro de la Iglesia nacieron más congregaciones, en su mayoría femeninas, que cuidaban de los enfermos. De este modo, “la presencia de la Iglesia en el mundo de la salud se lleva a cabo en: el campo institucional

¹⁶⁴ Cf. Fernando Porto *et al.*, “San Camilo Lélis: caridad y bondad en la prestación del cuidado”, *Cultura de los Cuidados*, XXI/47 (2017): 32-42.

¹⁶⁵ Cf. Porto *et al.*, 32-42.

(creación y dirección de centros asistenciales propios), ministerial (servicios religiosos en instituciones hospitalarias) eclesial básico (parroquia, domicilio, etc.) y en el profesional”¹⁶⁶.

En el siglo XX, la asistencia a los enfermos deja de considerarse caridad cristiana y pasa a pertenecer al servicio de asistencia social del Estado. La protección de la salud es derecho humano y está garantizado constitucionalmente como derecho fundamental protegido por el Estado¹⁶⁷ en muchos países.

El Estado apoya a los pobres para acceder a tratamientos hospitalarios. No obstante, las tendencias neoliberales en la oferta de los servicios sanitarios dificultan el acceso a la protección de la salud a muchas personas, sobre todo en los más pobres. En este contexto, la nueva presencia de la Iglesia en el mundo sanitario se concreta en: las instituciones propias (creación y de dirección de centros sanitarios y sociosanitarios), cuidado eclesial básico (parroquias y domicilios), profesional (laicos consagrados que se dedican al cuidado sanitario por profesión).

De entre los tres puntos arriba indicados, haremos hincapié en la humanización de la asistencia sanitaria y el asesoramiento bioético (los cursos de acción que el Estado puede adoptar para proveer los CP a pesar de la escasez de los recursos) en el cuidado de los enfermos terminales en el contexto mozambiqueño. Para la propuesta, partimos de la solidaridad cristiana en el cuidado de los enfermos, como hemos desarrollado en este apartado.

Lo que guía y sostiene a la Iglesia en el mundo de la salud es la ley del amor. Desde la primera comunidad cristiana hasta nuestros días, la Iglesia vive el amor hacia los más débiles, especialmente a los enfermos. La Historia de la Medicina, en particular, atestigua la caridad de la Iglesia hacia los enfermos. Es de esta labor de la Iglesia que nace la Pastoral de la Salud como modo de vivir la actividad mesiánica de Jesús en medio de Israel. Como sabemos, “Cristo se acercó incesantemente al mundo del sufrimiento humano se dirigía, ante todo, a los enfermos y a quienes esperaban ayuda”¹⁶⁸.

¹⁶⁶Alarcos Martínez, *Bioética y pastoral de la salud*, 196.

¹⁶⁷Cf. Alejandra Zúñiga Fajuri, *Equidad y derecho a la protección de la salud*, Cuadernos Democracia y Derechos Humanos (Madrid: Universidad de Alcalá, 2013), 21.

¹⁶⁸ Juan Pablo II, Carta Apostólica *Salvifici doloris* (11 de febrero del año 1984), nº 16.

2.5. Puntos claves sobre el cuidado de los enfermos en la Tradición de la Iglesia

De lo que es la Tradición de la Iglesia en el cuidado de los enfermos, subrayamos los siguientes aspectos:

- a) La Iglesia encarnó la misión salvadora de Cristo con los enfermos. Ella fue la pionera en la asistencia a los enfermos pobres que estaban en situación terminal y en la construcción de hospitales destinados a cuidar a los enfermos de modo prolongado. Este proceder era distinto de lo que hacían los hospitales romanos, que ofrecían una primera asistencia técnica y un corto período de convalecencia.
- b) Lo que mueve la asistencia a los enfermos es la caridad al prójimo, la solidaridad; los enfermos sin recursos son cuidados por amor y con amor a Cristo. Tenemos que decir que la Tradición posee una consideración especial sobre el enfermo, porque en él ve al mismo Jesucristo que sufre, de ahí la necesidad de organizarse para asistir y cuidar a los enfermos. El cuidado de los enfermos es visto como un deber religioso, por ello se dedicaba al cuidado de los enfermos en sus casas y, posteriormente, en instituciones creadas por la misma Iglesia.
- c) El cristianismo trataba de modo igualitario a los enfermos, sin distinción entre ricos y pobres, aunque se dedicaba preferentemente a los más pobres y abandonados. De este modo, lo que hoy conocemos como hospital, “como centro de atención al enfermo necesitado, es una institución propia del pensamiento cristiano, y como tal tiene su nacimiento hace dos mil años”¹⁶⁹.
- d) Los cristianos, además, de curar y cuidar, consolaban a los enfermos que asistían, lo que modernamente podemos llamar psicoterapia. Los cristianos enseñaron a los enfermos a encontrar en el dolor un sentido de vida, sea moral o terapéutico. Y, por último, es necesario subrayar que la curación y el cuidado eran acompañados de vida espiritual, oraciones y sacramentos.
- e) Los hospitales cristianos aportan innovaciones significativas: fueron los primeros en incluir cuidados prolongados y de enfermería. Fuera de las instituciones eclesiales, las esposas de los señores feudales también cuidaban a los enfermos, como obra de

¹⁶⁹ López Alonso, Sánchez Téllez, y López Navas, 87.

beneficencia. De hecho, las mujeres de los señores feudales, en la Edad Media, además de las labores domésticas, cuidaban a los enfermos de la hacienda.

3. Enseñanzas del Magisterio de la Iglesia sobre la solidaridad cristiana

En el apartado anterior hemos visto que, la solidaridad para con los enfermos, significó, para la Tradición de la Iglesia, hacer efectivo el mandato de Jesús de asistir y cuidar los enfermos en el domicilio de los mismos y después en los hospitales cristianos; pasamos a hablar de la solidaridad en el Magisterio de la Iglesia.

Como sabemos, el cometido del Magisterio de la Iglesia es reafirmar valores y proponer principios y orientaciones ético-morales, teniendo en cuenta los datos de la ciencia y de la cultura¹⁷⁰. En este sentido, el Magisterio de la Iglesia, haciendo lectura de los signos de los tiempos, también ha integrado en sus enseñanzas aportaciones sobre la solidaridad.

El primer enfoque dado a la solidaridad ha sido desde de la perspectiva de la Moral social; sin embargo, el principio de solidaridad también ha sido desarrollado en el horizonte de la Bioética. Una muestra de ello es que, en la “Nueva Carta de Los Agentes Sanitarios” (2017), se la atribuye un lugar fundamental junto a los otros principios tradicionales de la Bioética Teológica. Más adelante, hablaremos de lo que se dice a cerca de este principio en este documento.

3.1. La solidaridad en el Magisterio de la Iglesia antes del Vaticano II

En el Magisterio Pontificio, se empieza a utilizar el concepto solidaridad en el Pontificado del Papa Pío XII, en el año 1929, después lo toman y lo enriquecen en su significado los Papas Juan XXIII, Pablo VI y Juan Pablo II. Entre el primer uso y el desarrollo del concepto, sobre todo en el pontificado de Juan Pablo II, encontramos el Concilio Vaticano II, punto fundamental en su desarrollo.

¹⁷⁰ Cf. María del Carmen Massé García, “Las ciencias biomédicas en la Bioética teológica”, en *Bioética y humanismo cristiano*, ed. Juan María de Velasco (Bilbao: Universidad de Deusto, 2003), 80.

a) Papa Pío XII

En su pontificado, el Papa usó la palabra «solidaridad» con relativa frecuencia tanto para denunciar las situaciones que vejaban la dignidad de la persona humana, como también para llamar la atención sobre la necesidad de nuevas relaciones entre las personas o las naciones. Las enseñanzas del Papa Pío XII se fundamentan en la caridad y solidaridad como vías para la convivencia humana.

De hecho, en la encíclica *Summi Pontificatus*, primera encíclica del Papa Pacelli, su documento programático, el Papa defiende que la confrontación bélica es consecuencia del olvido de la ley de la solidaridad y caridad humana manifestadas especialmente en el Misterio Pascual¹⁷¹.

Pío XII, en *Summi Pontificatus*, indicó que los dos pilares de la solidaridad son su alianza indisoluble con la caridad y su imperatividad ética debido a la naturaleza social del género humano¹⁷². La solidaridad es un valor humano y valor moral, es decir, realidad fundamental de la existencia humana, que es siempre coexistencia, colaboración con los otros y construcción común de la historia (Gen 1,27 – los hizo hombre y mujer, según GS 12, esta sociedad de hombre y mujer es expresión de la naturaleza social del hombre).

La solidaridad y la caridad humana son inseparables y constituyen la ley de la convivencia humana en la enseñanza del Papa Pío XII; es así porque el ser humano es reflejo del amor de Dios, es un ser social y por eso se implica en la misión común de la humanidad para que todos tengan una vida auténticamente humana. La solidaridad se vuelve de esta manera una exigencia ética, que incumbe en primer lugar a los cristianos, dado que es inseparable de la caridad. La ley de la solidaridad y caridad humana hunde sus raíces en la experiencia humana y fe en Dios, por eso tiene todas las características de la moral cristiana.

En los tiempos del conflicto bélico, el Papa recurre a la solidaridad, término que introdujera en la doctrina social de la Iglesia, para invitar al mundo a establecer un nuevo orden mundial basado en la solidaridad para acabar con la guerra¹⁷³. El pensamiento contenido en este radiomensaje, sobre el cultivo de la solidaridad como camino de búsqueda de la paz y del nuevo orden mundial, se repite en las comunicaciones papales de 1941 y 1944, donde hizo mención clara a la ley de la solidaridad y caridad humana como ley de carácter universal. En el año de 1945, el Papa, en un discurso a las asociaciones cristianas de trabajadores, insta a los participantes a

¹⁷¹ Juan María de Velasco, *La Bioética y el principio de solidaridad: una perspectiva desde la ética teológica* (Bilbao: Universidad de Deusto, 2003), 227.

¹⁷² Pío XII, Carta encíclica *Summi Pontificatus* (20 de octubre de 1939), n.º. 27.

¹⁷³ Cf. Pío XII, *Radiomensaje de Navidad del año 1940*.

extender la solidaridad a todas las ramas de producción de modo que esta sea fundamento del orden económico.

En el segundo período de su pontificado (1946-1958), marcado por la reconstrucción del mundo después de los conflictos bélicos, el Papa Pío XII, continúa insistiendo en la interdependencia de la comunidad humana y su destino común, y exhorta a que la solidaridad sea el lugar ético común de toda la humanidad. Para los creyentes tiene una incumbencia especial, pues con su “participación en el entramado de organizaciones de vida pública debía dar a las estructuras del nuevo orden un claro signo solidario que erradicase los errores que había padecido la convivencia humana en el pecado”¹⁷⁴. Esta es la línea maestra de la Iglesia las cuestiones morales, porque la fidelidad al mensaje del Evangelio exige fidelidad al hombre y al entorno de su vida.

De esta manera, la solidaridad es un deber frente a los graves problemas que el mundo enfrenta. De ahí, nace la necesidad de construir un orden social basado en la solidaridad, como algo indivisible y que se asuma una concepción solidaria del deber. Eso quiere decir que toda la humanidad debe ser corresponsable de todo; en definitiva, la solidaridad, en el magisterio de Pío XII, es la “vía sensata y responsable para construir el nuevo orden mundial y poner fin a los conflictos sociales”¹⁷⁵.

La solidaridad, como principio de la moral cristiana, tiene su fundamento en la Pascua de Cristo. El Papa defiende que se propone la solidaridad de vida desde el Misterio Pascual celebrado en la Eucaristía. Porque la donación de Cristo en la Eucaristía unió la fe, la moral y todo el género humano queda unido corresponsablemente. Esta concepción de la solidaridad, a partir de la Eucaristía, entronca con dos de las líneas maestras de su pontificado: la ley de solidaridad y caridad humana de la *Summi Pontificatus* y la concepción eclesiológica de la *Mystici Corporis*¹⁷⁶.

El Papa Pío XII, después de presentar la solidaridad como fundamento del orden social, nos ofrece claves Bioéticas para la aplicación de este principio. La primera clave se relaciona con la solidaridad en el contexto de la tecnología biomédica, el pontífice nos llama la atención sobre “el temor a que apareciesen nuevos sometimientos y dependencias entre pueblos, como consecuencia de la imposibilidad de acceder a los avances científicos y tecnológicos para una parte de la humanidad”¹⁷⁷.

¹⁷⁴ Velasco, *La Bioética y el principio de solidaridad: una perspectiva desde la ética teológica*, 236.

¹⁷⁵ *Ibíd.*, 242.

¹⁷⁶ Cf. *Ibíd.*, 243.

¹⁷⁷ *Ibíd.*, 245.

Evidentemente, este es uno de los grandes problemas en la Bioética actual. Como sabemos, no todas las personas pueden acceder a las pruebas diagnósticas ni a los tratamientos más avanzados de la Medicina contemporánea, por no hablar de la falta de personal sanitario en el tercer mundo. Lo que el Papa nos enseña con el principio bioético de la solidaridad es a construir un mundo solidario y sin excluidos.

El Papa Pío XII habla de la profesión médica como ministerio de caridad. Él en el discurso al XXVII Congreso de Estomatología, el 23 de octubre en 1952, dijo que los médicos ejercen más que una simple profesión, un verdadero y excelente ministerio de caridad¹⁷⁸. Los médicos llevan al enfermo “la caridad de Dios, el amor y la ternura de Cristo, maestro y médico del alma y del cuerpo. Esa caridad no es un sentimiento vacilante o superficial”¹⁷⁹.

Las demás claves, las encontramos en los diversos discursos a personas relacionadas con el mundo sanitario. En esta línea, se encuentra el radiomensaje que dirigió a los participantes en la Primera Conferencia Mundial Católica de Salud en Bruselas, en la que destacó la importancia de tener una actitud solidaria de alcance universal que permitiera que los bienes sanitarios llegasen hasta el último rincón de la tierra en estos términos:

“Vuestra actividad, penetrada de espíritu evangélico, alcanzará también una más amplia extensión y se hará realmente universal. Es necesario subrayarlo, puesto que vuestro Congreso se sitúa en el marco de una Exposición que quiere expresar las más nobles aspiraciones del mundo actual y que invita a estimuladoras aproximaciones. Nadie puede poseer el espíritu de Cristo sin compartir las preocupaciones de todos sus hermanos, dondequiera que habiten, de cualquier raza que sean, ni sin desear ardientemente prodigarles al máximo los beneficios todavía reservados a ciertos países privilegiados. Al lado de necesidades económicas agudas, los países infradesarrollados presentan muy a menudo crueles deficiencias desde el punto de vista sanitario”¹⁸⁰

En el Discurso del Papa Pío XII a los participantes en un Congreso de Anestesiología el 24 de noviembre de 1957, se confirma dos principios éticos generales, que son conocidos como medios ordinarios y extraordinarios. Es decir, por una parte, en caso de enfermedad grave, el paciente y los que lo atienden tienen el derecho y el deber de aplicar los cuidados médicos necesarios para conservar la salud y la vida. Por otra parte, ese deber comprende generalmente el uso de medios que, consideradas todas las circunstancias, son ordinarios, es decir, que no constituyen una carga extraordinaria para el paciente o para los demás¹⁸¹.

¹⁷⁸ Cf. Pío XII, *Discorso di sua santità Pio PP XII ai participant al XXVII congresso italiano di stomatologia* (23 octubre de 1952). (Traducción propia)

¹⁷⁹ Alcalá Galve, 39.

¹⁸⁰ Pío XII, Radiomensaje de su Santidad Pío XII a la primera conferencia mundial católica de la salud (27 de julio de 1958)

¹⁸¹ Pío XII, discurso sobre las implicaciones religiosas y morales de la analgesia (24 de febrero de 1957).

De esta postura del Pontífice, se puede concluir que el derecho a la salud tiene sus límites, dependiendo de las circunstancias. De este modo, se entiende que el significado del máximo de salud posible no es el mismo en todos los países porque depende del nivel económico que se tenga. Por esta vía, “el lenguaje de los medios ordinarios y extraordinarios de preservar la vida entró a formar parte del vocabulario de los valores morales de la medicina”¹⁸². La justicia comprendida de acuerdo a las necesidades de cada individuo y de la sociedad es una de las formas mediante las que se puede obtener la equidad real, aquella que permite a cada ser humano dignificarse plenamente.

Podemos sistematizar la enseñanza del Papa Pío XII sobre la solidaridad en los puntos, que a continuación indicamos. La solidaridad adquiere el carácter ético, como ley moral de alcance universal; tiene una naturaleza individual y comunitaria; constituye el lugar ético de la paz; y Cristo es el centro y quien da sentido a toda solidaridad¹⁸³.

Es verdad que en muchas ocasiones el Papa relaciona la solidaridad y alcance de la paz. Pero la paz, para él, no es solo ausencia de conflictos, sino condiciones favorables de convivencia humana. La salud es condición necesaria para que la persona pueda participar plenamente de la sociedad.

b) Papa Juan XXII

El Papa Juan XXIII asumió las enseñanzas magisteriales del Papa Pío XII sobre la solidaridad. El Papa Pío XII nos ofreció los fundamentos metafísicos y teológicos de la solidaridad, en cambio el Papa Juan XXIII aplica la solidaridad a la pastoral. A partir de una nueva metodología de la doctrina social de la Iglesia, ver, juzgar y actuar, da un enfoque pastoral a la solidaridad, aplicándola al estudio de la realidad con el auxilio de las ciencias empíricas. Además, renueva algunos aspectos, pues, para él, la solidaridad cristiana es expresión de la libertad de conciencia. Pone en relación la solidaridad y la libertad de conciencia.

La defensa de los derechos de los más necesitados en clave de solidaridad es una constante en el magisterio de S. Juan XXIII¹⁸⁴, con el fin de salvaguardar la dignidad humana y los derechos de todos los seres humanos. Por ello, invita a los individuos y las instituciones a la solidaridad, y coloca la caridad junto a estos valores o virtudes: verdad, justicia y libertad.

¹⁸²Jonsen, 131.

¹⁸³ Velasco, *La Bioética y el principio de solidaridad: una perspectiva desde la ética teológica*, 248.

¹⁸⁴ *Ibíd.*, 249.

En la línea de la Bioética teológica, es importante la aportación que el pontífice hace sobre la necesidad de la solidaridad o cristiana caridad para aliviar el sufrimiento humano¹⁸⁵. Es verdad que este número se refiere directamente a los refugiados o migrantes, pero la enfermedad terminal es también una de formas del sufrimiento humano.

El planteamiento de S. Juan XXIII sobre la solidaridad es de gran importancia porque la solidaridad no es un concepto especulativo sino una herramienta de acción pastoral es una respuesta a los signos de los tiempos. La solidaridad se descubre como herramienta en la medida que nos ayuda a: “buscar vías de solución coherente y sensata a los problemas, a partir de la implicación social surgida de la sensibilización solidaria ante el sufrimiento”¹⁸⁶.

Dicho de otro modo, la solidaridad pasa del concepto ético a hacerse realidad concreta para humanizar la vida social. De eso resulta que la solidaridad, aplicada a la asistencia y cuidado de los enfermos terminales, es una clave moral para el cuidado de los enfermos terminales, en las sociedades actuales.

En el ver, analizamos un hecho de la vida, que es el cuidado de los enfermos terminales en Mozambique, de ahí extraemos comportamientos y modos de valorar.

En el juzgar, a partir de la solidaridad con los enfermos presentes en la misión de Jesucristo, continuada en la Tradición de la Iglesia y sistematizada por el Magisterio, llamamos a la Iglesia de Mozambique a seguir estas huellas de Jesús sanador en su vida pastoral.

Como modo de actuar, proponemos actitudes concretas para el trato con los enfermos terminales por parte de la Iglesia y las instituciones involucradas en el cuidado de los enfermos.

Nuestra argumentación se basa en la propia epistemología de S. Juan XXIII, porque si la solidaridad es fundamental para el respeto a la dignidad humana, será de igual manera insustituible para los derechos fundamentales a la existencia, a la integridad física y los medios indispensables para tener un nivel de vida digno, como es la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Como escribió, el Papa en la *Pacem in terris*:

“Puestos a desarrollar, en primer término, el tema de los derechos del hombre, observamos que éste tiene un derecho a la existencia, a la integridad corporal, a los medios necesarios para un decoroso nivel de vida, cuales son, principalmente, el alimento, el vestido, la vivienda, el descanso, la asistencia médica y, finalmente, los servicios indispensables que a cada uno debe prestar el Estado” (PT 11).

¹⁸⁵ Juan XXIII, Carta encíclica *Pacem in Terris* (11 de abril de 1963), n° 107. (A partir de ahora PT)

¹⁸⁶ Velasco, *La Bioética y el principio de solidaridad: una perspectiva desde la ética teológica*, 256.

De acuerdo con la cita de arriba, podemos decir que la solidaridad expresa el valor moral de proteger los derechos básicos de la persona. Lógicamente el derecho a la protección de la salud y concretamente el derecho a no sufrir dolor pertenecen a este ámbito y por eso deben ser amparados por la solidaridad.

3.2. La solidaridad en el Concilio Vaticano II

En los documentos del Concilio Vaticano II, la palabra solidaridad aparece trece veces (GS 3;4;31;46;57;75;90; PO 21; AA 8; AG 21; NA 1), recogiendo en ellas sentidos distintos para este término:

- (1) Sociológico: la conciencia de la solidaridad en el mundo actual, podemos encontrar este sentido en GS 4; DH 15; NA e 1; AA 14.
- (2) Ético: la solidaridad es desarrollada en clave mundial, la solidaridad de la familia de los pueblos y la formación de una solidaridad y responsabilidad verdaderamente universales, podemos ver eso en estos documentos del Concilio Vaticano II GS 46; 90.
- (3) Pastoral: apunta para la solidaridad de la Iglesia con el mundo GS 1.
- (4) Teológico o espiritual: nos ofrece dos perspectivas, el índole solidaria del cristianismo AG 21; AA 8; GS 32.

Estos sentidos de la solidaridad aparecen mezclados en los documentos del Concilio Vaticano. El concepto solidaridad aparece por vez primera en el decreto *Apostolicam actuositatem*. Entra con una clara referencia al sentido espiritual de término. En el 8 de este documento conciliar se dice:

“El mandamiento supremo en la ley es amar a Dios de todo corazón y al prójimo como a sí mismo (Cf. Mt 22,27-40). Ahora bien, Cristo hizo suyo este mandamiento de caridad para con el prójimo y lo enriqueció con un nuevo sentido, al querer hacerse Él un mismo objeto de la caridad con los hermanos, diciendo: «Cuántas veces hicisteis eso a uno de estos mis hermanos menores, a mí me lo hicisteis» (Mt 25,40). Él, pues, tomando la naturaleza humana, se asoció familiarmente todo el género humano, con una cierta solidaridad sobrenatural, y constituyó la caridad como distintivo de sus discípulos con estas palabras: "En esto conocerán todos que sois mis discípulos, si tenéis caridad unos con otros (Jn13, 35)”¹⁸⁷.

En el número citado se subraya la solidaridad de Cristo con el género humano, que tiene el origen en la relación dentro de las tres personas divinas. Esta solidaridad de Cristo es el fundamento de la solidaridad universal entre todos los hombres. Podemos decir que el concepto

¹⁸⁷ Concilio Vaticano II, Decreto sobre el apostolado de los laicos *Apostolicam Actuositatem*, (18 de noviembre de 1965), n° 8.

solidaridad entra en el Concilio por un abordaje espiritual, en el sentido de que la solidaridad es la unión de todos y de cada uno de los seres humanos con Dios.

El número 14 de este documento nos ofrece el sentido moral de término solidaridad, al invitar a todos los seglares a que promovieran la solidaridad como signo de los tiempos modernos. El decreto *Ad Gentes*, en su número 21, resalta los dos sentidos ya vistos, el sentido espiritual y moral o práctico de la solidaridad. En este número del decreto, se puede leer: “únanse a sus conciudadanos con verdadera caridad, a fin de que en su trato aparezca el nuevo vínculo de unidad y de solidaridad universal, que fluye del misterio de Cristo”¹⁸⁸.

En el carácter práctico de la solidaridad, se encuadra también la solidaridad sacerdotal, pues estos son llamados a vivir un espíritu solidario, compartiendo las penurias y las limitaciones de sus hermanos. Esta perspectiva está descrita en el decreto *Presbyterorum ordinis* número 21.

En la Constitución Pastoral *Gaudium et spes*, uno de los documentos más importantes de la doctrina social de la Iglesia, los padres sinodales manifiestan la solidaridad de la Iglesia con el género humano y, sobre todo, con los pobres y cuantos sufren¹⁸⁹. Aún en esta línea, el Concilio afirma que esta solidaridad que la Iglesia tiene con el hombre de nuestro tiempo se debe probar a través del diálogo con toda la familia humana acerca de todos los problemas a la luz de Evangelio (GS 3).

En esta constitución pastoral, la solidaridad aparece mencionada varias veces dentro de la metodología ver-juzgar-actuar. No obstante, nos centraremos en las cuatro ocasiones que la palabra aparece en los números 4, 32 (dos veces) y 57. En el número 4 se hace referencia de la solidaridad en el momento de ver; el Concilio llama la atención sobre la terrible paradoja que vive el género humano, tantas riquezas, posibilidades y poder económico contradicen el hambre y miseria que una parte de la humanidad sufre (GS 4). Hasta aquí, los Padres conciliares se limitan a situar la solidaridad, sin decir más nada sobre ella.

En el número 32, el Concilio se refiere a la solidaridad en dos ocasiones, en la primera referencia se da a la solidaridad un sentido cristológico. El segundo elemento de la solidaridad, en este número, es un desarrollo en la historia humana; esta solidaridad debe ser vivida por la humanidad hasta la venida del Señor. Como escribieron los Padres conciliares: “esta solidaridad debe aumentarse siempre hasta aquel día en que llegue su consumación y en que los hombres, salvados por la gracia, como familia amada de Dios y de Cristo hermano, darán a Dios gloria

¹⁸⁸ Concilio Vaticano II, Decreto sobre la actividad misionera de la Iglesia *Ad gentes* (7 de diciembre de 1965), n° 21.

¹⁸⁹ Cf. Concilio Vaticano II, Constitución Pastoral *Gaudium et spes* (7 de diciembre de 1965), n° 1. (A partir de ahora GS)

perfecta” (GS 32). Este planteamiento de la solidaridad en el Concilio abre el enfoque ético de la misma. Dicho de otro modo, la vivencia perfecta del vínculo solidario que existe entre los hombres es garantía de la realización plena y sana de la dimensión comunitaria de la persona humana.

El número 57 nos habla de solidaridad internacional y la responsabilidad moral de la comunidad científica en el uso de la ciencia para el bienestar de la humanidad, siendo solidario en la distribución de los avances de la ciencia. Debe haber solidaridad en el compartir de los beneficios de la ciencia.

Siendo este último número que comentamos de la GS, hacemos una conexión con el objeto de este trabajo. Podíamos decir que uno de los problemas para el acceso a los cuidados paliativos, en los países en vía de desarrollo, es la falta de la solidaridad en el compartir los logros de la ciencia y de la tecnología. Pues, las industrias farmacéuticas, están en el mercado para ganar dinero y no para tener solidaridad con los enfermos, por eso el acceso a los medicamentos es un problema grave para el Tercer Mundo. No vamos a profundizar este asunto pues no es parte de nuestro objeto de estudio.

Antes de pasarnos al Magisterio Pontificio de Pablo VI y S. Juan Pablo II sobre la solidaridad, reseñamos los rasgos importantes de la solidaridad en el Concilio Vaticano II. Este Concilio fundamenta teológicamente la solidaridad desde la Cristología, abierta a la Trinidad. Para los Padres conciliares, la solidaridad tiene, en primer lugar, un sentido espiritual, solo después viene el práctico. Por eso, la solidaridad, por ser un elemento estructurante de la persona humana, tiene dimensión ética, sociológica y es, para la Iglesia, el principio dinamizador de la actividad pastoral.

En GS, en particular, la solidaridad aparece en los tres momentos de la metodología: ver, juzgar y actuar; se ha constatado, a partir de la sociología, su existencia en el ver, en el juzgar se presenta la solidaridad desde una vertiente teológica y en el actuar como instancia ética.

De lo dicho podemos concluir que el Concilio Vaticano II reconoce que, la solidaridad, es una virtud moral y principio ético importante en el mundo actual, pues, en el apostolado de los laicos, la solidaridad emerge como signo de los tiempos. La solidaridad es el camino de diálogo de la Iglesia con el hombre de hoy, constituye una voz amiga, además de un lenguaje que todos perciben, incluso los no creyentes. Ayuda a la Iglesia a hablar al hombre de hoy tal como él es.

3.3. Solidaridad en el Magisterio Papal postconciliar

a) Papa Pablo VI

En el magisterio del Papa Pablo VI, encontramos algunas implicaciones de la solidaridad para la comunidad, pues el pontífice se refirió a ella en varias ocasiones. Pablo VI, en el número 44 de la *Ecclesiam suam*, sostiene que la caridad es animadora de la solidaridad¹⁹⁰. En la encíclica *Populorum progressio*, el papa Montini remarca que la solidaridad es un deber; es la solidaridad como principio, en estos términos “la solidaridad universal, que es un hecho y un beneficio para todos, es también un deber”¹⁹¹.

Es evidente que este deber es inherente a la naturaleza humana, no es extrínseco, porque tiene como base la fraternidad humana y sobrenatural. Y de él depende todo el proyecto social de la humanidad (n. 48-52; 56-66). Este deber se extiende a los cuidados de la salud. Cuatro años después, en el 1971, en la carta apostólica *Octogesima adveniens*, Pablo VI, indica el camino que puede ayudar a vivir este deber de toda la humanidad, la educación renovada de la solidaridad. El objetivo de esta educación es realizar la aportación del espíritu cristiano a la humanidad, para que los más favorecidos puedan socorrer con sus bienes a los que padecen más necesidades¹⁹².

De la solidaridad como valor humano, nace la obligación de cuidar, como sociedad, a las personas que se encuentran enfermas. En las sociedades contemporáneas, esta misión está organizada por el Estado, y se materializa en el sistema sanitario. De esta manera, la solidaridad se convierte en una instancia ética. Pero la solidaridad en el mundo sanitario debe evitar asimetrías, pues su meta debe ser el auténtico desarrollo de la persona, que “para ser auténtico, debe ser integral, es decir, promover a todos los hombres y a todo el hombre” (PP 14).

El mismo pontífice, en la Carta apostólica *Octogesima adveniens*, al observar que los derechos fundamentales no eran respetados, exhortaba al género humano a instalarse en una cultura solidaria alejada de cualquier individualismo egoísta y discriminatorio (OA 23).

En el Magisterio de Juan Pablo II, la solidaridad es la nueva clave del sistema de valores, que impulsa el alejamiento de la competitividad, de la inagotable sed de poder y desmedido afán de lucro.

¹⁹⁰ Pablo VI, Carta Encíclica *Ecclesiam Suam* (6 de agosto de 1964), n° 44.

¹⁹¹ Pablo VI, Carta Encíclica *Populorum Progressio* (26 de marzo de 1967), n° 17. (A Partir de ahora PP)

¹⁹² Pablo VI, Carta apostólica *Octogesima adveniens* (14 de mayo de 1971), n° 23. (A partir de ahora OA)

b) Papa Juan Pablo II

Juan Pablo II puede ser considerado el “Papa de la solidaridad”, visto que, en su pontificado, la solidaridad ocupa un punto fundamental en el Magisterio de la Iglesia. Este Papa coloca la categoría de la solidaridad en el núcleo de su propuesta ética, la solidaridad se vuelve un principio básico de la ética cristiana y una herramienta de diálogo con las éticas civiles.

Juan Pablo II ha escogido “la solidaridad como una perspectiva global para iluminar la realidad social y como un criterio básico sobre el que apoyar el orden ético de la sociedad”¹⁹³.

Según el Papa, este principio tiene validez en el orden interno de una nación y también en el orden internacional, se demuestra como uno de los principios básicos de la concepción cristiana de la organización social y política. Además, el Papa no conecta este principio con la justicia, como muchas veces ocurre en la doctrina social de la Iglesia, sino con el de caridad social (León XIII y Pío XI) y civilización de amor (Pablo VI)¹⁹⁴.

En su primera encíclica, *Laborem exercens* (1981), el Papa Juan Pablo II apeló a la solidaridad para las soluciones de los problemas del mundo del trabajo. En sus palabras, “esta solidaridad debe estar siempre presente allí donde lo requiere la degradación social del sujeto del trabajo, la explotación de los trabajadores y las crecientes zonas de miseria e incluso de hambre”¹⁹⁵.

En el discurso ante la OIT (Organización Internacional del Trabajo), con ocasión de la Conferencia Internacional del Trabajo celebrada en Ginebra en 1982, el Papa Wojtyla se refirió a la solidaridad, como exigencia ética que puede ser luz para el problema de paro. Además, al terminar el discurso, invitó a los participantes a “que contribuyan sin tregua a la creación de una civilización del trabajo humano, de una civilización de la solidaridad, y diría aún más, de una civilización del amor del hombre”¹⁹⁶.

Entre tanto, las pautas para una aplicación de la solidaridad en el campo de la Bioética teológica, las encontramos en las encíclicas *Sollicitudo rei socialis* (1987) y *Centesimus Annus* (1991). Como ya hemos dicho, en estas encíclicas, el Papa considera la solidaridad como virtud moral (SRS 38-40) y como principio de organización social (CA 10). En los próximos párrafos desarrollamos las dos dimensiones.

¹⁹³ Vidal García, *Para comprender la solidaridad*, 61.

¹⁹⁴ Juan Pablo II, Carta Encíclica *Centesimus annus* (1 de mayo de 1991), n° 10. (A partir de ahora CA).

¹⁹⁵ Juan Pablo II, Carta Encíclica *Laborem exercens* (14 de septiembre de 1981), n° 8. (A partir de ahora LE)

¹⁹⁶ Juan Pablo II, *Discurso a la 68 sesión de la Conferencia Internacional del Trabajo – OIT* (15 de junio de 1982), n° 14.

Se trata de “perderse” por el otro y “servirlo” en lugar de “explotarlo” y de “oprimirlo” (SRS 38f). Así, la solidaridad, es presentada no sólo como actitud moral y social, sino también como virtud cristiana, como “una tarea”, cuyo objeto es responder al designio divino implícito en su propio ser uno y trino (SRS 40b).

Como virtud moral, la solidaridad es la determinación firme y perseverante de empeñarse por el bien de todos y cada uno, porque todos somos verdaderamente responsables de todos (SRS 38). En este sentido, la solidaridad es una auténtica virtud moral. Pero la solidaridad también es una virtud cristiana. Como escribió el Papa, “la solidaridad es sin duda una virtud cristiana” (SRS 40). Así es, porque en ella aparecen las opciones evangélicas. Entre estas opciones evangélicas encontramos el entregarse por el bien del prójimo, el estar dispuesto a perderse por el otro en lugar de explotarlo, y el servirle en lugar de oprimirlo para su propio provecho (cf. Mt 10,40-42; 20, 25; Mc 10, 42-45; Lc 22, 25-27)¹⁹⁷.

La solidaridad es, además, una virtud próxima a la caridad. Recurriendo a las palabras del Papa, la solidaridad posee numerosos puntos de contacto con la caridad que es signo distintivo de los discípulos de Cristo. Pues, a luz de la fe, la solidaridad tiende a superarse a sí misma, al revestirse de las dimensiones específicamente cristianas de gratuidad total, perdón y reconciliación (SRS 40).

La virtud de la solidaridad constituye una fuerza de transformación social, esta virtud se constituye de sensibilidades básicas que originan una forma de estimación solidaria, se expresa en la base de la empatía y la meta del compartir.

En lo que se refiere a las sensibilidades básicas es importante subrayar el hecho de tener y sentir la convicción de la unidad e interdependencia de todos los seres humanos. A partir de esta convicción de unidad e interdependencia, el hombre se siente llamado a ensanchar cada vez más el ámbito del nosotros, a integrar eficazmente el espacio de lo público y el espacio de lo privado, a dar prioridad al otro y a estimar de modo especial a los más necesitados y débiles de la sociedad. Para conseguir eso hay que vincular a la actitud de la solidaridad los sentimientos de compasión, generosidad, gratuidad, fidelidad y perdón¹⁹⁸.

La solidaridad posee dos núcleos estimativos: la empatía y el compartir. M. Vidal, al explicar la empatía como base de la solidaridad, dijo que “la base de la solidaridad radica en la conciencia de la empatía ética: saber, sentir y asumir la condición humana como un todo en el que se

¹⁹⁷ Vidal García, *Para comprender la solidaridad*, 70.

¹⁹⁸ *Ibíd.*, 75.

solidarizan cada uno de los seres humanos”¹⁹⁹. Si la empatía constituye la base, el compartir es la praxis. Es decir, el ser humano sabe que los bienes disponibles son escasos, y de ello nace la necesidad de compartir lo que se tiene.

Para Juan Pablo II, la solidaridad es virtud, entendiéndolo con ello que es un dinamismo que transforma la persona; pero también es principio, porque transforma y/o influencia la vida social. En la encíclica de la conmemoración de los cien años de la *Rerum novarum*, *Centesimus annus*, considera la solidaridad un principio ético. En el número 10 de este documento escribe: “el principio que hoy llamamos solidaridad se demuestra como uno de los principios básicos de la concepción cristiana de la organización social y política” (CA 10). En la misma encíclica valora más la solidaridad como principio de defensa de los más débiles (CA 15). Como principio ético, la solidaridad es un valor moral que la sociedad debe realizar.

Como principio ético que rige la sociedad, la solidaridad puede ser concretada en normas sociales, jurídicas y política. Puede estar presente en la constitución, en las leyes orgánicas y normas concretas. Es la solidaridad que se hace presente en la vida social. Por eso, es un principio que implica una intervención directa del Estado en la vida social. Es un principio que favorece a los más débiles y pobres de la sociedad.

En esta categoría de principio, la solidaridad no es exclusivamente un sentimiento moral, es una exigencia ética. Por tanto, debe ser afirmada como principio que articula “los dos valores de la dignidad ética del sujeto humano (como sujeto autónomo) y de la igualdad de todos los sujetos en las condiciones de asimetría en que se encuentran (igualdad en la condición asimétrica)”²⁰⁰.

En 1993, Juan Pablo II, en la *Veritatis splendor*, sostiene que la solidaridad es uno de los elementos necesarios para una renovación moral radical, personal y social (VS 98). Y en el Catecismo de la Iglesia Católica, en el número 100, nos recuerda el valor de la solidaridad para el respeto de la dignidad humana, la libertad y derechos fundamentales, además, entronca la solidaridad con la de Cristo. El Catecismo hace referencia a la solidaridad en varios números (344, 361, 953, 1849, 1940, 1941, 1948, 2224, 2239, 2281, 2402, 2407, 2438, 2439, 2496, 2831, 2850), no estudiaremos a fondo estos porque su contenido está reflejado en el Magisterio de los Papas que hemos presentado.

¹⁹⁹ *Ibid.*, 76.

²⁰⁰ *Ibid.*, 91.

En la encíclica de Bioética de S. Juan Pablo II, *Evangelium Vitae*, de 1995, el Papa enseña que la solidaridad es un valor moral objetivo, pues ayuda a enfrentar las amenazas contra la vida humana. En consecuencia, escribe el pontífice:

“A todos los miembros de la Iglesia, pueblo de la vida y para la vida, dirijo mi más apremiante invitación para que, juntos, podamos ofrecer a este mundo nuestros nuevos signos de esperanza, trabajando para que aumenten la justicia y la solidaridad y se afiance una nueva cultura de la vida humana, para la edificación de una auténtica civilización de la verdad y del amor”²⁰¹.

Esta llamada a aumentar la solidaridad nace de la observación que el Papa hace en la misma encíclica sobre la falta de solidaridad para con los más débiles, niños, ancianos y enfermos (EV 8).

Para terminar las referencias a la solidaridad en Magisterio de Juan Pablo II, mencionemos el discurso al Congreso de Médicos Católicos del Año Jubilar 2000. En este discurso, el Papa, después de hablar de las implicaciones bioéticas de los avances científicos y tecnológicos, insta a los médicos a la profunda atención al prójimo, a un generoso compartir del conocimiento y experiencia, a un auténtico espíritu de solidaridad y de caridad cristiana. Es decir, el Papa Wojtyla invita a los médicos a ejercer su profesión con solidaridad.

El comentario que podemos hacer sobre esta llamada del Papa a la solidaridad de los médicos es que, en la práctica médica, la solidaridad significa poner al paciente en un lugar preferente, eso se concreta por una solidaridad emocional entre el médico y el paciente y el cuidado del interés preferente del paciente²⁰².

Al configurarse como principio ético, la solidaridad inculca en las personas la necesidad de vivir la empatía, de modo que a través de las instituciones sociales puedan colaborar a fin de satisfacer los intereses de todos los miembros de la sociedad, pero de modo particular de los más débiles. Por el principio de la solidaridad, los seres humanos se sienten vinculados éticamente a todos los miembros de la sociedad. Podemos decir que viven un sentido fuerte de la sociabilidad y, además, introduce la consideración ética de los desiguales. Asimismo, si la solidaridad es una exigencia ética, el contrato que pasa a regir la vida en comunidad es la solidaridad²⁰³.

Para Juan Pablo II, la caridad, alma y apoyo de la solidaridad, debe estar dirigida a paliar todas las necesidades humanas, incluyendo la salud (CA 41). Por ello, en el cuidado de la salud no se debe excluir a nadie, se debe cuidar de la salud de todos según sus necesidades. Para la Iglesia, este deber de atender a todas las personas nace de la solidaridad, como apuntó Juan Pablo

²⁰¹ Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium vitae* (25 de marzo de 1995), n. 6. (A partir de ahora EV).

²⁰² Cf. Santiago Álvarez Montero, *Vocación, Medicina y Ética* (Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 2017), 127.

²⁰³ Vidal García, *Para comprender la solidaridad*, 92.

II, “es un deber de solidaridad que no excluye a nadie, ni siquiera a los que por su propia culpa han perdido la salud”²⁰⁴. Esta nota del Papa sobre las personas que perdieron la salud por su propia culpa es peculiar en defensa del derecho a la protección de la salud. Porque modernamente hay debates tendentes a marginar a estas personas. Recientemente, el Comité de Bioética de España, discutiendo sobre la profilaxis preexposición, consideró que las personas no pueden ser excluidas de la protección de la salud por su comportamiento²⁰⁵. Dicho de otra manera, tenemos que solidarizarnos con ellas, aunque, por su culpa, hayan perdido la salud.

El Magisterio de S. Juan Pablo II sobre la solidaridad nos ofrece puntos fundamentales para una aplicación de este concepto a la Bioética y de modo particular al cuidado de los enfermos terminales, objeto de nuestro trabajo. Reseñamos algunos:

- La solidaridad emerge como un deber moral, actitud ética, virtud próxima a la caridad y principio ético que salvaguarda un valor moral relevante para el ser humano.
- La vocación a la universalidad de la solidaridad, la exigencia de realizar acciones positivas y la colaboración en la construcción de una civilización justa basada en el amor y en la verdad, constituyen elementos apreciables para incorporarla en la Bioética.

c) Papa Benedicto XVI

En el Magisterio de Benedicto XVI está presente la solidaridad en línea de continuación con el Magisterio anterior. De hecho, en la encíclica *Deus Caritas est*, el Papa retoma la enseñanza sobre la solidaridad presente en la Constitución Pastoral GS, recordándonos que la solidaridad es uno de los signos de los tiempos y apelando a que se eduque a los jóvenes en ella, a través del voluntariado²⁰⁶.

El Papa Benedicto XVI, cuando analiza la situación del desarrollo actual y la situación económica en la que vivimos, defiende que no puede haber desarrollo²⁰⁷ si no hay solidaridad y que, el mercado (cf. CV) debe incluir en sus leyes también la solidaridad. En este documento, el Papa Ratzinger se refiere continuamente a la solidaridad, siempre dentro de la economía y de las

²⁰⁴ Juan Pablo II, *Mensaje a los participantes en un congreso sobre el tema calidad de vida y ética de la salud* (19 de febrero de 2005).

²⁰⁵ Comité de Bioética de España, *Informe del Comité de Bioética de España sobre la financiación pública del medicamento profilaxis pre-exposición (PrEP) en la prevención del VIH* (Madrid: Comité de Bioética de España, 2017).

²⁰⁶ Benedicto XVI, Carta encíclica *Deus caritas est* (25 de diciembre de 2005), n. 30.

²⁰⁷ Cf. Benedicto XVI, Carta encíclica *Caritas in veritate* (29 de junio de 2009), n. 19. (A partir de ahora CV).

finanzas; no es nuestro objetivo estudiar la solidaridad en este campo, por ello nos volcamos en los pronunciamientos de este Papa sobre la solidaridad dentro de la Bioética.

El Papa Benedicto XVI, en un discurso para los participantes del Congreso Internacional sobre la donación de órganos, defendió que en el tema de la Medicina de los trasplantes es imprescindible una cultura de solidaridad, él dijo:

“El camino real que es preciso seguir, hasta que la ciencia descubra nuevas formas posibles y más avanzadas de terapia, deberá ser la formación y la difusión de una cultura de la solidaridad que se abra a todos, sin excluir a nadie. Una Medicina de los trasplantes coherente con una ética de la donación exige, de todos, el compromiso de realizar todos los esfuerzos posibles en la formación y en la información a fin de sensibilizar cada vez más a las conciencias en lo referente a un problema que afecta directamente a la vida de muchas personas”²⁰⁸.

Este pensamiento del Papa será profundizado por la “Nueva Carta de los Agentes Sanitarios”, lo veremos más adelante.

Pasemos ahora al magisterio del Papa Francisco. Este Papa, en la exhortación apostólica sobre el anuncio del evangelio en el mundo actual, *Evangelii Gaudium*, exhorta a vivir la solidaridad en todos los campos del anuncio del evangelio. Sin embargo, él subraya la solidaridad para con los pobres y los necesitados²⁰⁹. La solidaridad es una forma de dar testimonio de Cristo por parte de los consagrados²¹⁰. Este último punto para nosotros es importante porque, al hacer la propuesta de la Iglesia en cuidado de los enfermos terminales, nos vamos a referir a los consagrados que se dedican a los enfermos.

d) Papa Francisco

El Papa Francisco se refiere a la solidaridad, en un contexto de la Bioética, concretamente en la Ecología, en la encíclica *Laudato Si*, en este documento apela a una solidaridad universal nueva²¹¹ es decir, que incluya todos los pueblos y a todas las criaturas, esta solidaridad es también intergeneracional (LS 159) y espiritual.

Este planteamiento del Papa es importante para la Bioética, concretamente para la Bioética Ecológica. El Papa abarca en el principio ético de la solidaridad a todas las criaturas, lo que no acontecía en magisterios anteriores. Podemos decir que se da un paso más allá al incluir las criaturas y las generaciones futuras en la solidaridad. Es una vertiente que está en desarrollo en la Bioética actual, nos referimos a la cuestión ecológica.

²⁰⁸Benedicto XVI, *Discurso a los participantes en un congreso internacional sobre la donación de órganos* (7 de noviembre de 2008).

²⁰⁹ Cf. Francisco, Exhortación Apostólica *Evangelii gaudium* (24 de noviembre de 2013), n° 187, 188 y 189.

²¹⁰ Cf. Francisco, *Carta Apostólica a Todos los Consagrados* (21 de noviembre de 2014), n° 1.

²¹¹ Cf. Francisco, Carta encíclica *Laudato si* (24 de mayo de 2015), n° 14. (A partir de ahora LS).

De cara a nuestro objeto de estudio, es importante el concepto de solidaridad espiritual, pues en el acompañamiento de un enfermo terminal, en no pocos casos, nos damos de cara con problemas de orden espiritual. En este sentido, es fundamental saber desarrollar esta solidaridad espiritual con el enfermo.

3.4. La solidaridad en los Consejos y Academias Pontificias

Ahora, nos volvemos al magisterio de los Consejos Pontificios y Academias Pontificas. En la Carta de los Agentes Sanitarios de 1995, se afirmaba la solidaridad dentro de lo que es experimentación con los seres humanos, en las palabras del Consejo Pontificio de la Pastoral de la Salud:

“Este gesto es legitimado por la solidaridad humana que lo motiva: donar alguna cosa de sí mismo, dentro de los límites fijados por la norma moral, constituye un testimonio de caridad altamente meritorio y una ocasión de crecimiento espiritual tan significativo, que puede compensar el riesgo de una eventual disminución física no sustancial”²¹²

En la carta que acabamos de citar, la solidaridad solo aparece en este contexto. En cambio, en la nueva carta, el principio de la solidaridad es empleado como un principio de la Bioética Teológica. Es entendido como el amor cristiano al prójimo. Aparece en la carta cuando se habla de las personas que colaboran en el experimento bioético, considerándose la colaboración una particular expresión de la solidaridad²¹³. Pues, es la solidaridad humana y cristiana la que justifica y da significado a este gesto de entregarse voluntariamente para un experimento²¹⁴.

Desde esta perspectiva, hay grupos de poblaciones que no tienen acceso a los servicios sanitarios mínimos, ni a los fármacos que salvan la vida, tampoco a las posibilidades terapéuticas mínimas²¹⁵.

La solidaridad, unida a la subsidiariedad, es también el principio que debe iluminar la distribución de los recursos sanitarios, sea al nivel internacional o nacional. Estos principios

“Deben, en particular, ser asumidos y aplicados por los responsables de las políticas sanitarias, en el ámbito de una equitativa asignación de los recursos económicos, así como por los responsables de las industrias farmacéuticas, sobre todo con respecto a algunas patologías que tienen una incidencia cuantitativamente limitada, al menos en los países menos desarrollados”²¹⁶

²¹² Pontificio Consejo Para Los Agentes Sanitarios, *Carta a los agentes sanitarios* (1 de enero de 1995), n° 8.

²¹³ Cf. Pontificio Consejo Para Los Agentes Sanitarios (para la pastoral de la salud), *Nueva carta de los agentes sanitarios*, n° 99.

²¹⁴ Cf. *Ibíd.*, n° 105.

²¹⁵ Cf. *Ibíd.*, n° 91.

²¹⁶ *Ibíd.*, n° 143.

La Academia Pontificia Para La Vida, en la carta *Respetar la Dignidad del Moribundo*, sobre las consideraciones éticas sobre la eutanasia, hablando contra la violencia de la muerte anticipada, nos llama al compromiso de solidaridad, la asistencia a los que sufren enfermedad, como verdadero humanismo. Además, propone la asistencia en el domicilio, el apoyo psicológico de los familiares, de los agentes sanitarios y de los voluntarios como forma de ayudar al enfermo terminal en esta fase difícil de su vida²¹⁷.

La conclusión que sacamos del recorrido que hicimos sobre la solidaridad en el Magisterio de la Iglesia, nos permite decir que la solidaridad es virtud moral y principio ético que regula la vida privada y social. Es una actitud común a los cristianos y no cristianos, que se expresa en el otro como referente ético y como perteneciente a la misma familia humana.

En el Magisterio actual, es evidente que la solidaridad es un principio de la Bioética. De hecho, los últimos documentos de Magisterios actuales, las utilizan en la valoración de los problemas de la Bioética. La solidaridad es una actitud necesaria en la Bioética para completar las limitaciones de los tradicionales principios de la Bioética principialista. Por eso, es ley moral universal. Además, hay una relación de complementariedad entre la solidaridad, los principios de la Bioética europea y la ética del cuidado. Aspectos que iremos desarrollando más adelante.

²¹⁷ Cf. Academia Pontificia Para La Vida, *Respetar la Dignidad del Moribundo. Consideraciones éticas sobre la eutanasia* (9 de diciembre de 2000).

4. Notas conclusivas

Este capítulo reveló que Dios es sanador y que Él interviene en la historia humana para sanar al hombre de sus enfermedades; también dio inteligencia al hombre para conocer las plantas que curan enfermedades.

Jesucristo, que es encarnación del Dios invisible, dedicó gran parte de su ministerio a la sanación de las enfermedades humanas y a expulsar demonios. En consecuencia, los discípulos de Jesucristo imitando la obra de su Maestro, se dedican al cuidado, asistencia y cura de los enfermos. Podemos decir que Cristo ha confiado a la Iglesia la misión de cuidar y asistir a los enfermos y de promover la salud.

Como hemos visto, esta dedicación a los enfermos forma parte del anuncio del Evangelio de la salvación, por eso entra en la Tradición de la Iglesia, como parte esencial del ser de la Iglesia. Desde esta perspectiva, se observa que la Iglesia fue pionera en la construcción de hospitales como lugares del ejercicio de la caridad y cuidado de los enfermos.

En la Edad Media, la labor de la Iglesia en la asistencia a los enfermos es más visible pues la Iglesia tenía monopolio en la asistencia a los enfermos, de modo particular, de los que eran considerados incurables. La Iglesia fue la primera en edificar los hospitales dedicados exclusivamente a los enfermos terminales.

Los planteamientos que hicimos sobre la sanación en la Sagrada Escritura, la dedicación de la Iglesia en el cuidado de los enfermos, nos dieron bases para sostener que, tanto en la Sagrada Escritura como en la Tradición de la Iglesia, encontramos signos de solidaridad para con los enfermos. Nosotros, en esta tesina, aplicamos esta solidaridad en relación con los enfermos terminales en el contexto concreto que es el del sistema sanitario mozambiqueño.

No es baladí afirmar que hay solidaridad con los enfermos en la Sagrada Escritura y en la Tradición de la Iglesia pues, la solidaridad, desde el punto de vista de la ética teológica, es un deber moral que se concreta como principio y actitud moral. Esta fundamentación está avalada por los documentos pontificios que hemos citado en el capítulo anterior. En efecto, para el Magisterio de la Iglesia, la solidaridad es un principio y actitud moral que puede contribuir a acabar con las asimetrías que vivimos no solo en el campo económico, sino también en el sanitario. Prueba de ello es que la solidaridad está ganando el apoyo de la ciudadanía en los principios de la Bioética Teológica, como ejemplo podemos consultar la “Nueva Carta de los Agentes Sanitarios”.

CAPÍTULO III – LA SOLIDARIDAD SE HACE VIDA: REFLEXIÓN TEOLÓGICA Y PROPUESTA ÉTICO-PASTORAL

La reflexión que hemos realizado hasta aquí nos ayuda a fundamentar la solidaridad no solo como principio de la Bioética Teológica, sino también de la Bioética General y Clínica. Por ello, en este capítulo nos dedicaremos a presentar qué propuesta ética puede ofrecernos la solidaridad, como principio vertebrador de la Bioética.

Este capítulo constituye nuestra reflexión sobre solidaridad como principio bioético vertebrador y su aplicación al problema de la escasez de recursos sanitarios y acceso a los cuidados paliativos. Además, presenta la solidaridad como propuesta pastoral de la Iglesia en el cuidado de los enfermos terminales. Y, como último apartado, ofrece una perspectiva operativa de la solidaridad en el entorno hospitalario y familiar.

1. La solidaridad como principio bioético vertebrador

1.1. Fundamentación epistemológica de la solidaridad como principio bioético

En este apartado, para acercarnos al concepto de solidaridad, nos orientamos por la identidad de la Bioética teológica que encuentra su propuesta de vida buena, a la luz de la Sagrada Escritura, la Tradición y el Magisterio. Entre tanto, por vocación propia del diálogo, la Bioética Teológica no ignora los datos de la ciencia ni de la cultura.

En la Bioética Teológica, se consideran las siguientes cuestiones básicas: “la cosmovisión bíblica, las constantes de la tradición cristiana, el diálogo continuo con los datos científicos, la necesaria conexión entre ética y derecho”²¹⁸.

Es dentro de esta perspectiva en la que fundamentamos la solidaridad como un principio de la Bioética Teológica y su importancia en el cuidado de los enfermos terminales. Es más, la solidaridad constituye hoy el puente de diálogo entre la ética racional y la Bioética teológica porque es un principio apreciado por creyentes y no creyentes y entre creyentes de una u otra religión²¹⁹.

De hecho, al proponer la solidaridad como un principio operativo en el cuidado de los enfermos terminales, pretendemos que nuestra reflexión teológico-moral no persiga únicamente discernir la verdad moral exclusivamente para los cristianos católicos de Mozambique, sino que,

²¹⁸ Marciano Vidal García, “Bioética teológica: Identidad, epistemología y presencia pública”, en *Bioética y Humanismo Cristiano*, ed. Juan María de Velasco (Bilbao: Publicaciones de La Universidad de Deusto, 2011), 115.

²¹⁹ *Ibid.*, 121.

a través de la solidaridad, los valores evangélicos sean operativos en la vida pública mozambiqueña²²⁰.

Esta propuesta es urgente en una sociedad que ya no está regida por una moral tradicional cristiana, pero sí tiende a ser una sociedad pluralista, con distintas propuestas morales donde la moral cristiana es considerada una entre las otras. Haciendo referencia a los hitos históricos que llevaron a la sociedad mozambiqueña a vivir un pluralismo moral, consideramos el hecho de que la implementación del régimen socialista, después de la independencia del país, haya provocado la destrucción del hombre viejo para construir el “hombre nuevo”²²¹, rechazando lo que en aquel entonces se identificaba con el colonialismo portugués y con la tradición mozambiqueña y el repentino cambio al capitalismo neoliberal²²².

La palabra solidaridad es hoy más invocada que nunca, porque se le reconoce como una exigencia personal y colectiva. Podemos decir que “sin ella, en realidad la vida muere, la convivencia se reduce a una cohabitación forzada donde la soledad, la indiferencia, las tensiones y las prevaricaciones toman la delantera a la sociabilidad y a la fraternidad”²²³.

Hoy, la solidaridad, invoca una conciencia personal y colectiva, es un compromiso de todos y estamos todos moralmente obligados a ella. Porque, en las sociedades actuales, la solidaridad se configura como elemento integrador y de cooperación, un ideal moral y un instrumento de legitimación.

La solidaridad, entendida como virtud ética, se construye a partir de dos aspectos intrínsecamente relacionados. El primero es la pluralidad de sujetos unidos en un proyecto común y el segundo, la indivisibilidad de los compromisos asumidos.

Los dos aspectos están presentes en la solidaridad cristiana. De hecho, el cristianismo ayuda a reconstruir los valores perdidos a través de su concepción de solidaridad. Como escribió Luciano Baronio, en el prefacio del *Diálogo sobre la solidaridad*:

“La inspiración cristiana refuerza y da cumplido sentido, en el plano más profundo, a la solidaridad, hasta el punto de hacerse manifestación del amor de Dios derramado en nuestros corazones mediante el Espíritu Santo que nos ha sido concedido (Rm 5,5). Adopta la forma de virtud social imprescindible, como determinación firme y perseverante de empeñarse por el bien común, es decir, por el bien de todos y cada uno, porque todos somos responsables de todos”²²⁴.

²²⁰ *Ibíd.*, 123.

²²¹ José Pedro Castiano, *Educar Para Quê? As Transformações no Sistema de Educação em Moçambique* (Maputo: INDE, 2005), 45.

²²² Cf. Cipriano Gonçalves, *Educação, Modernidade e Crise Ética em Moçambique* (Maputo: Dondza, 2011), 120.

²²³ Massimo Cacciari y Carlos María Martini, *Diálogo sobre la solidaridad* (Barcelona: Herder, 1997), 7.

²²⁴ *Ibíd.*, 14.

Desde la Teología Moral y los códigos de la Medicina, se encuentran algunas conexiones en lo que se refiere a los derechos de los pacientes terminales: el derecho a decidir sobre su tratamiento y sobre su vida, el derecho a la verdad, el derecho a no ser abandonado por su médico, el derecho a la adecuada asistencia terapéutica, el derecho al alivio del dolor y a no ser muerto²²⁵.

Al hablar de la solidaridad como virtud en una sociedad que ya no se guía según las virtudes, hay que reconocer que no se puede huir de la misma pues, la moral, es “lo que pensó Aristóteles, una especie de segunda naturaleza, una serie de cualidades, que conforman una peculiar manera de ser y de convivir con los demás”²²⁶.

El ser cristiano se identifica en el amar a Dios en el prójimo (Mt 25, 31-40), esta identidad se expresa, tradicionalmente, por la virtud de la caridad, pero a día de hoy, se expresa por la solidaridad. La solidaridad, como virtud moral, es frecuente en el Magisterio de la Iglesia (desde Pío XII) y se aplica no solo a los temas sociales sino también a la Bioética.

En el contexto de la asistencia a los enfermos terminales y acceso a los cuidados paliativos, la solidaridad es imprescindible porque nos ayuda a superar los límites de la justicia, que son las desigualdades inevitables y las peculiaridades de cada sujeto. Como señaló Marciano Vidal, “la solidaridad es la categoría ético-teológica que, apoyándose en el dinamismo igualitario de la justicia y en la fuerza transformadora de la caridad, favorece la empatía y orienta de modo preferente hacia la causa de los que más sufren las diferencias de una sociedad asimétrica”²²⁷.

El capítulo anterior reveló la importancia de la solidaridad como principio ético y como valor moral para los cristianos. De igual forma, la solidaridad se mostró como instancia ética imprescindible porque engloba, al mismo tiempo, las exigencias de la justicia y de la caridad. Dicho de otro modo, la solidaridad “es la virtud que más radicalmente interpreta los deseos del hombre contemporáneo, pues a través de ella se constituye la mediación de lo personal y de lo social en el cuadro de una síntesis dinámica”²²⁸.

La solidaridad, como principio de la Bioética, exige las normas consideradas positivas (hacer el bien), pero también incluye las negativas (evitar el mal).

M. Vidal asegura que la solidaridad, dentro de las éticas de virtudes, es uno de los enriquecimientos que expresa el *ethos* de nuestra época. De este modo, “la ética de virtudes ha

²²⁵Leonard Martin, *A ética médica diante do paciente terminal. Leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica* (Aparecida: Santuario, 1993), 237. (Traducción propia)

²²⁶Victoria Camps, *Virtudes públicas*, (Madrid: Espasa Calpe, 2007), 17.

²²⁷Cf. Vidal García, *Para comprender la solidaridad*, 103.

²²⁸Piana, 1731-1737.

sido enriquecida con una nueva figura. En el fulgurante universo de las virtudes ha surgido una nueva estrella²²⁹.

Se entiende que esa nueva estrella es la solidaridad. Porque en el horizonte de la fe, expresa aspectos valiosos de la caridad cristiana y se convierte en uno de los grandes signos identificadores de los discípulos de Cristo como servidores del Reino²³⁰.

La teología católica entiende la solidaridad como caridad para con el prójimo, fraternidad y participación. En suma, la solidaridad es un valor, una forma de vivir la vida poniendo en evidencia nuestro interés por el bien del prójimo.

Los valores de la solidaridad son: la defensa del otro, la sensibilidad ante el dolor del otro, la valoración de lo que el otro es, la capacidad de sacrificio y la entrega a la causa del otro.

En cuanto al tema que nos ocupa, la solidaridad para con los enfermos terminales, resaltamos los valores de: la sensibilidad ante el dolor del otro, la valoración de la dignidad del enfermo terminal, la entrega y el sacrificio que somos todos llamados a hacer por el mismo enfermo.

La solidaridad es una identidad para África, pues “las culturas africanas tienen un agudo sentido de la solidaridad y de la vida comunitaria”²³¹. Este sentido de solidaridad nos ayudará a desarrollar nuestra propuesta. *Ubuntu* será la categoría ontológica, epistemológica y ética que nos servirá de base.

La solidaridad es manifestación de bondad de Dios, que es siempre solidario con el hombre y, el cristiano por su fe experimenta esta cercanía de Dios solidario, como una fuerza interior de servicio de bien a los que más sufren²³². Este razonamiento nos ayuda a hablar de la solidaridad como principio de la Bioética teológica.

1.2. La solidaridad como principio de la Bioética teológica

En la ética cristiana, poco se habla de la solidaridad como virtud moral y principio ético: se suele emplear la palabra caridad. Éste es el concepto tradicional que se utiliza para calificar al amor cristiano hacia al prójimo. La razón que justifica la tardía incorporación de la solidaridad en la reflexión teológica cristiana es que el mismo concepto tuvo su desarrollo embrionario dentro del socialismo utópico, que le dio a conocer y difundió.

²²⁹ Vidal García, *Para comprender la solidaridad*, 67.

²³⁰ Martínez García *et al.*, 9.

²³¹ Juan Pablo II, Exhortación apostólica *Ecclesia in Africa* (14 de septiembre de 1995), n. 43.

²³² Nicanor Martínez García *et al.*, 9.

Pero, en el contexto actual, el esfuerzo de reflexión teológica resalta el auténtico significado de la solidaridad y demuestra que es un vocablo que tiene sus raíces en la moral cristiana. Dentro de ella, este concepto significa que toda persona humana está unida a sus semejantes porque participa de la naturaleza igual que es reflejo de la imagen y semejanza de Dios. En cambio, existe otro concepto que expresa exclusivamente la relación familiar que se establece por la unidad del creyente y la humanidad a través de Cristo: es la fraternidad cristiana.

Entre los dos conceptos, la solidaridad es más abarcadora, pues no es exclusivo de los cristianos. Es por eso que, en este orden de las cosas, la solidaridad está ganando terreno, tanto dentro de la moral cristiana, como en lo que Adela Cortina llamó ética civil²³³.

Además, la solidaridad es aceptada como punto de encuentro entre la Teología Moral (con más fuerza en el campo de la moral social, pero también se dan los primeros pasos en la Bioética teológica) y las “éticas seculares”, que no hacen ninguna referencia a la trascendencia. De este modo, la solidaridad sería como el puente importante para establecer diálogo con todo el género humano.

La solidaridad se puede comprender, por un lado, como un hecho y, por otro lado, como un principio normativo. Como hecho, la solidaridad es “la tendencia del hombre a la asociación de esfuerzos para determinados fines, que vienen dibujados en cada coyuntura por un marco irrepitible de factores o elementos diferenciadores”²³⁴. En el sentido normativo, la solidaridad se fundamenta en la fraternidad universal, y en la afirmación según la cual todo hombre es un ser racional creado por Dios y destinado *ex parte Dei* a gozar de una felicidad en un futuro cercano definitivo²³⁵.

De este modo, “para la teología el concepto de solidaridad está estrechamente vinculado con el de fraternidad entre los hombres, que les impulsa a buscar el bien de todas las personas, sólo por el hecho de que todos son iguales en dignidad gracias a la filiación divina”²³⁶. Por eso, la solidaridad es una condición propia de la herencia humana.

¿Por qué hablar de la solidaridad en un trabajo de Teología moral, que se enmarca en el ámbito del cuidado de los enfermos? Hay varias razones. Unas que nos vienen dadas por el pluralismo ético que vivimos y otras estrictamente teológicas.

²³³ Cf. Adela Cortina, *Ética sin moral*, 6ª ed. (Madrid: Tecnos, 2006).

²³⁴ Gran Enciclopedia Rialp, s. v. “Solidaridad”.

²³⁵ *Ibíd.*

²³⁶ Karla Moëne, “El concepto de solidaridad”, *Revista Chilena de Radiología* 16, nº 2 (2010): 51-52.

Lo evidente es que la solidaridad “es un concepto ético socialmente reconocido y aceptado desde múltiples cosmovisiones morales”²³⁷. Dicho de otro modo, la solidaridad contiene una gran capacidad de expresión de la realidad ética en general.

Volvamos a las razones que nos llevan a hablar de la solidaridad. Recurriendo al pensamiento de J. M. de Velasco, la solidaridad como principio, puede servir como catalizador para establecer el común denominador entre las distintas orientaciones y perspectivas morales²³⁸.

Podemos decir que la dificultad que enfrentamos de encontrarnos un sistema moral común podrá ser solventada recurriendo a la solidaridad, como principio ético compartido por todos los sistemas morales. Esto es así porque esta categoría moral, la solidaridad, es punto de encuentro entre creyentes, propuestas morales laicas y aconfesionales. Es verdad que vivimos en un mundo competitivo, donde el mismo cuidado de los enfermos tiende a convertirse en una mercancía.

Tratándose de un problema sanitario, como es la falta de cuidado de los enfermos terminales en el sistema nacional de salud de Mozambique, es necesario resaltar que la solidaridad es un principio de la Bioética. Creemos que la solidaridad, entendida como una responsabilidad compartida mancomunadamente²³⁹ por la Iglesia, las instituciones sanitarias, el Estado, las personas singulares, puede ser una fuerza preciosa en el cuidado de los enfermos terminales.

Como principio de la Bioética, la solidaridad no se circunscribe a los deberes llamados positivos, que reclama una acción por parte del agente moral, incluyendo también deberes negativos, que prohíben la práctica maliciosa.

En la Bioética General, el principio de la solidaridad vino a completar los principios de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia de la Bioética principialista.

Juan María de Velasco, refiriéndose a este principio, sostiene que sirve para evitar, en la medida de lo posible, que la ambigüedad o incertidumbre pueda surgir en la aplicación de los principios tradicionales del principialismo a un caso moral²⁴⁰. No es que los demás principios no sean adecuados, sino que garantiza la moralidad de la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; e interviene cuando existen conflictos de valores y la necesidad de dirimir el predominio de un principio sobre otro.

La medicina actual se enfrenta al peligro del colapso del humano, es decir su objeto se concentra en la tecnología más que en el ser humano que se encuentra enfermo. Por ello, la propuesta principal es la humanización de la asistencia sanitaria, de modo particular en la fase

²³⁷ Velasco, “Solidaridad, principio de”, 1560 – 1566.

²³⁸ Cf. *Ibíd.*

²³⁹ Velasco, *La Bioética y el principio de solidaridad: una perspectiva desde la ética teológica*, 186.

²⁴⁰ Velasco, “Solidaridad, principio de”, 1560 – 1566.

final de la vida de la persona. Y la piedra angular de la humanización es el reconocimiento de la dignidad de persona humana. En los cuidados paliativos, se debe considerar que “cada individuo es un mundo y son distintos e individualizados los caminos que conducen a la evolución de la enfermedad y a la muerte de cada persona”²⁴¹.

Podemos afirmar con seguridad que la solidaridad es aceptada desde perspectivas y concepciones de la vida muy diferentes, razón por la que puede ser punto de encuentro en el ámbito de los derechos humanos, como es el derecho a la salud o a no sufrir dolor, y de las responsabilidades sociales²⁴².

La solidaridad es el denominador común irrenunciable en las propuestas éticas actuales. En definitiva, es necesario afirmar que “la solidaridad forma constitutivamente parte de una ética que quiera considerarse cristiana, pero no sólo cristiana”²⁴³.

1.3. Los principios de la Bioética europea y la solidaridad

A este punto de nuestra discusión, considerando la vulnerabilidad a la que está expuesto un enfermo terminal, pensamos que la solidaridad, propuesta como principio vertebrador de la Bioética, se conecta necesariamente a los principios de la Bioética Europea. Estos principios son cuatro, el respeto a la autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad²⁴⁴. Estos principios constituyen la alternativa a los principios teorizados por Beauchamp y Childress.

Los cuatro principios de la Bioética europea expresan el valor de respeto hacia las personas, protegiendo el ser humano concreto en la situación en la que se encuentra. La persona humana ocupa el centro en los mismos principios.

La conexión con la solidaridad es evidente. La vulnerabilidad indica que la persona humana es un ser dependiente y limitado, radicalmente determinado por su finitud. En la situación de enfermo terminal, él vive especialmente el carácter vulnerable de su ser de modo extremo. La vulnerabilidad es lo que une a todos los seres humanos, es lo que nos hace solidarios, unos con otros. El dolor físico es la expresión más evidente de la vulnerabilidad corpórea de la persona humana. Cuando ella está en esta situación, necesita nuestro cuidado.

La dignidad nos remite a tratar siempre a la persona humana de acuerdo con su categoría ontológica. Esta categoría ontológica expresa su condición de persona y la obligatoriedad de ser

²⁴¹José María Antequera *et al*, *Ética en Cuidados Paliativos, Guías de ética en la práctica médica* (Madrid: Fundación de ciencias de la salud, 2006), 10.

²⁴² Velasco, *La Bioética y el principio de solidaridad: una perspectiva desde la ética teológica*, 207.

²⁴³ Francisco Alarcos Martínez, *Bioética global, justicia y Teología Moral* (Madrid: Desclée de Brouwer, 2005), 340.

²⁴⁴Cf. Jacob Dahl Rendtorff y Peter Kemp, *Basic ethical principles in european bioethics and biolaw, autonomy, dignity, integrity and vulnerability* (Barcelona: Instituto Borja de Bioética, 2000), 19.

considerado siempre como fin en sí mismo, y nunca subordinado a una causa. Toda persona debe ser tratada como algo único e irremplazable. Por ello, respetando la dignidad de cada persona, somos solidarios con los enfermos terminales, porque es fácil caer en la tentación de infravalorar la persona por causa de su condición de enfermo. De este modo, el principio de la solidaridad arroja luz y sirve de complemento al principio de la dignidad.

Además, es en nombre de la solidaridad que somos obligados moralmente a cuidar de la unidad total personal, de su integridad. De modo particular, los sanitarios que intervienen sobre el cuerpo de las personas enfermas necesitan tener cierta garantía de éxito y de ventaja sobre el tratamiento que van a aplicar.

En la enfermedad a veces ocurre que la persona goza de escasa autonomía física, psíquica o ética. Aunque esto sea evidente, debemos respetar la autonomía del enfermo, siendo solidarios con su sufrimiento.

Dicho de otro modo, la solidaridad y los principios de la Bioética Europea emergen en la relación con los demás seres humanos. De hecho, los principios europeos encuentran su realización esencial en la empatía y la solidaridad entre los miembros de sociedad²⁴⁵.

Aplicando esto a la necesidad de ofrecer los CP a los pacientes terminales, en un contexto de escasez de recursos, podemos decir que nos obliga a poner en el centro la persona concreta del enfermo terminal; su dignidad y vulnerabilidad deben sensibilizarnos a solidarizarnos con él.

En el cuidado de los enfermos, la sociedad debe ser guiada por el principio de la solidaridad y, obedeciendo una lógica de equidad (que significa tratar a cada uno conforme sus necesidades) no dejarse llevar por intereses económicos.

1.4. La necesaria conexión entre la ética del cuidado y la solidaridad

En Bioética Clínica, la solidaridad se expresa mediante la compasión y se materializa en la ética del cuidado²⁴⁶. Esta propuesta ética resulta imprescindible para nuestro objeto de estudio. Como hemos dicho antes, si aplicamos estrictamente los principios de la justicia igualitaria, se vuelve una tarea difícil, al menos en la situación actual de Mozambique, plantear la cuestión de los Cuidados Paliativos.

Pero, si estamos dispuestos a escuchar una voz diferente, como propuso C. Gilligan, nuestra propuesta moral cambia. Dicho de otra forma, si el enfoque ético que prima por la justicia integra

²⁴⁵ Cf. Jacob Dahl Rendtorff y Peter Kemp, *Basic ethical principles in european bioethics and biolaw, autonomy, dignity, integrity and vulnerability*, 24.

²⁴⁶ Cf. Georgina Suárez Hernández, “La solidaridad como principio de la bioética”, *Revista Bioética*, nº 6 (2013): 4-9.

en su seno de modo fecundo la consideración de los sentimientos y el ideal de la solidaridad, se puede hablar de los cuidados paliativos. De hecho, la ética del cuidado nos invita tener en cuenta el contexto, la atendiendo a las circunstancias particulares y concretas de los enfermos terminales.

Obrar éticamente de ese modo no es excluir la justicia, es hacer de la solidaridad con los otros seres humanos la base de nuestro comportamiento moral. Es poner en el centro de nuestra acción la condición concreta de la circunstancia de fragilidad y vulnerabilidad en que se encuentra un enfermo terminal. Es dar una respuesta solícita que nace de la sensibilidad ante el sufrimiento y las necesidades del enfermo terminal.

En definitiva, queremos decir que en el centro de nuestro obrar debe estar el hecho de que el enfermo terminal es un ser humano con dignidad, y que su fragilidad y vulnerabilidad solicitan de nuestro cuidado y responsabilidad. De este modo, la justicia se ve ampliada por la solidaridad, el cuidado y la responsabilidad. Sin estos elementos la justicia se queda vacía, como también son ciegas e inviables la solidaridad y el cuidado si no se dan en el marco de la justicia²⁴⁷.

A nuestro juicio, la cuestión de los CP en un contexto de escasez de recursos se inscribe en el marco de la justicia en la distribución de los recursos sanitarios, pero conjugada con la solicitud y cuidado de los enfermos terminales.

Desde una perspectiva de la ética del cuidado, el no hacer daño es un principio fundamental. El daño puede causarse por acción o por omisión. No proporcionar a los pacientes terminales tratamientos que ayuden a aliviar el dolor sería daño por omisión. Además, esto no se puede justificar apelando a la justicia en la administración de recursos sanitarios. La justicia sanitaria no puede ser imparcial y fría en la toma de decisiones: debe integrar a la sensibilidad por los más vulnerables, como son los pacientes terminales.

La ética del cuidado nos ayuda a ahondar en lo que debe hacerse en situaciones de conflicto, como es el caso de los recursos escasos y necesidad de los cuidados paliativos. En estos casos se debe escuchar los distintos sentimientos, tener en cuenta todo lo que entra en juego (en este caso, la dignidad, la vulnerabilidad y fragilidad del enfermo terminal) y ser consciente de las decisiones que se toman²⁴⁸.

Concluimos que “la ética de cuidado presenta una progresión del interés por el Yo a una preocupación por el prójimo de ahí a una ética del cuidado que abarca al Yo y al prójimo”²⁴⁹. La solidaridad nos lleva a la responsabilidad y al cuidado de nosotros mismos y de las demás personas.

²⁴⁷ Cf. Lydia Feito Grande, *Ética y enfermería* (Madrid: San Pablo, 2009), 162.

²⁴⁸ Cf. Carol Gilligan, *La ética del cuidado* (Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2013), 45.

²⁴⁹ Gilligan, *La ética del cuidado*, 51

En este sentido, el cuidado debe estar presente en la relación clínica, como está presente en la familia y en la vida cotidiana.

El cuidado es algo intrínseco a la naturaleza humana, no es solo una cuestión de buena voluntad, ni de mera obligación; corresponde a su inteligencia, consciencia y prudencia.

1.5. Ubuntu como principio de la Bioética africana y expresión de la solidaridad

Tratándose de un problema bioético que atañe a un país del Sur de África, urge indicar una perspectiva más africana de la cuestión. En este sentido, recurrimos al *Ubuntu* como principio de la Bioética Africana. El africano se define a partir de su comunidad, no es un “yo”, pero es siempre un “nosotros”. La filosofía africana, desde Placide Tempels hasta hoy, reconoce que el ser humano africano se define por sus múltiples relaciones con los demás. A esta manera de definir al ser humano se dio el nombre de *Ubuntu* (una persona es una persona a causa de los demás). *Ubuntu* expresa la lealtad entre las personas y las relaciones entre estas. *Ubuntu* es la cosmovisión africana de la solidaridad.

El planteamiento que hicimos en el párrafo anterior nos remite a *Ubuntu* como principio bioético. Porque esta concepción africana, entendida como justicia restaurativa, invoca el respeto de la dignidad y de las particularidades de cada persona o grupo. Si lo aplicamos a la administración de recursos sanitarios, diríamos que el uso de los mismos no debe excluir la particularidad de la persona o grupo de personas que se encuentran en situación de enfermos terminales. Porque cuidar, en este caso, sería mejorar la calidad de vida de enfermo, respetar su dignidad.

La riqueza del concepto *Ubuntu* nos revela varios significados. Su origen se entiende a partir de la expresión de lengua Xhosa (una de las lenguas bantúes de Sudáfrica): *umuntu ngumntu ngabanye abantu*. Una posible traducción al castellano sería: “cada humanidad individual es idealmente expresada en la relación con la humanidad de otros”. Por ello, el término *Ubuntu* expresa la ontología y la epistemología fundamentales de la cosmovisión bantú. *Ubuntu* es también un sistema de valores humanos, una cosmovisión caracterizada por valores como cuidar, compartir y un sentido muy fuerte de pertenencia a una comunidad.

Ubuntu desarrolla una red de conceptos como solidaridad grupal, compasión, respeto, dignidad y unidad colectiva. *Ubuntu* no es un concepto cerrado porque incluye la fraternidad universal, el compartir y tratar con otras personas con respeto.

Las bases morales que se pueden sacar de *Ubuntu* son:

- a) Una moralidad que envuelve confianza y credibilidad.

- b) Interdependencia que se refiere al compartir y el aspecto del cuidado que es cooperación y participación.
- c) Un espíritu de hombre cuya referencia es la dignidad humana y respeto mutuo que insiste en que la actividad humana debe tener la humanidad como centro.
- d) Totalidad, en el sentido de que mejora la vida de todos los miembros y de cada miembro de la comunidad.

Ubuntu fue la base para el desarrollo de los derechos humanos en Sur África. *Ubuntu* regula el ejercicio de los derechos individuales por enfatizar el compartir, la corresponsabilidad y el gozo mutuo de los derechos por todos. Esto promueve buenas relaciones humanas y aumenta la realización de valores humanos, como la confianza y la dignidad.

El concepto *Ubuntu*, como expresión del humanismo africano, tiene como argumento central que el corazón de la relación humana es que el individuo solo tiene sentido dentro de una comunidad²⁵⁰. Esta condición de ser en sociedad no excluye la autonomía, la dignidad de cada persona, la libertad, pero lo que se subraya con el concepto es que la persona es miembro natural de la comunidad y no puede desarrollarse fuera de la misma.

Enlazando el concepto *Ubuntu* con el problema de la falta de cuidado de los enfermos terminales, podemos decir que todo lo que acontece al individuo, acontece al grupo; del mismo modo, lo que acontece al grupo acontece a la persona. Esto se resume en que “yo soy porque somos y como somos, por lo tanto, yo soy”²⁵¹.

En una palabra, la enfermedad de un miembro de la comunidad es la enfermedad de toda la comunidad a la que pertenece. El ser y la vida del individuo dependen totalmente de los proyectos, valores, actividades, hechos, prácticas, y fines de la comunidad. El individuo pertenece a la comunidad, como la comunidad pertenece al individuo.

De la doble pertenencia, se pueden sacar tres principios éticos fundamentales. En primer lugar, en la cosmovisión africana, es la comunidad que define la persona como persona. En segundo lugar, la ética africana sostiene que la personalidad (el ser persona) es algo adquirido (en general se adquiere por el buen comportamiento). Por último, la personalidad no puede desarrollarse fuera de la comunidad²⁵² porque es algo intrínseco a la comunidad y no a la persona. Todo ello no puede ser entendido utilizando las categorías ontológicas occidentales.

²⁵⁰ Cf. Fred Lee Hord y Jonathan Scott Lee, *I am because we are*, Revised Edition (Massachusetts: University of Massachusetts Press, 2016), 5.

²⁵¹ Posible traducción de la expresión inglesa: *I am, because we are, and since we are, therefore, I am.*

²⁵² Cf. Lee Hord y Scott Lee, 138.

Tal vez nos pueda ayudar a comprender el párrafo anterior tener en cuenta que, para la cosmovisión africana, la persona nace en el seno de una comunidad (o cultura) ya existente, y en consecuencia, es “producto” de la misma comunidad.

Ubuntu es la filosofía de nosotros, en contraposición a la filosofía del individualismo. De hecho, la preocupación por el otro, la solidaridad, el compartir la vida en comunidad son los principios que recoge este concepto africano²⁵³. Este concepto abarca en sí la buena voluntad, la dignidad, la reconciliación, el sentimiento de responsabilidad por el bienestar mutuo, la solución conjunta de los problemas y la lealtad. De verdad, no es fácil definir este concepto, ya que *Ubuntu* es también paz, solidaridad, amor, cooperación, tolerancia, compasión, empatía y humildad.

El único hombre que existe es el hombre-en-comunidad²⁵⁴. El verdadero ser humano para el africano es aquel que vive para la sociedad. Es necesario recordar aquí que, en la ontología africana, el ser humano se va haciendo persona por sus actos. El hombre que vive para sociedad estaría en esta categoría de persona.

El africano comprende su identidad a partir de su vivencia dentro de la comunidad. No es un ser individual, es una persona que vive en la comunidad y es parte de la comunidad, viviendo en relación de interdependencia con su comunidad. No quiere eso decir que el individuo debe sacrificarse en nombre de la comunidad, sino que invita al individuo, en la búsqueda de lo que es bueno para él, a que promueva el bien de toda la comunidad. Es decir, lo bueno para el individuo es necesariamente lo bueno para la comunidad²⁵⁵.

La solidaridad, la preocupación por el otro y el compartir la vida de la comunidad son elementos claves de la filosofía *Ubuntu*. Esta ética africana puede ser entendida de esta manera: somos personas a través de otras personas, no podemos ser en plenitud si somos solos. *Ubuntu* es estar abierto y disponible para las otras personas y tener conciencia de que somos parte de algo mayor, la comunidad o humanidad. Si es así, no podemos aceptar que las personas que forman parte de nosotros sufran dolor cuando están en la etapa final de la vida.

Ubuntu, como clave de la cosmovisión africana, nos ayuda a entender que ningún miembro de nuestra comunidad podrá quedarse desatendido. Porque la enfermedad de una persona es de toda la comunidad. Cuando un miembro está enfermo es toda comunidad la que se encuentra enferma. No cuidar de los enfermos contradice nuestra humanidad compartida.

²⁵³ Cf. Alexandre do Nascimento, “Ubuntu como fundamento”, *UJIMA*, n° 20 (2014): 1-5.

²⁵⁴ Fernando Susaeta Montoya, *Introducción a la filosofía africana. Un pensamiento desde el cogito de la supervivencia* (Las Palmas de Gran Canaria: Idea, 2010), 151.

²⁵⁵ Cf. David W. Lutz, “African Ubuntu philosophy and global management”, *Journal of Business Ethics*, n° 84 (2009): 313–328.

2. Escasez de recursos sanitarios y acceso a los cuidados paliativos: la exigencia ética de la solidaridad

2.1. Recursos sanitarios escasos y exigencias éticas de la solidaridad

Ofrecemos ahora las reflexiones de los teólogos morales y bioeticistas que contribuyeron al debate sobre recursos escasos en el campo sanitario.

La escasez de recursos sanitarios y la creciente demanda de servicios sanitarios, cambió el enfoque de la Bioética. Antes, la Bioética estaba más preocupada por la cuestión de la autonomía del paciente, hoy se centra en la justicia sanitaria.

La característica de la Bioética Clínica de nuestro siglo es el cambio de una Bioética centrada en el consentimiento o autonomía del paciente a una Bioética que se enfrenta con la escasez de recursos sanitarios. Al hablar de la salud frente a los posibles tratamientos disponibles en nuestros días, uno de los grandes problemas es la escasez de recursos.

Javier de la Torre, aludiendo a esta nueva tendencia de la Bioética, defiende que hemos pasado de la autonomía hacia la justicia y la solidaridad en materia de asistencia sanitaria²⁵⁶. En el contexto de nuestro debate sobre el acceso de los cuidados paliativos, pensamos que la solidaridad supera la justicia. Nuestro modo de ver encuentra fundamentos en la propia Bioética Teológica. Dentro de esta línea Javier Gafo sostiene que una dimensión fundamental de la solidaridad es la de su relación con las necesidades de las personas vulnerables²⁵⁷. Conectando este pensamiento con nuestro objeto de estudio, debemos dejar claro que la condición de enfermo terminal es de extrema vulnerabilidad.

Nosotros aplicamos este nuevo enfoque de la Bioética a la relación entre recursos escasos y cuidado de los enfermos terminales. En el caso concreto de los enfermos terminales, en el sistema sanitario de Mozambique, éstos no son tratados con dignidad. Es decir, no existe en este país una adopción de medidas razonables que permitan mejorar el acceso a los servicios de tratamiento del dolor y cuidados paliativos²⁵⁸.

²⁵⁶ Cf. Javier de la Torre Díaz, *Bioética: vulnerabilidad y responsabilidad en el comienzo de la vida* (Madrid: Dykinson, 2015), 98.

²⁵⁷ Javier Gafo, “Los principios de justicia y solidaridad en Bioética”, en *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*, ed. Javier Gafo (Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1999), 153-186.

²⁵⁸ Human Rights Watch, *Por favor, no nos hagan sufrir más. El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano* (New York: Human Rights Watch, 2009), 19.

Nos preocupa en esta tesina el dolor por el efecto que tiene sobre el enfermo y su familia. Sin duda alguna, el dolor es percibido por ellos como una progresión de la enfermedad hacia la muerte²⁵⁹. Por ello, la atención al dolor debe ser una preocupación principal para el Estado.

Nuestro fundamento ético es que la participación en la naturaleza humana debe ser la base necesaria y suficiente para recibir la asistencia sanitaria en situación de enfermedad terminal²⁶⁰.

En los países en vía de desarrollo, la falta de recursos básicos hace de la salud un derecho que no se puede ofrecer de la mejor manera a la población. Además, la economía de mercado llegó a los sistemas de sanidad. De hecho, estamos de acuerdo con la afirmación de F. J. Alarcos, que sostiene que “la economía se ha convertido en un imperativo, e incluso en un imperativo dominante. Es cierto que toda vida social tiene una dimensión económica pero, para nuestra sociedad, no es una simple dimensión, sino un resorte”²⁶¹.

A día de hoy, la sanidad obedece las mismas leyes que la gestión de cualquier empresa. Como sabemos, la economía moderna, con sus leyes de mercado, simplifica la profundidad del ser humano, pues “destraba toda la compleja trama de las relaciones sociales, dejándola desnuda, desprotegida, desarmada y expuesta, incapaz de resistirse a las reglas del juego y a los criterios de racionalidad inspirados y modelados por el comercio”²⁶².

Operando en una lógica de coste-beneficio, el sistema de sanidad en Mozambique debe gestionar los pocos recursos que tiene para los graves problemas de salud pública. El sistema de sanidad tiene prioridades que responden a su población mayoritariamente joven. Se concentra en enfermedades que puedan reducir la mortalidad infantil y juvenil, y en la salud maternal.

Frente a la obligación moral de ofrecer los CP a los enfermos terminales surgen algunos interrogantes morales. El problema ético de la justicia distributiva en recursos de salud se relaciona con la escasez de los recursos. Jesús Conill ha expuesto el problema de la siguiente manera: “si deben desatenderse otros servicios sociales por atender a los sanitarios, si todo gasto en salud se puede exigir en justicia, si el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria es ilimitado y, si no es así, cuáles son los límites de las prestaciones sanitarias, cómo fijarlos y conforme a qué prioridades”²⁶³.

²⁵⁹ Wilson Astudillo y Carmen Mendinueta, “Bases para el tratamiento del dolor del enfermo en fase terminal”, en *Medicina Paliativa. Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*, ed. Wilson Astudillo, Carmen Mendinueta, y Edgar Astudillo (Pamplona: Universidad de Navarra, 2008), 321-332.

²⁶⁰ Jorge Ferrer, *Sida y Bioética: de la autonomía a la justicia* (Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1997), 296.

²⁶¹ Alarcos Martínez, *Bioética y pastoral de la salud*, 164.

²⁶² Zygmunt Bauman, *Modernidad líquida* (Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2003), 10.

²⁶³ Conill, 113 – 133.

Sin duda alguna, ante la insuficiencia de los recursos sanitarios, se busca una manera de justo reparto de los mismos. Por eso, la ética sanitaria se sitúa ahora, no solo en la relación inmediata entre el médico y el paciente, sino también en un ámbito público, tanto con relación a la financiación como con la producción de la salud. Esta se convierte ahora en un bien público²⁶⁴.

Aquí, está claro que las necesidades sanitarias se pueden expandir sin límites, y el dinero invertido en la sanidad puede seguir creciendo; además el dinero empleado en sanidad deja de ser invertido en otras áreas también importantes, como la educación, la vivienda y otros bienes sociales imprescindibles para la vida del ser humano. La manera en que se asignan los recursos sanitarios determinará la calidad de vida y salud de sus ciudadanos.

En la distribución de recursos sanitarios, la eficiencia significará estar al servicio de los valores y de los bienes. De este modo, la maximización tiene que afectar no sólo a la mayoría sino a todos y cada uno²⁶⁵.

La escasez de recursos financieros en el sistema de sanitario nos impulsa a entrar en el campo de la economía y la ética. La economía es la gestión de los recursos escasos de manera eficiente. La ética nos dice lo que es correcto hacer; apunta al deber. Es justamente dentro de esta relación entre ética y economía sanitaria donde se encuadra el problema de esta tesina de Teología Moral. Concretamente, mostramos que la falta de cuidado de los enfermos terminales en el sistema nacional de salud de Mozambique, leída desde el principio bioético de la solidaridad, puede ofrecernos una perspectiva distinta.

En el contexto de la extrema escasez de los recursos sanitarios que vivimos en Mozambique, sería inútil seguir el principio de justicia para plantear el acceso a los cuidados paliativos, pero como hemos visto, el principio de la solidaridad es un recurso importante cuando hay conflictos de valores aplicando los otros principios de la Bioética Principialista.

En este caso, vemos el principio de la justicia sanitaria que puede justificar la no inclusión, hasta el momento, del programa de los CP en los hospitales públicos. Sin embargo, la solidaridad nos llama a mirar las necesidades de cada enfermo y su vulnerabilidad.

El principio bioético de la solidaridad nos orienta hacia una nueva perspectiva en el tema de la Biomedicina y de las ciencias de la salud, en concreto lo que es la distribución de los recursos sanitarios. El principialismo solidario, como lo apellidó el teólogo moralista, Juan María de Velasco, nos invita a desarrollar políticas sanitarias basadas en el principio de la solidaridad²⁶⁶.

²⁶⁴ Cf. *Ibíd.*

²⁶⁵ Cf. Diego García, “Ética y economía”, en *Ética y gestión sanitaria*, eds. José Ramón Amor, Iñaki Fernando, y Julián Ruiz (Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2000), 43-54.

²⁶⁶ Cf. Velasco, *La Bioética y el principio de solidaridad: una perspectiva desde la ética teológica*, 353.

En este orden de ideas, en nombre de la solidaridad se justifica conceder los mínimos tratamientos y cuidados sanitarios a los pacientes terminales para aliviar su dolor. De este modo defendemos la dignidad de los enfermos terminales, pues en su estado de precariedad e indefensión se encuentran necesitados de nuestro cuidado y ayuda. En la Bioética Clínica, el principio solidario nos obliga a tomar decisiones atendiendo al estado de necesidad y vulnerabilidad en el que se encuentra el enfermo.

Ciertamente, esta visión tiene su debilidad, puesto que “la constitución y la conservación del ser de la persona, cuando tiene poca cosa que ofrecer a cambio de lo que recibe, es asunto de las comunidades, puesto que sólo en ellas la justicia exige que cada cual reciba de acuerdo con su necesidad, independientemente de su capacidad de contribuir”²⁶⁷.

Es verdad que hay problema de extrema escasez de los recursos sanitarios, pero también es verdad, que hay condiciones mínimas para cuidar de estos enfermos. Entre las razones que avalan nuestras afirmaciones, podemos citar el hecho de que el gasto sanitario por habitante se sitúa en 18€ (gasto sanitario total por cada habitante), el gasto por sanidad fue de 8,81% del gasto general público y 3,94% del PIB. Estos datos muestran que no se invierte mucho en la sanidad.

Para garantizar el derecho a la asistencia médica, es imperioso adoptar mecanismos que ayuden a las personas a morir de modo humano, administrando analgésicos opioides y respetando sus valores personales. Por lo tanto, en un Sistema Nacional de Salud, como es el mozambiqueño, el tratamiento del dolor debe formar parte de la asistencia que se ofrece al ciudadano. Es verdad que, en el contexto mozambiqueño de escasez de recursos, no se puede exigir los mismos tratamientos que se aplican en contextos de una Medicina muy avanzada.

La solidaridad significa, en este contexto de los CP en Mozambique, no ser indiferente con el sufrimiento ajeno. La preocupación por el sufrimiento de los enfermos terminales no obliga a hacer lo imposible, pero sí a utilizar los recursos disponibles y de bajo costo, como son los analgésicos opioides, para paliar el dolor que sufren muchos enfermos terminales.

2.2. La solidaridad en las desigualdades mundiales en materia de salud

Con este apartado empezamos el análisis del problema de la escasez de recursos y falta de CP en el Sistema Sanitario de Mozambique. Lo haremos partiendo del contexto macro al micro. Es decir, abordaremos la cuestión desde la Comunidad Internacional hasta la familia.

²⁶⁷ Raúl González, “Salud, Justicia y economía”, en *Salud, justicia y recursos limitados*, ed. Javier de la Torre Díaz (Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2012), 37-81.

En el contexto internacional, considerando el desarrollo del conocimiento científico en Medicina y la evolución tecnológica de las técnicas de diagnóstico y producción de nuevos medicamentos, ya no se considera necesariamente a todos los enfermos del sida y cáncer como enfermos terminales. En cambio, en el Sistema Sanitario de Mozambique, debido a la falta de acceso a estos medios tecnológicos y a la escasa investigación biomédica, el cáncer y el sida son, en muchos, casos enfermedades que llevan a la persona a la condición de enfermo terminal. A esto asociamos el hecho de que la población no tenga fácil acceso a los puestos de salud y no pueda beneficiarse de los nuevos fármacos.

Esta situación es denominada por la OMS inequidades sanitarias o, en el lenguaje del Magisterio de la Iglesia, falta de distribución equitativa de las estructuras sanitarias y de los recursos económicos. La OMS define esta situación de siguiente modo: “se entiende por inequidades sanitarias las desigualdades *evitables* en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países”²⁶⁸.

Estas desigualdades preocupan no sólo a la OMS, sino también a los gobiernos de los países en desarrollo, la Iglesia, las organizaciones no gubernamentales que operan en el área de la salud, moralistas y bioeticistas. De modo general, las desigualdades²⁶⁹ en salud son visibles y se reflejan en indicadores tan simples como la esperanza de vida al nacer, la tasa de mortalidad infantil.

De modo general, la esperanza de vida es alta en los países desarrollados y muy baja en los países en vías de desarrollo. La tasa de mortalidad infantil es alta en los países pobres y baja en los países ricos. Por ejemplo, en España la esperanza de vida es de 82.7; en Mozambique es de 57.6 (datos correspondientes al año 2016 en ambos países). La tasa de mortalidad infantil es mayor en Mozambique (7,2) que en España (2.7).

Podríamos comparar más indicadores, pero dada la obviedad de la situación no vamos a detenernos en ello. Seguimos con la reflexión ética sobre las desigualdades en materia de salud. B. Bórquez, desde la Bioética, apuntó algunas propuestas, como es el caso del fortalecimiento de los instrumentos del derecho internacional, el empoderamiento de los comités de Bioética como instancias de denuncia de las situaciones generadoras de desigualdades, y la promoción de los derechos universales²⁷⁰.

²⁶⁸ “Conceptos claves”, OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Consultado el 20 de noviembre, http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/.

²⁶⁹ Para un estudio exhaustivo sobre el asunto se puede consultar este informe de la OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca, Ginebra 2008.

²⁷⁰ Cf. B. Bórquez Polloni, “Las otras inequidades en salud: un reto de la bioética”, *Calidad Asistencial* 292 (2014): 112-115.

Desde nuestro punto de vista, además de estas propuestas que se sitúan sobre todo en el campo jurídico, la complejidad de la situación exige de toda la humanidad la ética de la solidaridad. Nuestra posición es avalada por algunos autores, como J. Gafo y A. Bras, que defienden que la ayuda a los países pobres en recursos sanitarios constituye un obligado acto de solidaridad internacional²⁷¹.

Si la solidaridad fuese vivida como virtud moral de las personas y un principio ético de las instituciones, las graves desigualdades en materia de salud podrían ser sanadas. La solidaridad también fue propuesta por la Unión Europea como forma de reducir las desigualdades en salud²⁷². Este principio de la Unión puede explicarse en la relación entre países pobres y ricos en materia de salud.

En la “Nueva Carta de los Agentes Sanitarios”, se menciona también el mismo principio bioético de la solidaridad para acabar con las desigualdades en materia de salud²⁷³. El Papa Francisco subrayó la necesidad de actuar con solidaridad frente a las disparidades mundiales en materia de salud, en el mensaje enviado al cardenal Peter Kodwo Appiah Turkson, Prefecto del Dicasterio para el Servicio del Desarrollo Humano Integral, con ocasión de la XXXII Conferencia Internacional sobre el tema “Enfrentar la disparidad mundial en materia de salud”²⁷⁴.

Margaret Chan, en su intervención ante la ONU, como Directora General de la OMS, argumentó que la solidaridad y responsabilidad compartida son el camino para vencer las inequidades en materia de salud²⁷⁵.

Apuntamos a la solidaridad como perspectiva de solución del problema porque ella mueve, además de la razón humana, los sentimientos de las personas hacia a las necesidades de los más vulnerables. Eso se traduce en el cuidado y responsabilidad por los más frágiles del planeta en materia de salud, los enfermos terminales. Esta solidaridad se funda en el reconocimiento de la dignidad de estas personas (enfermos terminales).

²⁷¹ Cf. Gafo y Bras, 162.

²⁷² Cf. Unión Europea, *Reducir las desigualdades en materia de salud en la Unión Europea* (Luxemburgo: Oficinas de Publicaciones de la Unión Europea, 2011).

²⁷³ Puede consultarse el número 142 de este documento.

²⁷⁴ Francisco, *Mensaje del santo padre francisco a los participantes en la conferencia internacional sobre el tema "afrentar las disparidades globales en materia de salud"* (18 de noviembre de 2017).

²⁷⁵ Cf. “Globalización y Salud”, Discurso en la Intervención ante la Asamblea General de las Naciones Unidas”, Margaret Chan, Directora General de la OMS, 24 de octubre de 2008. Consultado el 25 de noviembre de 2017, <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081024/es/>.

2.3. Las exigencias éticas de la solidaridad en el sistema de sanitario de Mozambique

Las desigualdades de salud existen dentro del mismo país. En el caso de Mozambique, como ya tuvimos oportunidad de afirmar, hay grandes diferencias en el acceso a la salud entre la población urbana y rural. Pero también las hay entre ricos y pobres. Las personas con ingresos económicos pueden acceder a una consulta privada, incluso ir al extranjero para acceder a tratamientos médicos de calidad. Por ejemplo, se sabe que muchos dirigentes políticos y personas con alto nivel económico se benefician de la Medicina de la República Sudafricana y de la europea. Además, dada la corrupción en los hospitales públicos, ellos pueden sobornar a los profesionales sanitarios y tener privilegios en relación a los que no pueden.

La corrupción constituye un gran obstáculo para acceder a los servicios de salud para cualquier enfermo, no sólo por pensar que deberá pagar algo más de lo que está establecido por la ley o por las largas colas en los hospitales, sino, sobre todo, porque sabe que no va a recibir buenos cuidados. En la opinión del CIP (Centro de Integridad Pública), la corrupción reduce los recursos existentes para la salud, baja la calidad, la equidad y la efectividad de los servicios y aumenta los costes de los servicios ofrecidos²⁷⁶.

Por eso, vemos que desde el principio de la justicia sanitaria se puede justificar la no inclusión, hasta el momento, del programa de los CP en los hospitales públicos. Sin embargo, la solidaridad, que incluye el cuidado, nos llama a prestar atención a la dignidad, fragilidad y vulnerabilidad de estos enfermos.

En cuanto a la relación entre recursos escasos y cuidado de los enfermos terminales, solo podemos plantear los CP si estamos dispuestos a humanizar nuestro sistema sanitario.

Aunque la realidad de los recursos escasos no permite que se pueda dar a los enfermos terminales una asistencia adecuada a sus necesidades, lo primero de todo es humanizar el sistema sanitario. Dicho de otro modo, el Estado mozambiqueño debe hacer lo que sea necesario para que su razón de ser sea estar al servicio de la persona. En otras palabras, humanizar significará, en este caso, impregnar el sistema sanitario de valores humanos, como el respeto a la dignidad humana del enfermo, el respeto de la integridad, o tener en cuenta la vulnerabilidad en la que se encuentra el enfermo.

Humanizar los servicios sanitarios será no perder nunca de vista la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que derivan de la misma²⁷⁷. Decir a los enfermos terminales que ya no hay nada que hacer por ellos, no es una actitud que respeta su dignidad. Recordemos que

²⁷⁶ Cf. Mosse y Cortez, *A corrupção no sector da saúde em Moçambique*, 6.

²⁷⁷ Cf. Juan Carlos Bermejo, *Humanizar la asistencia sanitaria. Aproximación conceptual* (Madrid: Centro de humanización en salud, Desclée de Brouwer, 2014), 10.

uno de los objetivos de los cuidados paliativos, según la OMS, es reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal. En este sentido, a pesar de la escasez de recursos, se podía demostrar por la empatía con el enfermo que la vida tiene valor y acompañarle en el proceso de morir.

Considerando que uno de los problemas que causa sufrimiento en un enfermo terminal es sentirse poco querido y escasamente atractivo²⁷⁸, las autoridades sanitarias deben cultivar actitudes institucionales de empatía y compasión con la persona que se encuentra en dicha situación.

La reflexión, ofrecida por el Magisterio Pontificio, parte de la sacralidad de la vida y de la dignidad humana, para afirmar que el Estado tiene obligación de dar asistencia sanitaria a los ciudadanos: debe cuidar de cada individuo y de la salud colectiva sin hacer excepciones de personas (no excluir a nadie, ni siquiera a los que por su propia culpa han perdido la salud), iluminada por una visión integral de la persona humana. En el cuidado de los enfermos, la sociedad debe ser guiada por el principio de la solidaridad y, obedeciendo una lógica de equidad (que significa tratar a cada uno conforme a sus necesidades) no dejarse llevar por intereses económicos.

Para conseguir esto hay que trazar principios de actuación: es evidente que el país no posee muchos recursos sanitarios, a veces faltan los básicos. Además, cuidar enfermos con dolor “exige un alto nivel de preparación teórica y práctica en muchas áreas de la medicina, de la enfermería y de otras profesiones que intervienen en la asistencia”²⁷⁹.

Para garantizar el derecho a la asistencia médica, es imperioso adoptar mecanismos que ayuden a las personas a morir de modo humano, administrando analgésicos opioides y respetando sus valores personales. Por lo tanto, en un Sistema Nacional de Salud, como el mozambiqueño, “el tratamiento del dolor debe formar parte de la asistencia que se ofrece al ciudadano. Podrá discutirse cuál es el modelo más adecuado para proporcionar un tratamiento eficaz del dolor, pero nunca dejarlo sin cubrir”²⁸⁰.

Frente a la obligación moral de tratar a todos con la misma consideración y respeto en lo social y ante la gravedad de personas que viven y mueren con dolor, los CP y el tratamiento del dolor son una exigencia ética para el Estado.

²⁷⁸ Cf. Wilson Astudillo y Carmen Mendinueta, “El sufrimiento en los enfermos terminales”, en *Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*, eds. Wilson Astudillo, Carmen Mendinueta y Edson Astudillo (Pamplona: Universidad de Navarra, 2008), 417-427.

²⁷⁹ M. Marijuán, “El tratamiento del dolor y sus problemas éticos”, en *Ética en cuidados paliativos*, ed. Azucena Couceiro (Madrid: Triacastela, 2004), 129.

²⁸⁰ OMS, *Programas de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión. Resumen de orientación*, 2ª ed. (Ginebra: OMS, 2002), 135.

Los CP son un deber ético; en la terminología aristotélica serían el justo medio entre dos extremos en la práctica médica: la obstinación terapéutica y la aceleración irresponsable de la muerte. Los CP no precipitan deliberadamente la muerte del enfermo, pero tampoco prolongan innecesariamente la agonía, sino que le ayudan a no sufrir mientras no llega la muerte. Por ello, para nosotros, constituyen un derecho que los gobiernos deben asegurar a sus ciudadanos. Además, la atención de los enfermos terminales es un buen índice para conocer el grado de estima que tiene una sociedad respecto a la dignidad de las personas.

Podemos, ahora, sintetizar las exigencias éticas de la solidaridad en la relación entre el Estado y enfermos terminales. Las exigencias básicas que orienta esta relación son: el respeto a la dignidad humana, la compasión por las personas que se encuentra en situación de vulnerabilidad y fragilidad, y el cuidado de la integridad de cada enfermo. Pero lo que nunca debería abandonarse a los enfermos. Recientemente, el Papa Francisco nos recordó que el imperativo categórico es nunca abandonar a la persona enferma²⁸¹. Es necesario que el Estado mozambiqueño actúe siempre según la proximidad responsable, mire a los recursos, pero ponga en el centro, como fin último, la persona humana.

La solidaridad, entendida como empatía y compartir, impulsará al Estado a preocuparse de cuidar de los enfermos terminales. Además, como hemos resaltado a partir del concepto *Ubuntu*, cuidar de otro es cuidar de nuestra humanidad. Por eso, es una contradicción cuando no cuidamos de los enfermos terminales.

El tema de los CP nos empuja al Bioderecho. Debemos acercarnos a las varias declaraciones internacionales que garantizan el derecho a no sufrir. En otros términos, encontramos en el Bioderecho lo que ya hacía tiempo que la Bioética recomendaba:

“La necesidad de garantizar a todas las personas que se respetará su derecho a afrontar el trance final de su vida, respetando la dignidad de cualquier persona durante el proceso de morir y hasta el momento de su muerte; y también en el acompañamiento humano de estos procesos, desde situaciones paliativas y terminales hasta el tratamiento del cadáver y los procesos de duelo”²⁸².

En los últimos tiempos, la preocupación sobre el dolor ha sido creciente. En los años 80 del pasado siglo, la OMS comenzó a desarrollar una iniciativa mundial para promover el alivio del dolor y la disponibilidad de opioides en todo el mundo. A este esfuerzo de la OMS se unieron varias organizaciones gubernamentales y ONGs, como el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), la Asociación Internacional de Hospices y Cuidados Paliativos (IAHPC), la Alianza Mundial para el

²⁸¹ Francisco, *Mensaje del Santo Padre al Presidente de la Academia Pontificia para la Vida con motivo del Encuentro Regional Europeo de la “World Medical Association” sobre los temas del “final de la vida”* (17 de noviembre de 2017).

²⁸² OMS, *Programas de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión. Resumen de orientación*, 52.

Cuidado Paliativo (WPCA), las Asociaciones Europea (EAPC), Latinoamericana (ALCP) y Africana (APCA) de Cuidados Paliativos, y otras que se preocupan por los cuidados paliativos²⁸³.

Mozambique participa asiduamente en las cumbres de la OMS, es apoyado por muchas organizaciones gubernamentales y ONGs, pero no presta mucha atención a la ayuda que debe prestarse para mitigar el dolor de muchos pacientes oncológicos y de sida. Su política asistencial no contempla la atención paliativa, sus enfoques son de cara a la prevención y atención primaria. En su política sanitaria, Mozambique no considera los CP como un problema de salud pública, por ello no consta en su plan estratégico de salud.

El último plan del MISAU que va hasta 2019 no se refiere a los CP en ningún párrafo, aunque habla de los enfermos de sida y la necesidad de englobar a más personas con el tratamiento retroviral. En cuanto al cáncer apuesta por la prevención, detección temprana y tratamiento pero faltan los cuidados paliativos.

La cuestión es si los CP no son parte del derecho a la salud que se garantiza en la Constitución del país. La respuesta a esta cuestión no es sencilla, pero se puede intentar apelar a la participación de este país en los organismos internacionales, como la OMS y la ONU. La *Human Rights Watch* defiende el acceso a tratamiento del dolor como un derecho humano²⁸⁴. Entonces, más que un derecho a la salud constituiría un derecho humano; eso quiere decir que es, *per se*, inviolable.

En esta línea, además de considerar el derecho a la salud, que el país otorga a su población fruto de la política socialista adoptada después de la independencia, podemos ir al nivel internacional para sostener el mismo derecho. Así, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 25.1), la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos (art. 16) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12) muestran como instrumento importante para el Estado, defender el derecho a la salud de sus miembros.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, órgano que supervisa el cumplimiento del pacto, admite que el derecho a la salud es de cumplimiento progresivo por parte de los países, pues depende de los recursos que cada uno dispone, pero indica algunas obligaciones básicas, como es la necesidad de garantizar el derecho de acceso a los establecimientos, bienes y recursos de salud esenciales en el ámbito de la salud: facilitar medicamentos esenciales y asegurar una distribución equitativa de los recursos sanitarios.

²⁸³ Cf. Stefania Negri, *Cuidados paliativos y derecho internacional de los derechos humanos: el derecho universal a no sufrir* (Salerno: Universidad de Salerno, sf), 4.

²⁸⁴ Cf. Human Rights Watch, *Por favor, no nos hagan sufrir más. El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano*, 21.

Los CP están contemplados en el derecho a la salud que se defiende en casi todos los países, pues son indispensables para que la persona no sufra dolor y pueda morir con dignidad. Por ello, según la OMS, los países tienen la obligación de implementar progresivamente servicios de cuidados paliativos, pues estos deben tener prioridad dentro de los programas de salud pública y control de enfermedades, como se puede leer en su documento de directrices: “la adopción de medidas que garanticen la prestación de buenos CP es un componente esencial de cualquier programa de lucha contra el cáncer”²⁸⁵. Además, siguiendo el principio ético de la justicia, sería discriminatorio un derecho de salud que no incluya cuidados paliativos, a no ser que el Estado garantice el derecho a la asistencia médica sólo para algunas enfermedades, lo que no es el caso de Mozambique.

A nuestro juicio el Estado, al garantizar un derecho a la salud, debe garantizar un acceso universal a los servicios de atención paliativa, facilitar los medicamentos básicos para el alivio del dolor e implementar políticas nacionales específicas de cuidados paliativos. Por ello “la falta de reconocimiento del carácter prioritario que reviste el desarrollo de servicios de CP dentro de los servicios de atención de la salud constituirá una violación del derecho a la salud”²⁸⁶.

La OMS insta a los gobiernos a cumplir con su obligación de garantizar el derecho a los cuidados paliativos. Éstos deberían integrarlos en sus políticas sanitarias, como también tendrían que promover una mayor conciencia sobre la importancia de la atención paliativa y garantizar la disponibilidad de analgésicos opioides en todos los entornos de atención sanitaria. No obstante Mozambique es un país en desarrollo y no consigue disponer de forma satisfactoria de los estupefacientes médicos para atenuar el dolor.

El gran problema de los CP en muchos países no es tanto de recursos económicos para invertir en los paliativos, cuanto la adopción de medidas razonables que permitan mejorar el acceso a los servicios de tratamiento del dolor y Cuidados Paliativos y establecer el equilibrio justo entre el deber de garantizar la disponibilidad de medicamentos controlados para fines legítimos y la prevención de su abuso²⁸⁷.

Mozambique no consigue asegurar una distribución efectiva de morfina. Las leyes no favorecen que haya una distribución accesible de morfina en las farmacias, ni se consume la morfina oral; sólo existe morfina inyectable. La morfina es solo usada en el entorno hospitalario, en especial en hospitales públicos, en cantidades muy controladas para los pacientes recién operados que sufren dolor severo. No se habla de morfina para los pacientes de cáncer y sida. Los

²⁸⁵ OMS, *Programas de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión. Resumen de orientación*, 22.

²⁸⁶ Human Rights Watch, *Por favor, no nos hagan sufrir más. El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano*, 17.

²⁸⁷ Cf. OMS, *Programas de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión. Resumen de orientación*, 19.

procedimientos excesivamente burocráticos disuaden a las instituciones de salud a la hora de adquirir morfina. La encuesta de AACCP (Asociación Africana de Cuidados Paliativos) llamó la atención a los países por causa de demoras entre la receta médica y el suministro debido a problemas en los sistemas de previsión y distribución²⁸⁸.

Otra cosa que atañe a los CP y el tratamiento de dolor es la falta de formación del personal sanitario en materias relacionadas con los CP y tratamientos del dolor. En Mozambique, en la carrera de Medicina, no hay una asignatura exclusiva sobre CP ni su tratamiento; esta situación tiene como consecuencia una falta de conocimientos sobre cómo diagnosticar y tratar el dolor; hay que añadir la desinformación sobre la morfina oral y los mitos sobre el uso de opioides.

Entre las reglamentaciones y prácticas de fiscalización de drogas que se consideran excesivas está la necesidad de autorización y habilitación especial de los profesionales sanitarios para administrar opioides; la transferencia de opioides sólo debe producirse entre instituciones o personas autorizadas a tal efecto por las leyes nacionales; debe exigirse receta médica como condición para el suministro de opioides a un paciente. Los gobiernos pueden imponer los requisitos adicionales que considere necesarios.

Se exige un equilibrio similar entre la obligación de garantizar la disponibilidad para fines médicos legítimos y la prevención de su abuso. Pero muchos países mantienen reglamentaciones innecesariamente estrictas, lo que genera complejos procedimientos de adquisición, almacenamiento y suministro de los medicamentos controlados. Como consecuencia de estas reglamentaciones excesivas los médicos no recetan los opioides para evitar los inconvenientes o por temor a sanciones penales; los procedimientos para recetarlos son tan poco prácticos que muchos pacientes no pueden asegurarse un suministro constante.

Para finalizar este abordaje, presentamos, a continuación, lo que podría ser, a nuestro juicio, los mejores cursos de acción a llevar a cabo en la temática del cuidado de los enfermos terminales.

2.4. Una propuesta para el cuidado de los enfermos terminales

Es deber de los gestores sanitarios mozambiqueños poner en marcha medidas para la implementación de los cuidados paliativos; a los sanitarios les corresponde brindar a los enfermos alternativas terapéuticas de indudable corrección técnica, de acuerdo con criterios médicos aconsejables y que tengan en cuenta el estado de los pacientes.

²⁸⁸ Human Rights Watch, *Por favor, no nos hagan sufrir más. El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano*, 26.

Para afrontar el problema de poder ofrecer asistencia a todos, ante la gravedad de las personas que viven y mueren con dolor, el ideal es construir unidades de CP donde trabajen equipos formados por médico, enfermera, asistente social, psicólogo, agentes comunitarios de la salud y pastor, realizando un servicio en todos los puestos de salud.

Dada a la escasez de médicos en las unidades sanitarias de las zonas rurales, donde vive la mayor parte de la población, en los equipos, el médico podría ser sustituido por un técnico superior formado en los Cuidados Paliativos. Esta medida requiere que los institutos superiores de ciencias de salud de este país realicen cursos de formación en esta disciplina.

La estructura sanitaria mozambiqueña, después de la independencia, incluía agentes polivalentes de salud que eran seleccionados en sus pueblos y recibían formación para ayudar a la comunidad en materias de salud; esta persona, integrada en el equipo del puesto de salud de su pueblo, sería responsable de identificar las necesidades en materia de cuidados paliativos, ayudado por el asistente social.

Esto es factible en Mozambique, de hecho, se tienen integrados a los asistentes sociales en algunas unidades sanitarias; será necesario, lógicamente, rescatar y potenciar los agentes polivalentes de salud que hay; a día de hoy esta responsabilidad se ha delegado en los líderes comunitarios.

La figura del agente polivalente es importante, no sólo porque aportaría a la comunidad conocimientos sobre Medicina, sino también a causa de las costumbres culturales que rodean la etapa final de la vida, que es diferente en las varias regiones del país.

Esta propuesta de creación de equipos de CP debe ser combinada con una reforma legal sobre la utilización de la morfina. Eso requiere que se facilite el acceso de la morfina a los centros sanitarios; en una primera fase se puede proveer hasta los centros sanitarios de segundo nivel. Recordamos que solo los hospitales de nivel superior recetan el uso de opioides. Tal medida exige que el gobierno elimine el excesivo reglamento en el uso de la morfina, y haga una evaluación de las necesidades reales para la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). Obrar de este modo no significa eliminar las medidas necesarias de control para evitar la desviación de los medicamentos para fines ilícitos.

Es urgente la formación de personal sanitario en cuidados paliativos. En las carreras de Medicina y en general sanitarias, se debe afrontar los problemas sobre el final de la vida, en particular las enfermedades terminales. Se ofrecerá a los alumnos herramientas científicas, integrando los nuevos saberes sobre el dolor y su tratamiento (neurofisiología, medición del dolor, técnicas quirúrgicas) y herramientas humanistas para capacitarse en la lucha contra el dolor, humanizando el proceso de morir de las personas.

El sistema sanitario mozambiqueño debe preocuparse más en adquirir, almacenar y suministrar la morfina de acuerdo con las necesidades de los enfermos. Sin duda alguna, es razonable habilitar a todos los técnicos superiores en la facultad para poder recetar y administrar la morfina oral en los enfermos. Además, es preciso abrir la posibilidad del uso de la morfina en domicilios. Teniendo en cuenta la realidad de Mozambique, la facultad de recetar morfina se debe ampliar al personal de enfermería en los distritos y zonas rurales, para que puedan recetar y administrar analgésicos opioides, incluyendo la morfina oral. Esta orientación viene de la OMS: “los médicos, el profesional de enfermería y los farmacéuticos deben estar facultados legalmente para recetar, suministrar y administrar opioides a los pacientes según las necesidades locales”²⁸⁹.

Cuando hablamos de las necesidades de paciente, tenemos que resaltar que éstas varían considerablemente según la persona; algunos individuos requieren dosis altas para lograr un control adecuado, por ello la restricción de las dosis no es éticamente justificable. Es imprescindible un plan adecuado a cada paciente.

Somos de la opinión de que los CP no son patrimonio de una especialidad, sino más bien uno de los fines esenciales de la medicina en general, debiendo hacer todo lo necesario para universalizarlos dentro del sistema sanitario mozambiqueño. Es decir, dada la falta de personal formado y de soporte económico, se podría formar a los profesionales de todas las unidades de modo que pudiesen dar el mínimo de los CP a los enfermos de su unidad hospitalaria.

3. La pastoral de la solidaridad de la Iglesia y los enfermos terminales

3.1. El cuidado de la solidaridad de la Iglesia

La labor pastoral de la Iglesia es importante, porque la Iglesia, en el continente africano, es la mayor dispensadora de servicios privados de sanidad, como expusimos en nuestro primer capítulo.

Además de la presencia de la Iglesia, a través de sus propias instituciones sanitarias, hay muchos consagrados y laicos católicos que son profesionales sanitarios.

En este sentido, es bueno que recordemos las palabras del enviado especial del Santo Padre el Papa S. Juan Pablo II a la Jornada Mundial del día del Enfermo en Yaundé, Camerún, en el 2005. El Cardenal Lozano Barragán, en su homilía enalteció el trabajo hecho por la Iglesia en África diciendo:

“Son numerosos los obispos, los sacerdotes, los religiosos y las religiosas que asisten a los enfermos en la Iglesia en África y algunos lo hacen sin tener ni siquiera una formación médica específica; todos lo hacen con un corazón rebosante de caridad, amor, compasión y delicadeza.

²⁸⁹ OMS, *Programas de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión. Resumen de orientación*, 10.

Como el buen samaritano (cf. Lc 10, 29-37), se detienen al lado de las personas que sufren y están heridas, para prestarles su asistencia”²⁹⁰.

La Iglesia en Mozambique es considerada por el Estado uno de los grandes colaboradores en el campo de la salud²⁹¹. Sin embargo, para la Iglesia, el cuidado de los enfermos es parte del anuncio del Evangelio. De este modo, la solidaridad es lo particular de la Iglesia²⁹².

A partir del compromiso de la Iglesia, avanzamos algunas propuestas pastorales. La acción pastoral en el campo sanitario se realiza, en la Iglesia de Mozambique, a varios niveles: Conferencia Episcopal, diócesis, parroquias, congregaciones que se dedican al cuidado de enfermos, hospitales (de las congregaciones o con participación de la Iglesia) y miembros de la Iglesia (consagrados y laicos que son profesionales sanitarios).

La Conferencia Episcopal de Mozambique actúa a través de la Comisión Episcopal de la Salud. Podemos decir que es el órgano coordinador de toda la acción pastoral de la salud a nivel de todo el país, diseñando las líneas generales de la misma en la Iglesia en Mozambique. Aunque su misión prioritaria no es llevar a cabo tareas específicas en el cuidado de los enfermos, está muy comprometida en el combate contra el VIH. Por eso, tienen proyectos en las comunidades sobre la educación, prevención, cuidado de enfermos infectados (ayudar a obtener la medicación, darles alimentos que ayudan a fortalecer el sistema inmunológico) y desarrolla proyectos para ayudar a los infectados a tener una vida normal.

Para llevar a cabo las acciones arriba descritas, la Comisión cuenta con un equipo que integra en general: un obispo, dos sacerdotes y cuatro a cinco laicos que coordinan las actividades de esta comisión. Los proyectos que posee la comisión están coordinados con el Ministerio de Sanidad y con instituciones gubernamentales y no gubernamentales que luchan contra el sida, la tuberculosis y otras enfermedades; también con instituciones de protección a las personas con discapacidad y entidades que defienden derechos de la mujer y de los niños.

En los primeros momentos, en torno al año de 1985, la Iglesia trabajó sólo en la educación sanitaria de las comunidades, ofreciéndoles instrumentos para prevención de las enfermedades. Pero, con el paso de tiempo, se vio la necesidad de intervenir el campo de la cura y del cuidado de los enfermos. En el 2005, la Comisión Episcopal de Salud, viendo que había muchos enfermos que enfermaban y morían en sus domicilios por no conseguir llegar a las unidades sanitarias, comienza los programas de cuidado domiciliario de los enfermos del sida y tuberculosis.

²⁹⁰ Lozano Barragán, Especial del Papa. *Homilía del día del enfermo* (Yaundé Camerún, 11 de febrero de 2005).

²⁹¹ Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, *Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2005-2009)* (Maputo: MISAU, 2006), 7.

²⁹² Cf. Gafo y Bras, *Sida y tercer mundo. Una llamada a la ética de la solidaridad*, 177.

La Comisión de la salud ha dado formación a activistas (se pueden asemejar a agentes sociosanitarios), con la ayuda del Ministerio de la Salud que visitaban a los enfermos en sus casas, les daban tratamientos sencillos y, en caso de necesidad, los llevaban en las “bicicletas ambulancias” a los puestos de salud. En los puestos de salud recibían asistencia sanitaria y, como en muchos casos no hay condiciones de hospitalización, los llevaban de vuelta a sus casas.

La misión de los agentes polivalentes de salud, como eran llamados estos agentes sociosanitarios, incluía enseñar a la familia los cuidados básicos que debería brindar al enfermo.

Nuestra propuesta pastoral es que esta experiencia con los enfermos del sida y tuberculosis sea generalizada y, de forma particular, aplicada a los enfermos terminales que se encuentran en sus domicilios sin ninguna asistencia.

La justificación que ofrecemos para ello es que muchos enfermos terminales se enfrentan a las mismas dificultades para acceder al cuidado sanitario, sobre todo los que se encuentran en zonas rurales. La solidaridad de la Iglesia se puede manifestar en la extensión de este cuidado a los enfermos terminales en general.

Además, que creemos que la Iglesia de Mozambique hizo muy bien es el cuidado de la alimentación de los enfermos del sida y tuberculosis. Las Cáritas de Mozambique y la Comisión Episcopal de la Salud ofrecían alimentación a todos los enfermos incluidos en sus programas y a los niños que padecían de desnutrición crónica; les daban sobre todo la soja molida que es una gran fuente de proteínas y contiene una cantidad suficiente de aminoácidos para satisfacer las necesidades de un adulto. Este alimento podría también ser utilizado para el alimento de muchos enfermos en fase terminal, porque uno de los dilemas de las familias pobres es qué dar al enfermo terminal.

Los agentes polivalentes, formados por la Comisión para responder a las necesidades de los enfermos del sida y tuberculosis, podían ser formados también para enseñar a la familia a cuidar del enfermo terminal. A ellos se sumarían los visitantes parroquiales, que visitan a los enfermos en sus casas. Estos últimos, de hecho, son los consoladores y soportes de las familias en los momentos de la enfermedad y muerte: animan a la familia con su presencia y su oración, infunden esperanza con la palabra de Dios que leen en las visitas y en los momentos de velatorio. Su presencia es una verdadera terapia emocional para la familia.

La labor de la Iglesia fue muy importante para vencer el estigma que las personas tienen debido a la enfermedad del sida. Los agentes polivalentes de salud educaban a las familias en la no estigmatización del enfermo. Como ejemplo, había familiares que se negaban a compartir los utensilios domésticos, como cubiertos y platos, con una persona enferma. La educación sanitaria

que ofrecían estos agentes ayudó bastante a divulgar las vías de contagio y a vivir normalmente con el infectado. Podemos decir que la Iglesia contribuyó en la humanización de los enfermos del sida y, del mismo modo, se puede formar a la familia a vivir la enfermedad terminal de su ser querido de forma más humana, aceptando los límites de nuestra naturaleza humana.

En algunas familias mozambiqueñas reina aún la costumbre de considerar la muerte como algo causado por alguien. Esta postura no facilita la vivencia de la muerte como un fenómeno natural. La pastoral de la salud dirigida a los enfermos terminales debe ayudar a la familia a vivir la muerte como algo natural.

Los equipos parroquiales que se dedican a visitar y a cuidar a los enfermos en sus casas, constituyen una ayuda para las familias. Pueden ayudar a minimizar los problemas que a veces afectan a las familias que asisten a un enfermo terminal. Su presencia junto a la cama del enfermo terminal ayuda al cuidador principal a no sufrir el síndrome de agotamiento/estrés. La animación espiritual que estos miembros de las parroquias llevan a la familia es de gran ayuda contra el auto-reproche (sentirse culpable por la enfermedad que sufre el miembro de la familia que se encuentra en situación de enfermedad terminal). La palabra de Dios, que los miembros de la pastoral de la salud leen y comentan en las visitas a los enfermos, alienta y fortalece a los familiares del mismo para que no caigan en sentimientos perniciosos.

En los cuidados domiciliarios, la pastoral de la salud cuenta también con miembros de las comisiones parroquiales que practican una medicina basada en las plantas. Estos poseen farmacias en las parroquias que contienen medicamentos hechos a base de plantas que curan algunas enfermedades oportunistas que pueden ayudar a los enfermos que los necesitan. Sería bueno que esta práctica se potenciara más de modo que pudiera beneficiar a más enfermos sobre todo los que están en fase terminal.

La Iglesia debería hacer un esfuerzo mayor para formar a sus miembros en contenidos de Bioética y Teología Moral y sobre los documentos del Magisterio de la Iglesia sobre materia sanitaria. Esta formación debía darse en las etapas iniciales de formación del personal sanitario católico. En este sentido, podría ofrecer talleres de formación en materia de humanización de la asistencia sanitaria a los jóvenes cristianos que empiezan la carrera universitaria de Medicina.

3.2. La propuesta solidaria de la Iglesia y humanización del Sistema Sanitario de Mozambique

A nuestro modo de ver, lo que la Iglesia en Mozambique debería incluir de novedoso en su pastoral de la salud es una Comisión de Bioética, constituida por bioeticistas y teólogos morales, médicos y juristas. Creemos que es una necesidad que la Conferencia Episcopal tenga un órgano que le asesore en la reflexión sobre los problemas morales que acontecen en el entorno del hospital o del ámbito del cuidado de la salud. A tenor de eso, recordamos que la misma Conferencia, por no tener un órgano asesor en estos asuntos, raramente escribe sobre los mismos. Si se publica un comunicado, a veces, presenta lagunas que podrían ser sanadas con una reflexión conjunta de la comisión. Podemos recurrir a un ejemplo reciente, el caso de la propuesta de ley de trasplantes de órganos, tejidos y células humanas²⁹³, la Conferencia Episcopal no publicó ninguna carta de reflexión sobre la valoración moral de la propuesta de la ley ni las posibles implicaciones bioéticas.

Es cierto que la Conferencia tiene intervención en temas como el aborto, la trata de personas, el sida, y temas más relacionados con la justicia social, pero le falta una intervención más fundamentada y más audaz en los temas de Bioética. De hecho, la misión de la comisión de Bioética asesora la Conferencia será la de verificar y ofrecer rigor conceptual y argumentativo de la reflexión realizada por los obispos de la Conferencia. Por ello, la misma Comisión comenzaría por situarse a nivel de la especulación metaética, poniendo a prueba el lenguaje, analizando los conceptos y métodos de raciocinio, precisando el significado de los términos²⁹⁴. Este planteamiento ético incluirá, a través de la presencia de los abogados en la Comisión, aspectos legales necesariamente porque las cuestiones de los derechos de las personas en cuidados de la salud están cada vez más presentes en la realidad mozambiqueña. Por eso, es imprescindible dar a los obispos un asesoramiento legal.

El papel de los bioeticistas será también el de intermediar entre el personal médico, enfermería, pacientes y familiares. En este sentido creemos que los miembros de la comisión pueden ejercer una tarea en todo lo relativo al cuidado de las emociones, el mundo psicológico de los intervinientes y el apoyo espiritual de los mismos.

En el contexto de los recursos sanitarios escasos y cuidado de los enfermos terminales de que hablamos, la función intermediaria de los miembros de la comisión será cuidar de ayudar a todos en la toma de decisiones que respeten los valores del enfermo y los valores de sus familiares

²⁹³ Cf. Conselho de Ministros, *Proposta de Lei de Transplantes de órgão, Tecidos y Células Humanas, Assembleia da República VIII Legislatura, AR – VIII/Prop. Lei/210/03* (Maputo: Assembleia da República, 2016).

²⁹⁴ Cf. Vítor Coutinho, *Bioética e Teologia: que paradigma de interacção?* (Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2005), 183.

y no a reducir los problemas de la enfermedad en fase terminal a simples problemas técnicos, económicos, científicos o sociales.

Esta postura implicará un abordaje global de cómo el sistema sanitario mozambiqueño debe enfrentar el problema del cuidado de los enfermos terminales con pocos recursos sanitarios. Además, será una forma de obligar a los otros campos científicos, como la Medicina, Administración y Gestión Hospitalaria, Economía, Enfermería y los demás campos de saber, intervinientes en el cuidado de los enfermos terminales, a tener en cuenta un nivel de responsabilidad ética capaz de cuestionar los propios métodos, conceptos y teorías²⁹⁵.

La llamada a la responsabilidad ética de los profesionales de los diversos saberes intervinientes en el cuidado de los enfermos terminales constituye una búsqueda de una totalidad para la persona humana, con el objetivo de superar la fragmentación a la que en este momento están expuestos los enfermos terminales en Mozambique.

Es necesario cambiar la mirada de algunos profesionales de la Medicina y Enfermería en Mozambique, porque el cuidado de los enfermos es siempre una tarea moral, y no sólo cuestión de elegir las técnicas más adecuadas, se debe tener en cuenta la realización personal del individuo cuidado, pues el cuidado que se ofrece al enfermo toca con su dignidad. La misión de los miembros de la Comisión deberá ser la de invitar al personal sanitario a superar los interrogantes técnicos sobre la mejor forma de tratar y mejorar la situación de los enfermos terminales, y plantearse cuestiones existenciales sobre la razón de ser y la búsqueda de una vivencia profunda de la experiencia de la muerte cercana. En conclusión, la tarea de la Comisión será la de humanizar la muerte de los pacientes terminales.

La creación de una Comisión de Bioética, a nivel de la Conferencia Episcopal de Mozambique, podrá contribuir a la humanización de los cuidados de salud en Mozambique, e impulsar el crecimiento de la incipiente bioética mozambiqueña, introduciendo en los hospitales de tercer nivel, comités de Ética Hospitalaria, que ayudarían en la toma de decisiones en el ámbito del cuidado de los enfermos terminales. Además, la Comisión sería responsable de dar formación a los sanitarios a diferentes niveles sobre materias de Bioética.

²⁹⁵ Cf. Coutinho, *Bioética e Teologia: que paradigma de interacção?*, 196.

3.3. La solidaridad que opera en las congregaciones religiosas

A la Iglesia, “experta en humanidad”, como dijo Pablo VI en su discurso de 1965 en la ONU, le cabe la tarea de humanizar la asistencia sanitaria en Mozambique. Es su misión proponer con su ejemplo una asistencia más humanizada²⁹⁶. En esta línea de humanización de la asistencia médica trabajan muchas congregaciones religiosas en la labor cotidiana.

La Iglesia, a través de las congregaciones religiosas, posee hospitales y centros de acogimiento de enfermos terminales siendo pionera en el cuidado de enfermos terminales. El hospital de las Hijas de Caridad, situado en el sur del país fue el primer hospital que atendía exclusivamente a los enfermos de sida y tuberculosis. Las Misioneras de la Caridad reciben en sus centros a todos los enfermos, incluso los rechazados en las unidades sanitarias públicas y privadas.

Existen otras congregaciones con vocación de cuidado de los enfermos (las Hermanas Hospitalarias y los Hermanos de San Juan de Dios, las Hermanitas de los Desamparados) que cuidan de los mayores, tienen a su cargo muchos enfermos, algunos de ellos en condición de enfermos terminales. No vamos a enumerar todas las congregaciones, pero es importante subrayar que muchas veces no se nota la comunión en el trabajo que se presta a los enfermos. Por ello, proponemos que se debe trabajar más en comunión, tanto las congregaciones religiosas entre ellas y con los actores de la pastoral de la salud de las diócesis, como con la Comisión Episcopal de la Salud. Para vivir la solidaridad para con los enfermos es necesario fortalecer la comunión.

El cuidado de los enfermos terminales, que la Iglesia ofrece por medio de las congregaciones e institutos de vida religiosa, es lo más visible para el ciudadano mozambiqueño. Por eso, vamos ahora referirnos a él. Como sabemos, pero conviene recordarlo, “el cuidado del moribundo ha estado desde hace siglos a cargo de órdenes religiosas”²⁹⁷, así pasa también en la Iglesia Católica en Mozambique, varias congregaciones e institutos cuidan con amor a enfermos terminales y les ofrecen acompañamiento sanitario, psicológico y espiritual en su etapa final. La Iglesia hace una labor muy importante porque, en su mayoría, estos enfermos son “marginados” por el sistema sanitario mozambiqueño.

Las Hijas de la Caridad tienen un hospital que se dedica exclusivamente a los enfermos de sida y tuberculosis. Este hospital, que abrió sus puertas al público en 1995, fue el primero a cuidar de enfermos del sida en el país, antes de que entraran en funcionamiento los hospitales “Dia”. Este hospital es fruto de la audacia de las religiosas que, alertadas del hecho de que se interrumpiera la

²⁹⁶ Cf. Gafo y Bras, 177.

²⁹⁷ Wilson Astudillo, Carmen Mendinueta, y Ana Orbegozo, “Retos y posibilidades de los cuidados paliativos”, en *Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*, eds. Wilson Astudillo, Carmen Mendinueta, y Edgar Astudillo (Pamplona: Universidad de Navarra, 2008), 49-59.

realización de los test de VIH a los enfermos y movidas por la solidaridad, lucharon contra todos los impedimentos y, a día de hoy, llevan a cabo la difícil misión de cuidar a 10.000 pacientes de media anual, entre enfermos de sida y de tuberculosis.

Esta congregación tiene también un programa de formación de médicos; ofreciendo algunas becas para formación de médicos en la Universidad Católica de Mozambique que posteriormente vienen a trabajar en el hospital. La razón de que se escoja esta universidad para la formación es el deseo de tener personal con valores cristianos, pues se pretende que estos valores sean los vividos dentro del hospital. Además, todos los profesionales que trabajan en este hospital reciben continuamente formación de cómo cuidar a los enfermos inspirándose en los valores cristianos.

Hablamos de esta congregación, podíamos haber nombrado a otras como Las Hermanitas de los Desamparados, que cuidan de muchos ancianos en estado de enfermedad terminal, o de los Hermanos de San Dios de Dios que cuidan de enfermos psiquiátricos terminales, como también de la Comunidad Santo Egidio que dio impulso al cuidado y tratamiento de los enfermos de sida. Las Misioneras de la Caridad, hijas de Madre Teresa de Calcuta, recogen diariamente enfermos moribundos para su convento y cuidan con amor a aquellos que la sociedad mozambiqueña ya tenía por muertos.

Son testimonios vivos de que Cristo sigue curando a los enfermos a través de sus discípulos. Somos conscientes de que el objetivo de este trabajo no es describir el cometido de las congregaciones, ni de los institutos, ni de una Iglesia que vive la solidaridad para con los enfermos terminales, por eso no vamos a agotar en estas páginas lo que varias congregaciones, que cuidan de los enfermos, hacen.

Lo que nosotros proponemos, en el trabajo de las congregaciones, es que se debe incrementar la colaboración entre las varias congregaciones e institutos que cuidan de enfermos. El espíritu de comunión eclesial se debe vivir también en la dedicación a los enfermos, es decir, en el trabajo que se realiza, se debe ser un solo corazón y una sola alma. La coordinación en el cuidado de los enfermos será, para la Iglesia en Mozambique, un testimonio de que somos Iglesia familia de Dios. Este testimonio se da a través de la comunión misionera que brota de la intimidad con Cristo, como resaltó el Papa Francisco (EG 23). Esta comunión misionera es necesaria también en el mundo de la salud.

Esta coordinación y comunión no significan solo compartir experiencias de trabajo si no, sobre todo, formar conjuntamente, en la medida de lo posible, a los profesionales que trabajan en los hospitales y centros de las congregaciones para que la dimensión trascendental de la solidaridad inspire el cuidado sanitario.

La Iglesia de Mozambique debe enseñar a sus cristianos a acompañar con cariño a los enfermos terminales, también en los domicilios, siguiendo la Tradición de la Iglesia. Los que trabajan a nivel de las parroquias tienen la gran responsabilidad de cuidar la formación de los laicos, sobre todo a los que visitan enfermos en sus casas y a los responsables de la medicina basada en plantas porque, muchas veces, son los que ofrecen cuidados básicos en el domicilio; deberán hacerlo con un trato delicado hacia el paciente, sin olvidarse de que lo más importante es acompañar al paciente con cariño y afecto, pues “el enfermo –especialmente el moribundo – busca la solidaridad y la compañía”²⁹⁸.

En este sentido, el modelo de San Juan de Dios y San Camilo de Lelis, que cuidaban a los enfermos con el corazón, puede ser un gran ejemplo para ponerlo en práctica. Es una práctica que requiere sensibilidad y dotes de comunicación con el enfermo.

4. La solidaridad en el entorno hospitalario

La sanación de Jesús va hasta la raíz, no se concentra en la biología, sino que incluye psique y espíritu. Es, sobre todo, una sanación integral. Es una propuesta que critica la búsqueda de la eficiencia del sistema de salud. Jesús, sanador, en su acción pone como cimientos el diálogo, la participación, la confianza y el reconocimiento mutuo²⁹⁹. Son estos los aspectos que serán la base de nuestra propuesta teológica, frente al cuidado a los enfermos terminales o paliativos.

En las curas que Jesús realiza, el diálogo y la participación son imprescindibles. Antes que acontezca la cura, hay diálogo bidireccional. Jesús interactúa con sus enfermos. Él entra en la vida de los enfermos, en su mundo, pero también estos entran en su vida. Jesús no solo interpela, sino que se deja interpelar.

La ética médica hoy está invadida por la ética política. El Estado condiciona en parte el ejercicio de la profesión sanitaria porque es él quien define el presupuesto que se debe asignar para sanidad.

La relación médico-paciente continuará guiándose por la ética de virtudes. De hecho, tradicionalmente, la ética de las virtudes (compasión, discernimiento, probidad, integridad, fidelidad a la promesa, prudencia, justicia, fortaleza, moderación y altruismo) es considerada la

²⁹⁸ R. Aguado, *El cuidado del enfermo en la fase terminal. Un estudio moral a partir de la práctica de la eutanasia en Oregón (USA)*, (Tesis doctoral, Pontificia Universitas Sanctae Crucis, 2003), 231.

²⁹⁹Cf. Belda Moreno, 95.

ética de la relación clínica³⁰⁰. Por eso, nosotros también nos vamos a referir, aunque de modo sistemático a estas virtudes, porque las relacionamos constantemente con la solidaridad.

La tarea del cuidado en general, y en la situación de enfermedad terminal en particular, exige que, el profesional ejerza con eficiencia sus labores de cuidado, desarrolle una actitud de escucha y comprensión, ayudando al enfermo a alcanzar su bienestar³⁰¹.

La relación de cuidado tiene, en su centro, el respeto por la persona del enfermo como individuo. Para materializar este respeto se debe cuidar de no vulnerar la intimidad del enfermo, establecer con él una verdadera comunicación dentro de la confidencialidad que permita conocer sus valores y respetar su autonomía, así como posibilitar un consentimiento informado que sea realista. Entre tanto la solidaridad, como principio ético y virtud moral, exige de los sanitarios posturas que sobrepasan el nivel de los tradicionales principios bioéticos.

Es nuestra intención, en este momento, ofrecer marcos de actuación ética de cara a los profesionales de la salud. Las funciones asistenciales en los CP son: el acompañamiento, el consuelo, la implicación con las familiares para reducir, en lo posible, el sufrimiento o el dolor que pudiese existir.

En los cuidados paliativos, miramos el paciente en su vida integral. Los profesionales, deben actuar en esta labor con compasión, paciencia y mansedumbre. Deben desarrollar un espíritu de amor empático para con el enfermo en su sufrimiento y agonía, ayudando al paciente a enfrentar con paz y serenidad su estado; esto sólo es posible si el profesional interviene con delicadeza en todas las dimensiones que pueden causar dolor al enfermo, empleando siempre paciencia para realizar convenientemente los cuidados paliativos. En lo referente a los profesionales sanitarios, deben cultivar una ética de razonamiento práctico para tratar pacientes específicos y en situaciones únicas, poniendo en el centro su unicidad (el referente debe ser el cuerpo y la biografía del paciente) como también su dignidad como persona. Por ello, se exige un ejercicio continuo de responsabilidad, actuando en situaciones y problemas concretos, sin dejar jamás de considerar los valores culturales y religiosos del enfermo.

En el ejercicio de su vocación profesional de cuidado de los enfermos, los sanitarios, médicos, enfermeros, auxiliares y asistentes sociales, deben guiarse por la solidaridad. Esto significará fundamentalmente dos cosas: solidaridad emocional o compasión e interés preferencial por el paciente. Expliquemos estos dos elementos de la solidaridad de los agentes sanitarios.

³⁰⁰ Cf. Jorge Cruz, “Bioética y teorías de la virtud”, en *Bioética: el pluralismo de la fundamentación*, Cord. Jorge José Ferrer, José Alberto Lecaros y Róderic Molins Mota (Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2016), 175 – 204.

³⁰¹ Cf. Feito Grande, 223.

La solidaridad emocional o la compasión en la práctica clínica consiste en hacerse cargo del daño actual o potencial del paciente³⁰². El sanitario comparte el dolor del paciente como si fuera su propio sufrimiento, ayudándole a buscar maneras de mitigarlo. En el fondo, la solidaridad emocional o compasión, expresa una actitud de proximidad con el enfermo que sufre. En definitiva, es una actitud donde el sanitario hace todo lo que esté en su mano para que el paciente esté mejor cuidado.

Considerar el enfermo con interés preferencial significa ponerlo por encima de cualquier otro interés ya sea profesional, económico o social. La solidaridad incluye también a las personas que necesitan ser atendidas, la misión del sanitario es hacer lo que esté en su mano para que todos los enfermos encuentren el mismo tratamiento en sociedades con pocos recursos.

Según la propuesta de Santiago Álvarez³⁰³, la práctica de la solidaridad en el profesional transforma su carácter, lo que también se concreta en la práctica clínica. En cuanto al carácter, el personal sanitario debe ser: compasivo (siente un vínculo y es accesible al enfermo), solícito (atención, diligencia y paciencia en el cuidado de los enfermos), justo en el modo de relacionarse con los pacientes (respetar sus derechos fundamentales dentro de la organización sanitaria existente).

La relación clínica, en el contexto de la solidaridad para con el enfermo, es vinculante, personal y asertiva (comunicar con claridad, serenidad, respeto y firmeza aquello que al otro quizá no le va a gustar oír).

La solidaridad demanda de los profesionales sanitarios el desarrollo de disposiciones que llevan al cuidado, la búsqueda de respuestas apropiadas a la situación de cada enfermo, respeto a su singularidad como persona humana y prestar atención a la responsabilidad que tiene el cuidado de los pacientes.

En la práctica clínica eso implica ser accesible, centrado en la persona del paciente y equitativo. En este sentido, hay una exigencia para el profesional de ser compasivo, sensible a las preocupaciones del enfermo y dominarse a sí mismo para poder ofrecer consuelo al enfermo.

La solidaridad significará, para los profesionales de salud, tomarse en serio la situación del paciente y actuar en su ayuda³⁰⁴.

A partir de los párrafos anteriores es fácil ver la identidad que existe entre la solidaridad y la ética del cuidado. Cuidar significa ser solícito con el paciente. La conexión entre el cuidado y

³⁰² Cf. Álvarez Montero, 128.

³⁰³ Cf. *Ibíd.*, 133.

³⁰⁴ Cf. *Ibíd.*

la solidaridad se entiende también por el valor moral que ambas poseen. El buen profesional sanitario es aquél que es capaz de solidarizarse con el enfermo, ponerse en su lugar y compartir su experiencia de vulnerabilidad.

El profesional sanitario, al cuidar a los enfermos, se preocupa no solo de los aspectos biológicos. El cuidado exige narración, y esta acontece en el diálogo. Ayudado por la narración, el profesional se puede dar cuenta de los aspectos psíquicos, sociales y espirituales que deben formar parte del cuidado. En definitiva, cuidar significa entrar en la biografía del paciente e intervenir en su historia.

Si conjugamos la solidaridad con los principios de la Bioética europea, autonomía, vulnerabilidad, integridad y dignidad podemos encontrar algunas actitudes que ayudarían a los sanitarios cristianos a cuidar mejor de los enfermos terminales.

Entre estas actitudes encontramos la ayuda al enfermo, incluso cuando eso implique sacrificio y cierto grado de peligro para el interés propio del sanitario y la misericordia que tiene en la raíz el amor de Dios hacia todas las personas, pero de modo particular a los que sufren. La solidaridad, conjugada con la compasión cristiana, ofrece a la autonomía contenido positivo, que reconoce la dignidad del enfermo como pleno participante en el proceso del cuidado paliativo. Esto significa tomarse en serio las decisiones del enfermo, sus deseos y sus valores espirituales.

Para obrar de este modo, el sanitario cristiano, necesita de una dedicación por encima de lo ordinario, porque la caridad cristiana consiste en cuidar con amor a los menos amables. En este sentido, el cuidar del enfermo terminal implicará compasión, asistencia en la vida, seguridad y competencia. La compasión significa compartir la experiencia de enfermedad y dolor del enfermo, y estar conmovido por su situación. La asistencia en la vida supone ayudar al enfermo en todas las actividades de la vida cotidiana afectadas por la enfermedad. La seguridad sería invitar al enfermo a trasladar a los sanitarios sus preocupaciones, ansiedades y problemas que le hacen sufrir.

La competencia, como una dimensión del cuidado, quiere decir realizar todos los procesos necesarios, personales y técnicos con atención concienzuda en detalles y con perfección³⁰⁵.

Creemos que las actitudes que hemos descrito se dirigen a todos los profesionales sanitarios. Ahora nos centramos en aquellas actitudes profesionales que son inspiradas por la fe en Cristo, pues creemos que la solidaridad de la Iglesia está presente a través de los profesionales de la salud.

Los profesionales sanitarios católicos siguen el ejemplo de la atención especial que Jesús prestaba a los enfermos. Cuando hablábamos de la solidaridad de Jesús con los enfermos, dejamos

³⁰⁵ Cf. Pellegrino y Thomasma, 105.

claro que la mitad de Evangelio más antiguo que la Iglesia conserva, el Evangelio de Marcos, narra las curaciones de Jesucristo. Del mismo modo que, para Jesús, curar a los enfermos era algo intrínseco a su misión, así deberá ser también para sus seguidores. Jesús tuvo siempre una atención especial por los enfermos.

Los profesionales sanitarios cristianos no se dejarán influir por la mentalidad hodierna que ve la enfermedad como fracaso de la tecnología, pero sí será para ellos manifestación de la finitud de la naturaleza humana y cuidarán a los enfermos como hermanos. No los cuidarán solo porque son profesionales, lo harán, sobre todo, por el mandato del amor. El discípulo de Cristo no se olvida que curar es una obra de misericordia y un enfermo no es una mercancía para ser compartida o comercializada³⁰⁶. La solidaridad cristiana se identifica con la misericordia que Cristo tuvo con los enfermos por ello, al acercarse al enfermo, el sanitario cristiano le ofrece cuidados como criatura de Dios y hermano de Jesucristo. Es decir, a la compasión con el enfermo, como virtud profesional, añade la misericordia. En consecuencia, el profesional cristiano es agente de la misericordia y compasión de Dios en el cuidado de los enfermos. Es, en el fondo, la actitud de sentir y sufrir con el enfermo.

Para el profesional cristiano, su profesión de curar, sanar y cuidar se transforma en un amor oblativo que va más allá de la provisión de cuidado y se vuelve en una respuesta a un Dios que ama de modo especial a los que sufren. Aplicado al cuidado de los enfermos terminales, el profesional cristiano se implica en el sufrimiento del enfermo como si fuera suyo, se compecece del sufrimiento del otro. Es bueno que recordemos que el sufrimiento nos hace personas. En este sentido, los bioeticistas Pellegrino y Thomasma sostienen que las personas sanas necesitan al enfermo para humanizarse, del mismo modo que los enfermos nos necesitan para humanizar sus enfermedades³⁰⁷. Dicho desde la clave de *Ubuntu*, la vulnerabilidad del enfermo hiere la humanidad que compartimos. En consecuencia, yo debo sufrir con él, haciendo de todo para sanar la herida que padece nuestra humanidad. Cuando un miembro de la comunidad está enfermo, toda la comunidad está enferma.

Humanizar la relación entre profesional de la salud y paciente es considerar al enfermo como persona en su globalidad. Esto implica no sólo preocuparse del mejor funcionamiento de su organismo, sino ayudarle a lograr una biografía saludable.

En términos prácticos, refiriéndose a los enfermos terminales, los sanitarios cristianos cuidarán de la persona enferma en su totalidad de persona –cuerpo, mente y espíritu - porque ellos comprenden que la enfermedad es más que un conjunto de anomalías biológicas en los sistemas

³⁰⁶Cf. *Ibíd.*, 97.

³⁰⁷ *Ibíd.*, 99.

orgánicos, pues es una deconstrucción obligatoria del yo³⁰⁸. En virtud de ello, ayudarán al enfermo a reconstruir el propio yo.

Los CP no se resumirán en ofrecer medicinas que puedan paliar el dolor, trabajarán para que la persona desestructurada por la enfermedad se rehaga e integre en su vida la debilidad que esté a punto de vivir. La misión del sanitario cristiano es reconstruir la persona, ayudarla a convertirse, otra vez, en un ser completo, como Cristo hacía al sanar a los enfermos³⁰⁹.

Esta reconstrucción de la persona significa, en definitiva, ayudar al enfermo terminal, a entender el significado del sufrimiento, la oportunidad que le ofrece para la reconciliación y compartir con Cristo crucificado su sufrimiento.

5. La solidaridad en la familia

Siendo nuestra preocupación el acceso a los cuidados paliativos, nos hemos concentrado en decir cómo se puede proporcionar el alivio del dolor; es evidente que dejamos al margen aspectos importantes que están más allá del dolor: el sufrimiento, el estado psicológico y espiritual del enfermo terminal... No sólo es importante tratar los síntomas, también es fundamental ofrecer apoyo psicológico y mantenerse siempre en conversación constante con el paciente y su familia.

La preocupación por los enfermos y el cuidado de los mismos implica a toda la comunidad, pero la familia es, en general, la que asume la tarea de primera cuidadora de los enfermos. El cuidado de la familia es primordial e insustituible, es gracias a ese cuidado que el enfermo se siente amparado. De modo general, las familias cuidan con esmero de sus seres queridos que se encuentran enfermos.

Es dentro del núcleo familiar donde el ser humano aprende la relación básica de afecto y desarrolla el cuidado natural. Este cuidado natural se expande hacia la preocupación por las otras personas. Esta forma de cuidado se expande y da lugar al cuidado ético³¹⁰. Sin duda alguna, el cuidado es natural.

La filósofa keniana Antoinette Kankindi³¹¹, hablando de la familia, llega a decir que el africano sin la familia no es nadie, pues la persona ve enaltecida su dignidad a través de relaciones familiares amplias. El valor de la familia se conecta con otro valor que es el de la solidaridad.

³⁰⁸ Cf. *Ibíd.*, 99.

³⁰⁹ Cf. *Ibíd.*

³¹⁰ Cf. Feito Grande, 151.

³¹¹ “El liderazgo en la mujer africana. Familia y solidaridad”, Antoinette Kankindi, Última modificación 12 de marzo de 2017. Consultado el 22 de noviembre de 2017, <http://www.harambee.es/wp-content/uploads/2017/03/Pa%CC%81ginas-desdedossier170310.pdf>.

El cuidado de los enfermos en el núcleo de la familia africana se comprende desde el principio *Ubuntu* que hemos expuesto anteriormente. A través del cuidado de los familiares, se afirma la humanidad del enfermo en situación de fragilidad y vulnerabilidad.

Esta nuestra afirmación encuentra fundamento en el concepto de *Ubuntu*. De hecho, *Ubuntu* se basa en dos principios intrínsecamente relacionados. Primero, la humanidad de una persona se reconoce en el otro ser humano. De este principio resulta el segundo, despreciar o faltar respeto a otro ser humano, es despreciar o faltar al respeto a sí mismo. Esto sólo tiene sentido y significado si la persona comprende que merece ser tratada con respeto y dignidad³¹².

Las familias mozambiqueñas están muy dedicadas en el cuidado de los enfermos, y ponen a disposición del mismo todo lo que necesita, según las condiciones económicas y sociales que tengan. A veces el hogar es, para muchos mozambiqueños, el lugar en que pierden la vida, rodeados del cuidado de la familia. Por eso, los cuidados domiciliarios serían los más adecuados y las hospitalizaciones serían para resolver problemas puntuales.

En los cuidados paliativos, pretendemos dar un cuidado integral tanto a la persona enferma como a las personas de su entorno, en el caso concreto la familia o al cuidador principal, en el caso que no tenga familia.

Este cuidado no es sólo de personal sanitario que aporta las mejores técnicas para cuidar del enfermo en fase terminal, también necesita la asistencia humana y religiosa. La familia debe recibir cuidado y asistencia.

En los cuidados paliativos, el apoyo a la familia de una persona que está en el último estado de su vida es fundamental y prioritario porque, en esta etapa, la familia generalmente se enfrenta a miedos y temores. Tanto el personal sanitario, como los miembros de la Iglesia que cuidan de los enfermos deben cuidar también de las familias de los mismos enfermos.

Los miedos que siente la familia en la prestación del cuidado son varios. Nosotros nos limitamos a mencionar algunos de los muchos enumerados por A. Ramos Sánchez: el miedo a no saber qué hacer con el deterioro progresivo del paciente, temor a que el enfermo sufra y muera con dolor, miedo a no ser capaz de cuidar en la etapa terminal, miedo a un futuro lleno de soledad, o miedo a no darse cuenta si el enfermo muere³¹³, entre otros.

³¹² Cf. Magobe B. Ramose, “Globalização e Ubuntu”, en *Epistemologias do Sul*, Org. Boaventura Sousa Santos y María Paula Meneses (São Paulo: Cortez, 2010), 170.

³¹³ Cf. António Ramos Sánchez, “Cuidar al final de la vida”, en *La familia ante la enfermedad*, Cord. María Isabel Álvarez y Federico de Montalvo Jääskeläinen (Madrid: Publicaciones Universidad Pontificia Comillas, 2010), 191-201.

6. Notas conclusivas

Al finalizar este capítulo podemos extraer algunas conclusiones. La solidaridad, como principio bioético, reclama una acción por parte del agente moral. La solidaridad es entendida como responsabilidad compartida mancomunadamente por instituciones y por personas singulares.

El principio bioético de la solidaridad sirve para evitar, en la medida de lo posible, que la ambigüedad o incertidumbre pueda surgir en la aplicación de los principios de la Bioética principialista. La solidaridad constituye un catalizador para establecer el común denominador entre las distintas orientaciones y perspectivas morales. Lo hemos conectado con tres perspectivas éticas: los principios de la Bioética europea, la ética del cuidado y la ética africana, *Ubuntu*.

Los cuatros principios de la Bioética europea expresan el valor del respeto hacia una persona concreta, en la situación en que se encuentra. Estos principios encuentran su realización en la empatía y compasión, que son elementos definitorios de la solidaridad. Tanto la solidaridad, como los principios europeos de Bioética, nos obligan a poner en el centro de nuestra acción a la persona del enfermo terminal.

Del mismo modo, la ética del cuidado nos invita tener en cuenta el contexto, la atención a las circunstancias particulares y concretas de los enfermos terminales en Mozambique. En este sentido, la solidaridad nos lleva a la idea del cuidado como algo intrínseco de la naturaleza humana, a tratar a cada enfermo como único e irremplazable, respetando su dignidad y cuidar de su vulnerabilidad y fragilidad.

La solidaridad, entre los africanos de sur de África, se expresa por una palabra llena de significado, *Ubuntu*. En su génesis significa que no podemos entender nuestra humanidad individual sino dentro de una comunidad de humanos. Este concepto expresa valores contenidos en la solidaridad como principio bioético: cuidar, compartir, el sentido fuerte de pertenencia a una comunidad, compasión, dignidad, respeto, etc. En la perspectiva de *Ubuntu*, no se puede concebir que un miembro de la comunidad sufra dolor sólo, sino que todos tenemos que compartir su dolor. Y la comunidad la cuidará de este miembro de una manera excepcional porque es toda comunidad que se siente y está enferma. Cuidar de otro es cuidar de nuestra propia humanidad, derivado de la idea de que es el otro y su situación lo que me hace humano.

La solidaridad, conectada con los principios de la Bioética europea, la ética del cuidado y la ética africana *Ubuntu* nos ofrece una luz frente al problema de la escasez de recursos y cuidado de los enfermos terminales, visto que nos invita a desarrollar políticas sanitarias basadas en la solidaridad, tanto en el nivel internacional como en el nacional. Sin embargo, esta solidaridad,

personal, incluye el cuidado, nos llama a prestar atención a la dignidad, fragilidad y vulnerabilidad de los enfermos terminales. Aunque estamos todos personalmente implicados, no se puede olvidar que los agentes sanitarios deben desarrollar virtudes éticas que hagan efectiva la solidaridad con los enfermos terminales. La familia, escuela de aprendizaje del cuidado de los enfermos, es el lugar de solidaridad por excelencia.

CONCLUSIÓN

Recurriendo a la técnica de la narración, hemos transmitido la experiencia de ser enfermo terminal en Mozambique. El relato hecho sobre el sufrimiento de nuestro compañero *Muntu* junto con la exposición de algunos datos económicos, sociosanitarios y del funcionamiento del Sistema Sanitario de Mozambique, ayuda a comprender mejor cómo la escasez de recursos sanitarios es el principal factor que impide la existencia de unidades de cuidados paliativos en los centros sanitarios.

Los ciudadanos mozambiqueños afrontan varios problemas sanitarios básicos: la falta de acceso a la atención primaria en las zonas rurales, baja cobertura sanitaria, la elevada tasa de mortalidad infantil y una escasez crítica de profesionales.

Los pocos recursos sanitarios que existen son principalmente invertidos en la salud materno-infantil y juvenil, el combate de enfermedades como la malaria, que es la primera causa de muerte en el país, así como al VIH-SIDA, y las enfermedades infectocontagiosas (hepatitis, cólera, sarampión, tuberculosis, poliomielitis, meningitis y tétanos). Además, existe otra área sanitaria prioritaria que necesita una urgente inversión, la de medios diagnósticos e investigación clínica.

De este modo, la acuciante escasez de recursos a que se enfrenta el sistema sanitario en este contexto geográfico se enarbola como una de las causas más importantes que no permite que se atienda debidamente a los enfermos considerados terminales. La distribución de recursos existente puede ser respaldada por el principio bioético de la justicia, pero esta tesina de Teología Moral defiende que el ser humano posee dignidad también cuando se encuentra en condiciones de enfermedad terminal. Además, la fragilidad y la vulnerabilidad a la que está expuesto un enfermo terminal suscita nuestra solidaridad que se traduce en profundo respeto por su dignidad, el cuidado y responsabilidad ante él.

Este trabajo fundamenta su posición, en primer lugar, a través de las fuentes de la Teología Moral. La Sagrada Escritura nos revela que Dios se preocupa de los enfermos, acercándose a ellos y ofreciéndoles la salud como don. Dios, de este modo, se solidariza con el hombre enfermo y cuida de él. Por eso, el cuidado es también una de las principales características de Dios. Los evangelios nos presentan en varias ocasiones a Jesucristo que expulsa a los demonios y que cura a los enfermos. En ello, vemos que él se solidariza con los enfermos y manda a sus discípulos a hacer lo mismo, a curar a los enfermos.

La dedicación a los enfermos conforma el núcleo de los valores solidarios cristianos. Es dentro de esta solidaridad con los enfermos que los cristianos construyeron los primeros hospitales

y organizaron la asistencia a los enfermos. Los cristianos cuidaban sobre todo de enfermos pobres que no tenían dinero para proveerse de asistencia y este cuidado incluía a los enfermos que ya no tenían probabilidad de curarse.

Para la Teología Moral, la revelación de Dios como cuidador de enfermos y de Jesucristo como sanador de la humanidad es un don que exige respuesta humana. El camino que la Tradición encontró para dar mejor respuesta fue no abandonar nunca a los enfermos y prestarles asistencia hasta la muerte. Desde esta perspectiva, no se puede concebir que no se asista a los enfermos terminales y no se incluya la adquisición de medicinas mínimas para el alivio del dolor en el presupuesto sanitario público.

La característica de la Teología moral postconciliar, sobre todo en el campo de la Bioética, es el diálogo con otras propuestas éticas. Este diálogo nos permite traducir lo que dijimos en el párrafo anterior en términos de una propuesta ética no exclusiva de los cristianos, que atañe a todos los seres humanos.

En esta tesina, la solidaridad, entendida como condición que corresponde a existencia humana y cristiana, se revela como principio vertebrador, capaz de ofrecer una lectura distinta al problema de recursos sanitarios limitados y la falta de cuidados paliativos. Dicho de otro modo, para evitar que los médicos y profesionales sanitarios, como los que cuidaban de mi compañero *Muntu*, digan a los familiares y a los enfermos en situación terminal, “ya no se puede hacer nada”, la solidaridad nos impone algunas exigencias éticas que pasamos a mencionar.

La primera exigencia ética es de carácter internacional, solidaridad de los países desarrollados con los países pobres de limitadísimos recursos sanitarios. A la hora de valorar la justicia sanitaria desde la realidad de Mozambique y muchos otros países pobres económicamente, comparada con el avance de la Medicina de los países desarrollados, nos surge un problema ético grave: la exclusión de la población pobre³¹⁴ del acceso a los servicios sanitarios, a los fármacos y a las posibilidades terapéuticas mínimas.

Al reflexionar sobre el interrogante ético anterior, se pone de relieve que solo la solidaridad puede extender la asistencia sanitaria, el acceso a las terapias mínimas a toda la población del globo terrestre. Nuestra afirmación se sostiene, en primer lugar, por la propuesta moral del Magisterio, que propone la solidaridad y la subsidiariedad como principios que se deben unir a la

³¹⁴ Hablamos de población pobre porque hay casos de personas ricas de los países pobres africanos, en su mayoría dirigentes políticos y empresarios, que cuando se encuentran enfermos acuden a los países ricos, para recibir mejores tratamientos médicos.

justicia con vistas a garantizar la distribución equitativa de las estructuras sanitarias y recursos económicos³¹⁵.

En segundo lugar, recordamos que reducir las desigualdades entre los países ricos y pobres en materia sanitaria es incluido por la ONU dentro de los objetivos del desarrollo sostenible. Tal meta no se puede alcanzar si no es desde la solidaridad internacional en materia sanitaria.

En el contexto de la Bioética teológica, desde el cual escribimos esta tesina, la reflexión ética toma la misma dirección: la necesidad de solidaridad para acabar con las asimetrías en el acceso a los cuidados sanitarios. Hemos indicado que, para Javier Gafó, la solidaridad implica a todos, pero en particular aquellos que tienen en sus manos las soluciones para este problema. Además, es necesario que toda la humanidad luche por la solidaridad. Marciano Vidal nos enseñó que la solidaridad es una condición que corresponde toda la existencia humana.

Hablando concretamente de los enfermos terminales, la solidaridad se traduce en el cuidado de los mismos, en la sensibilidad ante la fragilidad y la vulnerabilidad en la que se encuentran. Y la vulnerabilidad de estas personas nos llama a la responsabilidad. En términos éticos, eso significa que se les debe ofrecer cuidados que alivien el dolor que tengan, en cuanto seres con la misma dignidad que un enfermo no terminal.

En una perspectiva africana del problema, recordamos que *Ubuntu* significa, entre otras cosas, humanidad compartida. No cuidar de los enfermos terminales, sea de forma institucional o personal, es posicionarnos en contra nuestro propio ser africano, porque reconocemos nuestra humanidad en la humanidad de otro. Supone contradecir los valores contenidos en nuestra ontología compartida denominada *Ubuntu*.

No cuidar de los enfermos terminales supone, por tanto, destruir la humanidad en nosotros, porque expulsa en la acción la orientación de los valores que nos caracterizan como humanos: la solidaridad grupal, compasión, respeto, dignidad, unidad colectiva, cuidar, compartir, sentido muy fuerte de pertenencia a una comunidad. No ofrecer CP es dejar de ser *Ubuntu* (humanidad compartida), porque cada uno de nosotros ya no es *Muntu* (persona o hombre), y nos reducimos a *Kintu* (animales y objetos), porque no somos capaces de reconocer, respetar y cuidar nuestra humanidad en el otro.

³¹⁵ Cf. Pontificio Consejo Para Los Agentes Sanitarios (para la Pastoral de la Salud), *Nueva Carta de los Agentes Sanitarios*, n. 141 – 143. Debemos tener en cuenta que el papa Francisco subrayó la necesidad de actuar con solidaridad frente a las disparidades mundiales en materia de salud, en el mensaje enviado al cardenal Peter Kodwo Appiah Turkson, Prefecto del Dicasterio para el Servicio del Desarrollo Humano Integral, por ocasión de la XXXII Conferencia Internacional sobre el tema “Enfrentar las disparidades mundiales en materia de salud”

Relacionado con estas ideas, existe una idea básica que es la creencia de que el Estado, en nombre de la solidaridad con los enfermos terminales, puede aumentar el nivel de inversión en adquisición y consumo de analgésicos opiáceos, que son el recurso más barato para aliviar el dolor. Esta acción debe ser combinada con la formación de los estudiantes de las Ciencias de la Salud y Medicina y de otros profesionales de la salud en materias de alivio y de humanización de la asistencia a pacientes terminales.

La Iglesia Católica en Mozambique, siendo una de las instituciones que más colabora en la dispensación de los servicios sanitarios, manifiesta su solidaridad por la acogida y cuidado que las congregaciones religiosas dan a los enfermos terminales que no pueden ser hospitalizados por falta de camas en los hospitales públicos.

Las líneas pastorales que pueden fortificar la pastoral de salud en Mozambique son la formación a todos los niveles posibles (parroquias y diócesis, laicado y profesionales de la salud) en materias de humanización de la salud, en particular en la situación de enfermedad terminal, así como la creación de un Comité de Bioética que asesore a la Comisión Episcopal de la Salud. Se debe fortalecer también la coordinación entre las congregaciones religiosas, parroquias, diócesis y Comisión Pastoral de la Salud, para que todas sus actuaciones sean compactas y compartidas.

Los profesionales sanitarios deben, además, cultivar las virtudes necesarias para el ejercicio de su profesión y tener en cuenta que el decir a una persona que no se puede hacer nada más por él, le puede destruir emocionalmente, como aconteció con nuestro compañero, *Muntu*. Para cuidar a los pacientes de la mejor manera se debe cultivar la solidaridad emocional o compasión, mostrar un interés preferencial por el paciente, ser solícitos (atención, diligencia y paciencia en el cuidado de los enfermos), ser justos y asertivos. De los profesionales de la salud que son católicos, esperamos que además de estas actitudes, puedan entender su profesión según el amor misericordioso de Dios.

El hogar africano es lugar de aprendizaje de cuidado de la humanidad compartida (*Ubuntu*) y, aunque las familias, en general, cuidan con mucha solicitud de los enfermos, es necesario el apoyo y la presencia de los profesionales de la salud y de la Iglesia. Esta presencia y ayuda es imprescindible para que la familia no caiga en el desgaste físico y psicológico y no se desanime espiritualmente.

Para finalizar, esta tesina realiza contribuciones éticas y pastorales en clave de solidaridad con los enfermos terminales. Avanzamos las principales contribuciones éticas:

- La solidaridad de Dios y de Jesucristo como sanador nos revela cómo debería ser nuestra actitud frente a cualquier persona enferma: considerarlo objeto de nuestro cuidado.

- La Tradición de la Iglesia con su ejemplo del cuidado en situación de recursos escasos, nos enseña a poner el énfasis en el cuidado y no en los recursos materiales, y en la idea de que siempre hay algo que se puede hacer también en el caso de los enfermos considerados incurables.
- El Magisterio de la Iglesia, a través de sus reflexiones sobre la solidaridad, nos insta a distribuir de la mejor forma los recursos sanitarios de modo que nadie quede desatendido. Y que nunca se debe abandonar al enfermo bajo ninguno concepto.
- La vulnerabilidad y la fragilidad que sufren las personas en situación de enfermedad terminal nos imponen exigencias éticas.
- La dignidad humana nos obliga moralmente a no poner excusas para no cuidar a los enfermos terminales basadas en la falta de recursos sanitarios.
- Según la tradición africana, la humanidad es compartida, y no cuidar del enfermo terminal contradice la esencia del ser humano.
- La situación de los enfermos terminales en el Sistema Nacional Sanitario de Mozambique requiere actitudes institucionales de compasión y atención a la vulnerabilidad. Esta atención a la vulnerabilidad obliga a acciones concretas, como proveer a los centros de salud del mínimo arsenal farmacológico para el alivio de dolor.
- Los profesionales sanitarios deben asumir el papel de ser los rostros visibles de la compasión y el cuidado en el ejercicio de su profesión.
- La solidaridad familiar es una necesidad vital para el enfermo, y todos los miembros de la familia deben cuidar con compasión a los enfermos terminales.

Esta tesina deja claro que los cuidados a los enfermos terminales deben ser una prioridad para el SNS, visto que no es ético ni humano abandonar al enfermo en el momento que más necesita de asistencia de los profesionales de salud y los miembros de su comunidad humana.

La aportación novedosa de esta tesina es la reflexión sobre el problema de la falta de recursos y CP en el contexto mozambiqueño, entendido como un problema ético grave que, en la cotidianidad, en ocasiones, se normaliza. Este trabajo aborda este fenómeno desde la perspectiva de la solidaridad propuesta desde diferentes tratados éticos y plantea propuestas a diferentes niveles. Además, este trabajo puede inspirar nuevas líneas de investigación sobre el fenómeno analizado, que planteen acciones entroncadas en el marco propuesto o incluso, desde otras nuevas perspectivas.

BIBLIOGRAFÍA

Biblia de Jerusalén. Biblao: Descleé de Bouwer, 1998.

Documentos Magisteriales y Eclesiales

Documentos Papales

Benedicto XVI. Carta encíclica *Caritas in veritate*. 29 de junio de 2009.

_____. *Discurso a los participantes en un congreso internacional sobre la donación de órganos*. 7 de noviembre de 2008.

_____. Carta encíclica *Deus caritas est*. 25 de diciembre de 2005.

Francisco. *Mensaje del Santo Padre Francisco a los participantes en la conferencia internacional sobre el tema “afrentar las disparidades globales en materia de salud”*. 18 de noviembre de 2017.

_____. Carta encíclica *Laudato si*. 24 de mayo de 2015.

_____. *Carta Apostólica a Todos los Consagrados*. 21 de noviembre de 2014.

_____. Exhortación Apostólica *Evangelii gaudium*. 24 de noviembre de 2013.

Juan Pablo II. *Mensaje a los participantes en un congreso sobre el tema calidad de vida y ética de la salud*. 19 de febrero de 2005.

_____. Carta Encíclica *Evangelium vitae*. 25 de marzo de 1995.

_____. Exhortación apostólica *Ecclesia in Africa*. 14 de septiembre de 1995.

_____. Carta Encíclica *Veritatis splendor*. 6 de agosto de 1993

_____. Carta Encíclica *Centesimus annus*. 1 de mayo de 1991.

_____. Exhortación apostólica post-sinodal *Christifideles laici*. 30 de diciembre de 1988.

_____. Carta Encíclica *Sollicitudo rei sociales*. 30 de diciembre de 1987.

_____. Carta Apostólica en forma de Motu Proprio. *Dolentium hominum*. 11 de febrero de 1985.

_____. Carta Apostólica *Salvifici doloris*. 11 de febrero del año 1984.

_____. *Discurso a la 68 sesión de la Conferencia Internacional del Trabajo – OIT*. 15 de junio de 1982.

_____. Carta Encíclica *Laborem exercens*. 14 de septiembre de 1981.

Juan XXIII. Carta encíclica *Pacem in terris*. 11 de abril de 1963.

_____. Carta Encíclica *Mater et magistra*. 15 de mayo de 1961.

Pablo VI. Carta apostólica *Octogesima adveniens*. 14 de mayo de 1971.

_____. Carta Encíclica *Populorum progressio*. 26 de marzo de 1967.

_____. Carta Encíclica *Ecclesiam suam*. 6 de agosto de 1964.

Pío XII. Radiomensaje de su Santidad Pío XII a la primera conferencia mundial católica de la salud. 27 de julio de 1958.

_____. *Discurso sobre las implicaciones religiosas y morales de la analgesia*. 24 de febrero de 1957.

_____. *Discorso di sua santità Pio PP XII ai partecipant al XXVII congresso italiano di stomatologia*. 23 octubre de 1952.

_____. *Radiomensaje de Navidad del año 1940*.

_____. Carta encíclica *Summi pontificatus*. 20 de octubre de 1939.

Documentos del Concilio Vaticano II

Concilio Vaticano II. Constitución Pastoral *Gaudium et Spes*. 7 de diciembre de 1965.

_____. Decreto sobre la actividad misionera de la Iglesia *Ad Gentes*. 7 de diciembre de 1965.

Concilio Vaticano II, Constitución Dogmática Sobre la Revelación *Dei Verbum*. 18 de noviembre de 1965.

_____. Decreto sobre el apostolado de los laicos *Apostolicam Actuositatem*. 18 de noviembre de 1965.

_____. Decreto sobre la formación de los sacerdotes *Optatam Totius*. 28 de octubre de 1965.

Documentos de la Curia Roma

Pontificia Comisión Bíblica, *Biblia y Moral: Raíces bíblicas del comportamiento cristiano*. 11 de mayo de 2008.

Pontificio Consejo para os Agentes Sanitarios (para la pastoral de la salud), *Nueva carta de los agentes sanitarios*. Cantabria: Sal Terrae, 2017.

Pontificio Consejo Para Los Agentes Sanitarios, *Carta a los agentes sanitarios*. 1 de enero de 1995.

Academia Pontificia Para La Vida, *Respetar la Dignidad del Moribundo. Consideraciones éticas sobre la eutanasia*. 9 de diciembre de 2000.

Documentos y artículos de la OMS

Chan, Margaret, Directora General de la OMS. “Globalización y Salud”, Discurso en la Intervención ante la Asamblea General de las Naciones Unidas”, 24 de octubre de 2008. Consultado el 25 de noviembre de 2017, <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081024/es/>.

OMS. “Temas de salud. Sistemas de salud”. Última modificación en septiembre de 2014, consultado el 30 de noviembre de 2017, http://www.who.int/topics/health_systems/es/.

_____. “Conceptos claves”, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Consultando el 20 de noviembre de 2017, http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/.

_____. “Cuidados paliativos”. Nota descriptiva. última modificación: agosto de 2017, consultado el 20 de noviembre de 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es>.

_____. *Documentos básicos*, 45ª ed. Nueva York: OMS, 2006.

_____. *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS, 2008.

_____. *Programas de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión. Resumen de orientación*, 2ª ed. Ginebra: OMS, 2002.

Diccionarios

Real Academia Española (RAE) y Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE). *Diccionario de la lengua española (DLE)*. 23ª ed. (Madrid: Espasa, 2014).

Ruud H. J. ter Meulen. “Solidarity”, en *Bioethics*.vol. 6, 4ª ed., editado por Bruce Jennings (Farmington Hills: Gale, Cengage Learning, 2014), 2983-2990.

Piana, Giannino. “Solidaridad”, en *Nuevo Diccionario de Teología Moral*, dirigido por Francesco Compagnoni, Giannino Piana, y Salvatore Privitera, 1731-1737. Madrid: Paulinas, 1992.

Libros y capítulos de libros

- Alarcos Martínez, Francisco José. *Bioética y pastoral de la salud*, 2ª ed. Madrid: San Pablo, 2002.
- _____. *Bioética global, justicia y Teología Moral*. Madrid: Desclée de Brouwer, 2005.
- Alcalá Galve, Ángel. *Medicina y moral en los discursos de Pio XII*. Madrid: Taurus, 1959.
- Álvarez Montero, Santiago. *Vocación, Medicina y Ética*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, 2017.
- Álvarez, Francisco. *Teología de la salud*. Madrid: PPC, 2013.
- Antequera, José María et al. *Ética en Cuidados Paliativos, Guías de ética en la práctica médica*. Madrid: Fundación de ciencias de la salud, 2006.
- Aranguren, Iñaki. *La regla de San Benito*, regla n. XXXI. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2000.
- Arquidiócesis De Maputo. *Directorio Pastoral*. Maputo: Secretariado de Coordenação Pastoral, 2016.
- Astudillo Wilson y Carmen Mendinueta, “Bases para el tratamiento del dolor del enfermo en fase terminal”, en *Medicina Paliativa. Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*, editado por Wilson Astudillo, Carmen Mendinueta, y Edgar Astudillo, 321-332. Pamplona: Universidad de Navarra, 2008.
- Astudillo, Wilson Carmen Mendinueta, y Ana Orbeago. “Retos y posibilidades de los cuidados paliativos”, en *Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*, editado por Wilson Astudillo, Carmen Mendinueta, y Edgar Astudillo, 49-59. Pamplona: Universidad de Navarra, 2008.
- Avalos, Hector. *Health care and the rise of Christianity*. Massachusetts: Hendrickson Publishes, 1999.
- Barragán, Lozano. “Homilía del día del enfermo”. Yaundé (Camerún). 11 de febrero de 2005.
- Bauman, Zygmunt. *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2003.
- Belda Moreno, Rosa María. “El encuentro personal con Jesús de Nazaret fuente de salud”, en *Jesús y la salud*, editado por Juan Carlos Bermejo. Cantabria: Sal Terrae, 2015.
- Bermejo, Juan Carlos. *Humanizar la asistencia sanitaria. Aproximación conceptual*. Madrid: Centro de humanización en salud, Desclée de Brouwer, 2014.
- Bernard, Harvey Russel. *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. 2ª ed. Nueva York: Sage Publications, 1994.
- Bon, Henri. *compendio de Medicina Católica*. Madrid: FAX, 1942.
- Caamaño López, José Manuel. *La eutanasia. Problemas éticos al final de la vida*. Madrid: San Pablo, 2013.

- Cacciari, Massimo y Carlos María Martini. *Diálogo sobre la solidaridad*. Barcelona: Herder, 1997.
- Camps, Victoria. *Virtudes públicas*. Madrid: Espasa Calpe, 2007.
- Castiano, José Pedro. *Educar Para Quê? As Transformações no Sistema de Educação em Moçambique*. Maputo: INDE, 2005.
- Chant, Kent. *Sanidad en la Biblia*. Barcelona: CLIE, 1990.
- Comité de Bioética de España. *Informe del Comité de Bioética de España sobre la financiación pública del medicamento profilaxis pre-exposición (PrEP) en la prevención del VIH*. Madrid: Comité de Bioética de España, 2017.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas, 2000.
- Conill, Jesús. “Ética de la economía de la salud. Financiación y gestión”, en *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*, editado por Javier Gafo, 113 – 133. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1999.
- Conselho de Ministros. *Proposta de Lei de Transplantes de órgão, Tecidos y Células Humanas, Assembleia da República VIII Legislatura, AR – VIII/Prop. Lei/210/03*. Maputo: Assembleia da República, 2016.
- Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA. *Plano Estratégico Nacional de Combate al HIV/SIDA (2005-2009)*. Maputo: MISAU, 2006.
- Cortina, Adela. *Ética sin moral*. 6ª ed. Madrid: Tecnos, 2006.
- Couceiro, Azucena, ed. *Ética en Cuidados Paliativos*. Madrid: Triacastela, 2004.
- Coutinho, Vitor. *Bioética e Teologia: que paradigma de interação?*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2005.
- Cruz, Jorge. “Bioética y teorías de la virtud”, en *Bioética: el pluralismo de la fundamentación*. Coord. Jorge José Ferrer, José Alberto Lecaros y Róderic Molins Mota, 175 – 204. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2016.
- Díez Cuesta, Margarita. *Alteridad, ética y gratuidad*. Madrid: Instituto Manuel Mounier, 1992.
- Dworkin, Ronald. *Sovereign Virtue: the Theory and Practice of Equality*, Massachusetts: Harvard University Press, 2000.
- Engelhardt, Hugo Tristram. *Los fundamentos de la Bioética*, Barcelona: Paidós, 1995.
- Equipo de Profesionales Sanitarios Cristianos. *Asistencia a domicilio de enfermos terminales. Manual de consulta para el voluntario y los familiares*. Madrid: PPC, 1992.
- Erra Mas, Joaquim. *San Juan de Dios. Una vida que se prolonga*. Aragón: Orden Hospitalaria San Juan de Dios, 2016.

- Etxeberria, Xavier. *Hacia una ética de la solidaridad*. Pamplona: Alboan, 1997.
- Feito Grande, Lydia. *Ética y enfermería*. Madrid: San Pablo, 2009.
- Ferrer, Jorge. *Sida y Bioética: de la autonomía a la justicia*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 1997.
- Frankl, Viktor Emil. *El Hombre en Busca del Sentido Último: El análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2010.
- _____. *El Hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder, 2004.
- _____. *En El Principio Era El Sentido*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2000.
- Fukuyama, Francis. *El fin del hombre. Consecuencias de la revolución biotecnológica*. Madrid: Punto de Lectura, 2003.
- Fumane, João. “Perspectiva de desenvolvimento do HCM”, en *III Jornadas científicas do HCM 2015*, editado por Ministerio da Saúde. Maputo: MISAU, 27 y 28 de agosto de 2015
- Gafo, Javier y Bras, Albino Lourenço. *Sida y tercer mundo. Una llamada a la ética de la solidaridad*. Madrid: PPC, 1998.
- Gafo, Javier. “Los principios de justicia y solidaridad en Bioética”, en *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*, editado por Javier Gafo, 153-186. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 1999.
- García, “Diego. Ética y economía”, en *Ética y gestión sanitaria*, ed. José Ramón Amor, Iñaki Fernando, y Julián Ruiz, 43-54. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2000.
- Gilligan, Carol. *La ética del cuidado*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2013.
- Giménez-Rico, Enrique Sanz. *Ya en el principio. Fundamentos veterotestamentarios de la moral cristiana*. Madrid: San Pablo, 2008.
- Gonçalves, Cipriano. *Educação, Modernidade e Crise Ética em Moçambique*. Maputo: Dondza, 2011.
- González, Raúl. “Salud, Justicia y economía”, en *Salud, justicia y recursos limitados*, editado por Javier de la Torre Díaz, 37-81. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2012.
- Guerra, Francisco *Historia de la Medicina*. 3ª ed. Madrid: Capitel, 2007.
- Hamman, Adalbert. *La vida de los primeros cristianos: un viaje apasionante*. Madrid: Palabra, 2002.
- Human Rights Wactch. *Por favor, no nos hagan sufrir más. El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano*. New York: Human Rights Wactch, 2009.
- Instituto Nacional de Estatística. *Moçambique – inquérito demográfico e de saúde*. Maputo: INE, 2013.
- Jonsen, Albert. *Breve Historia de la Ética Médica*. Madrid: San Pablo, 2011.

- Joyanes Aguilar, Luis. “Bioinformática y salud. Un nuevo paradigma de la sociedad”, en *Estudios Biotecnología y salud de La Persona y de la sociedad*, 159 – 176. Madrid: Fundación Pablo VI, 2004.
- Lee Hord, Fred y Jonathan Scott Lee. *I am because we are*, Revised Edition. Massachusetts: University of Massachusetts Press, 2016.
- Levinas, Emmanuel. *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*. 2ª ed. Salamanca: Sígueme, 2012.
- López Alonso, Antonio, Carmen Sánchez Téllez, y Antonio López Navas, *El entorno sanitario en camino de Santiago vía de la plata, (Norte de Zamora), durante la edad media*. Alcalá: Universidad de Alcalá, 2001.
- Lucas Lucas, Ramón. *Antropología y problemas bioéticos*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2005.
- Marijuán, M. “El tratamiento del dolor y sus problemas éticos”, en *Ética en cuidados paliativos*, editado por Azucena Couceiro, 115-136. Madrid: Triacastela, 2004.
- Martin, Leonard. *A ética médica diante do paciente terminal. Leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica*. Aparecida: Santuario, 1993.
- Martínez García, Nicanor *et al.* *Cristianos al servicio del reino*. Salamanca: Servicios de Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, 2001.
- Martínez, Julio Luís y José Manuel Caamaño López. *Moral fundamental. Bases teológicas del discernimiento ético*. Cantabria: Sal Terrae, 2014.
- Masiá Claver, Juan. *Cuidar la vida. Debates bioéticos*. Madrid: Herder, 2012.
- Massé García, María del Carmen. “Las ciencias biomédicas en la Bioética teológica”, en *Bioética y humanismo cristiano*, editado por Juan María de Velasco, 75-94. Bilbao: Universidad de Deusto, 2003.
- Ministério da Saúde. *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*. Maputo: Conselho Nacional da Saúde, 2001.
- _____. *Plano estratégico do sector da saúde PESS 2014 – 2019*. Maputo: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. *Relatório da Revisão do Sector da Saúde*. Maputo: MISAU, 2012.
- Ministério Das Finanças. *Orçamento cidadão. Orçamento de Estado 2015*. 4ª ed. Maputo: Ministério de Finanças, 2015.
- Mosse, Marcelo y Cortez, Edson. *A corrupção no sector da saúde em Moçambique*. Maputo: Centro de Integridad Pública de Moçambique, 2006.
- Navarro, Santiago. *Pío XII y los médicos*. 2ª ed. Madrid: Cocusa, 1964.

- Negri, Stefania. *Cuidados paliativos y derecho internacional de los derechos humanos: el derecho universal a no sufrir*. Salerno: Universidad de Salerno, sf.
- Nozick, Robert. *Anarquía, estado y utopía*. México Fondo de Cultura Económica, 1988.
- Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. *Humanizar el proceso de morir. Sobre la ética de la asistencia en el morir*. Madrid: Fundación Juan Ciudad, 2007.
- Pellegrino, Edmund y David Thomasma. *Las virtudes cristianas en la práctica médica*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, 2008.
- Perez Cayuela, Pilar, Esther Villán Álvarez, y Vicente Valentón Maganto, dir. *Programa de atención a los pacientes en fase terminal*. Madrid: INSALUD,1997.
- Ramos Sánchez, Antonio “Cuidar al final de la vida”, en *La familia ante la enfermedad*, editado por María Isabel Álvarez y Federico de Montalvo Jääskeläinen, 191-201. Madrid: Publicaciones Universidad Pontificia de Comillas, 2010.
- Ramose, Magobe B. “Globalização e Ubuntu”, en *Epistemologias do Sul*, Organización de Boaventura Sousa Santos y María Paula Meneses, 155-174. São Paulo: Cortez, 2010.
- Remiro Velazquez, Francisco de. *La eutanasia y la humanización de la medicina*. Valladolid: Prologos,1991.
- Rendtorff, Jacob Dahl y Peter Kemp. *Basic ethical principles in european bioethics and biolaw, autonomy, dignity, integrity and vulnerability*. Barcelona: Instituto Borja de Bioética, 2000.
- Rodríguez Fernández, Jesús. “Modelos de política sanitaria en un mundo globalizado”, en *Salud, justicia y recursos limitados*, editado por Javier de la Torre Díaz, 59 - 81. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2012.
- Roldán Franco, María Angustias. *Trastornos psicológicos en el siglo XXI*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2008.
- Rosario, Benítez del. *Cuidados Paliativos*. Barcelona: EDIDE,1998.
- Rosen, George. *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. 2º ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2005.
- Sen, Amartya. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta, 2000.
- Sesboüé, Bernard. *Jesucristo el único mediador II*. Salamanca: Secretariado Trinitario, 1993.
- Susaeta Montoya, Fernando. *Introducción a la filosofía africana. Un pensamiento desde el cogito de la supervivencia*. Las Palmas de Gran Canaria: Idea, 2010.
- The International and Ibero American Foundation and Public Policies. *Fomentando la cultura tributaria, el cumplimiento fiscal y ciudadanía: Guía sobre educación tributaria en el mundo*. Paris: OECD, 2015.

- Toledano, José Luis. *A la sombra del cajueiro: españoles en Mozambique, mozambiqueños en España*. Madrid: AECID, 2015.
- Torre Díaz, Javier de la. *Bioética: vulnerabilidad y responsabilidad en el comienzo de la vida*. Madrid: Dykinson, 2015.
- Torres Queiruga, André. “Dios no quiere la enfermedad, pero ¿por qué a mí?”, en *Jesús y la salud*, editado por Juan Carlos Bermejo, 143 -171. Cantabria: Sal Terrae, 2015.
- Turnes, Antonio. *Historia y evolución de los hospitales en las diferentes culturas*. (14 de setiembre, 2009 (sin publicar).
- Unión Europea. *Reducir las desigualdades en materia de salud en la Unión Europea*. Luxemburgo: Oficinas de Publicaciones de la Unión Europea, 2011.
- Uriarte, Juan María. “Religión y salud”, en *Jesús y la salud*, editado por Juan Carlos Bermejo, 15-47. Cantabria: Sal Terrae, 2015.
- Velasco, Juan María de. “La atención y el cuidado del ser humano doliente desde el horizonte de la Bioética: la solidaridad cristiana”, en *Salud, justicia y recursos limitados*, editado por Javier de la Torre Díaz, 150-151. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 2012.
- _____. “Solidaridad, principio de”, en *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*, Tomo II i-z, Dirección de Carlos María Romeo Casabona, 1560 – 1566. Granada: Comares, 2011.
- _____. *La Bioética y el principio de solidaridad: una perspectiva desde la ética teológica*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2003.
- Vidal García, Marciano. “Bioética teológica: Identidad, epistemología y presencia pública”, en *Bioética y Humanismo Cristiano*, editado por Juan María de Velasco, 115-129. Bilbao: Publicaciones de La Universidad de Deusto, 2011.
- _____. *Para comprender la solidaridad*. Navarra: Verbo Divino, 1996.
- Vidal, César. *El legado del cristianismo en la cultura occidental*. Madrid: Espasa Calpe, 2000.
- Vielá, Julio, editor. *Acompañar en la fragilidad. Relatos de profesionales de la salud*. Madrid: San Pablo, 2010.
- Wilson Astudillo y Carmen Mendinueta, “El sufrimiento en los enfermos terminales”, en *Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*, editado por Wilson Astudillo, Carmen Mendinueta y Edson Astudillo, 417-427. Pamplona: Universidad de Navarra, 2008.
- Zúñiga Fajuri, Alejandra. *Equidad y derecho a la protección de la salud*, Cuadernos Democracia y Derechos Humanos. Madrid: Universidad de Alcalá, 2013.

Artículos de Revistas

- Arrune, Eduardo Bidaurratzaga. “Las políticas de lucha contra el VIH/SIDA en Mozambique: retos para la cooperación internacional”. *ARI-Revista del Real Instituto Elcano*, nº 78 (2009): 1-9.
- Blanco, Severiano. “Los profetas de Dios y solidarios con las causas de los pobres”. *Cuestión Social* 23, nº4 (2015): 376 -386.
- Bórquez Polloni, B. “Las otras inequidades en salud: un reto de la bioética”. *Calidad Asistencial* 29, nº 2 (2014): 112-115.
- Buchanan, Allen. “The Right to a Decent Minimum of Health Care”. *Philosophy & Public Affairs* 13, nº 1 (1984): 55-78. (modelo para corregir todas las revistas)
- Daniels, Norman. “Justice, Health, and Healthcare”. *The american journal of bioethics* 1, nº 2 (2001): 2-16.
- Esquerda, Montse y Helena Roig. “¿podrá la Bioética salvar a la Medicina del siglo XXI?”. *Bioética & Debat* 21, nº 75 (2015): 14-17.
- Instituto Siciliano di Bioetica. “Le cure palliative e la spiritualità del morente”. *Bioética e Cultura* XII, nº 2 (2014): 185 – 191.
- Izquierdo, César. “La tradición en teología fundamental”. *Scripta Theologica* 29, nº 2 (1997): 389-413.
- Lutz, David W. “African Ubuntu philosophy and global management”. *Journal of Business Ethics*, nº 84 (2009): 313–328.
- Mardones Bravo, Camila. “Bizancio enfermo: panorámica de la Medicina en los primeros siglos del imperio”. *Historias del Orbis Terrarum* nº 6 (2011): 29-43.
- Moëne, Karla. “El concepto de solidaridad”. *Revista Chilena de Radiología* 16, nº 2 (2010): 51-52.
- Nascimento, Alexandre do. “Ubuntu como fundamento”, *UJIMA*, nº 20 (2014): 1-5.
- Porto Fernando *et al.* “San Camilo Lélis: caridad y bondad en la prestación del cuidado”. *Cultura de los Cuidados XXI*, nº 47 (2017): 32-42.
- Quintero Laverde, María Clara. “Enfermería en el mundo cristiano”. *Revista Quichan*, nº1 (2001): 42 – 45.
- Suárez Hernández, Georgina. “La solidaridad como principio de la bioética”. *Revista Boética*, nº 6 (2013): 4- 9.

Tesis

Aguado, R. “El cuidado del enfermo en la fase terminal. Un estudio moral a partir de la práctica de la eutanasia en Oregón (USA)”. Tesis doctoral, Pontificia Universitas Sanctae Crucis, 2003.

Ferreira Albasini, Neyde De Palma “Saúde pública em Moçambique no atendimento rural unidade: sanitária móvel”. Dissertação de Mestrado em História e Fundamento de Arquitectura e do Urbanismo, Universidade de São Paulo, 2013.

Páginas Web

“Enfermo terminal”: Guía de Actuación Clínica en A. P., consultado el 20 de noviembre de 2017, <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>.

Kankindi, “Antoinette. “El liderazgo en la mujer africana. Familia y solidaridad”, Última modificación 12 de marzo de 2017. Consultado el 22 de noviembre de 2017 En <http://www.harambee.es/wp-content/uploads/2017/03/Pa%CC%81ginas-desdedossier170310.pdf>.

Entrevistas

Chiluvane, Armindo. Empleado de Caritas de Maputo, entrevista personal sobre la intervención de la Iglesia en la Salud. Maputo, 05 de enero de 2017.

Gil, Raquel. Médico que ha trabajado en Mozambique. entrevista personal sobre su labor como médico en Mozambique. Madrid, 5 de febrero de 2017.

Verduras, María Luisa, directora del Hospital Carmelo. entrevista personal sobre el origen y funcionamiento de hospital. Chokwé, 8 de enero de 2017.