

Pastoral y SIDA

JOSÉ CARLOS BERMEJO, M.I.

Doctor en Teología
(Pastoral de la Salud)

Director del Centro
de Humanización de la Salud
Tres Cantos (Madrid)

Si bien la respuesta que la Iglesia ha tenido en su presencia solidaria asistencial a los enfermos de SIDA no puede menos que calificarse de generosa, no es menos cierto que la acción pastoral hacia estos enfermos reviste una especificidad que la hace especialmente compleja.

Las características de la enfermedad y su desarrollo, así como las propias de buen número de quienes sufren la misma, hace que el acercamiento a esta realidad no siempre resulte sencillo.

El autor nos brinda unas pistas de reflexión que pueden ayudarnos a ubicarnos frente al enfermo, y también frente a una enfermedad que, por su incidencia, constituye también un fenómeno social que exige de nosotros una postura y una respuesta ante el mismo.

«Yo no soy un virus. No soy una infección. No soy una toxoplasmosis o un sarcoma de Kaposi. Ni siquiera soy un homosexual, un heterosexual, un bisexual, un hemofílico o un drogadicto. Yo soy mucho más de lo que tú puedas poner en cada una de estas palabras. Mira desde más cerca: ¡me verás a mí! Nací, impotente y lleno de promesas, un sol que sale al inicio de cada día, un proyecto de futuro como cualquier otro niño. He amado y he jugado. He trabajado y he tenido éxito. He luchado y me he equivocado. He perdido y he llorado. He fracasado y he esperado. Mírame y verás el entero drama humano, representado sobre mi nombre y particularidad, así como se representa nuevamente en cada uno. Mírame desde más cerca: me verás a mí, te verás a ti mismo».¹

1. ROOY J., *Humanity, The Measure of an Ethics for Aids*, Montreal, V Congreso Internacional sobre el Sida, 1989.

Agradezco sinceramente a los enfermos de Sida —como éste—, la oportunidad que me han ofrecido de caminar con ellos y, compartiendo un poco de su experiencia, reflexionar sobre la vida.

En los años que he compartido un poco de mi ministerio con enfermos de Sida, así como en los años dedicados a la investigación centrado en este tema, he podido constatar que, efectivamente, estamos ante una situación muy particular que requiere una reflexión específica para que la pastoral esté bien centrada en las verdaderas necesidades de los afectados por el fenómeno del Sida: enfermos, familiares, trabajadores sanitarios, y la comunidad entera que, sintiendo el problema como propio, experimenta el reto de prevenir, asistir, acompañar, investigar...

Efectivamente, el Sida presenta diferentes particularidades: la conciencia de la precariedad de la vida y del límite de los recursos sanitarios, el hecho de que al enfermo no se le niega la verdad,² la contagiosidad, las vías de transmisión tan asociadas al valor de la vida y de su comunicación y al tremendo problema del consumo de drogas por vía intravenosa, las asociaciones metafóricas y los contenidos simbólicos (sobre todo por la convergencia de *eros* y *thanatos* en torno a la experiencia de la enfermedad), la vulnerabilidad de las personas antes y después de haberse infectado por el VIH, la especificidad de la vivencia de los afectados, etc.

No hay duda de que la Iglesia, el Pueblo de Dios, está respondiendo de una manera digna de ser reconocida en cualquier ámbito ante las interpelaciones que provienen de este signo de los tiempos³. Está respondiendo en el ámbito de la asistencia, siendo de especial relevancia los proyectos de acogida en casas para enfermos graves y terminales, responde con la reflexión y con lo que hemos asumido llamar la «caridad intelectual»⁴. En efecto, como dice Antoni Mirabet,

«en ninguna otra parte —fuera de la Iglesia— hemos encontrado tanto material de reflexión y estudio sobre el valor y la consideración de las personas que viven con el VIH/sida y de las de su entorno familiar o de amistad, y sobre el papel de todas las personas que integran la sociedad»⁵.

2. Ello hace, por ejemplo, que el diálogo con el enfermo se base en el conocimiento del paciente de su diagnóstico, cosa que no sucede con otras muchas enfermedades. Cfr. BERMEJO J.C., *Accompagnamento spirituale e pastorale* in AAVV., *AIDS, emergenza planetaria*, Casale Monferrato, Piemme, 1997, p. 137.

3. Cfr. BERMEJO J.C., *Relación pastoral de ayuda al enfermo de Sida*, Roma, Camillianum, 1994, pp. 126-129.

4. Las Iglesias, además de esta caridad de tipo asistencial, están llamadas también a ofrecer al mundo una caridad de tipo «intelectual», es decir, en relación a una visión global de las cosas, del sentido de la vida, de la enfermedad y de la muerte, con el fin de que el que sufre sepa afrontar su sufrimiento, liberado de la tentación de considerarse maldecido por Dios, juzgado y castigado, además de por los hombres, por la justicia divina. Cfr. AUTIERO A., *AIDS, quale sfida per l'etica*, in *Rivista di Teologia Morale*, 1988 (80), p. 18-19.

5. MIRABET A., *Obispos y Conferencias Episcopales del mundo sobre el Sida (1986-1999)*, Madrid, Claret, 1999, p. 8.

Desde el punto de vista teológico, podemos decir efectivamente que estamos ante un signo de los tiempos.

En el espíritu de las declaraciones hechas puede intuirse también una exhortación ante lo que Juan Pablo II ha llamado «una especie de inmunodeficiencia en el plano de los valores existenciales que no se puede dejar de reconocer como una verdadera patología del espíritu»⁶, ante la cual es necesario una cierta «ecología del espíritu», como ha dicho monseñor F. Angelini,⁷ y que constituye un verdadero reto para todo el Pueblo de Dios.

El Sida, además, nos sitúa ante personas que, en muy gran mayoría, podemos calificarlas de «enfermas» antes de serlo, enfermas de pobreza, enfermas de cultura, enfermas de apoyos sociales y afectivos sanos, enfermas porque conduce a muchos a una «muerte social» previa a la física.⁸

Para proponer algunas pistas para el acompañamiento pastoral a las personas afectadas, hagamos antes una breve lectura teológico-pastoral y ético-moral del fenómeno.

CLAVES PARA UNA LECTURA TEOLÓGICO-PASTORAL DEL SIDA

Desde el punto de vista teológico, podemos decir efectivamente que estamos ante un signo de los tiempos⁹, en el sentido de que tenemos entre nosotros un elevado número de enfermos de Sida que sufren un mal que humanamente se presenta sin remedio, que manifiesta un conjunto de desórdenes profundos de nuestra sociedad y, lo que es más importante, que constituye una urgente llamada que nos orienta hacia el amor del prójimo y hacia la solidaridad.

Como signo de los tiempos, el Sida es también un *kairós* desde el momento en que constituye un reclamo para la comunidad cristiana para hacer presente a Dios mediante el reconocimiento de la emergencia Sida como ocasión extraordinaria, como momento excepcional para ofrecer amor y actuar afectiva y efectivamente en favor

6. GIOVANNI PAOLO II, *La Iglesia frente al desafío del Sida: prevención y asistencia*, in *Dolentium Hominum*, 1990 (13), p. 7.

7. ANGELINI F., *Quel soffio sulla creta*, Pontificio Consiglio della Pastorale per gli operatori sanitari, Roma 1990, p. 331.

8. SONTAG S., *L'Aids e le sue metafore*, Torino, Einaudi, 1989, p. 31-32.

9. COTTIER G., *Sida: ¿un signo de los tiempos?* in *Dolentium Hominum*, 1990(13), p. 34 y 39.

de los más directamente afectados¹⁰. En el fondo, habría que reconocer que «el Sida es también un *kairós* para la pastoral de la salud. Se transforma al mismo tiempo en un reto y una invitación a aceptar la precariedad de nuestras reflexiones en torno al sufrimiento, al sentido de la vida, en circunstancias como las que esta enfermedad presenta¹¹.»

Desde la reflexión teológica, no sólo hemos de considerar en el enfermo de Sida la presencia misma de Cristo que sufre (Mt 25, 31-46), sino que leyendo la parábola del Buen Samaritano, referente obligado para toda acción pastoral, probablemente podríamos imaginar a Cristo eligiendo hoy como figura central de la parábola, a un enfermo de Sida. No como el necesitado de ayuda, sino como el buen samaritano¹². Recordemos que con esta parábola Jesús no sólo muestra la actitud hacia el malherido, sino que desconcierta con el modelo propuesto al elegir a un samaritano, con lo que supo mostrar a los que tienden fácilmente a condenar o definirse por las apariencias, que las personas se definen más bien por las actitudes ante el prójimo, por más que sobre sí recaigan prejuicios por el grupo de pertenencia. Los samaritanos eran considerados, en efecto, con categorías semejantes a los enfermos de Sida hoy, allí donde aún no se han superado actitudes moralizantes.

Una interesante lectura ha sido hecha también para ayudarnos a interpretar teológicamente el Sida, en el marco de la «medicina mesiánica»¹³. Por medicina mesiánica entendemos una actitud ante la enfermedad y los enfermos que se distingue de las otras dos perspectivas de inspiración religiosa: la sacerdotal y la profética. Estos términos hacen referencia a conductas presentes en el mundo religioso bíblico y que encontramos hoy, salvando las diferencias culturales de nuestros días.

La religiosidad sacerdotal considera la enfermedad como una impureza y el enfermo, en consecuencia, ha de ser excluido de la comunidad (especialmente del culto Cfr. Lv 12, 2-8). La perspectiva profética, por su parte, subraya el lenguaje de la conversión del pecado y considera la enfermedad como la manifestación corporal del pecado del corazón, como castigo de una transgresión ética (Dt 28, 15-22).

La disposición ante la enfermedad en la perspectiva sacerdotal es la purificación y en la profética, la conversión. Quizás no sea difícil relacionar ciertas conductas sociales y religiosas ante los enfermos de Sida con estas perspectivas, especialmente la marginación y la culpabilización.

10. Cfr. AAVV., *Farsi prossimo ai malati di Aids*, Torino, Elle Di Ci, 1990, p. 22.

11. BERMEJO J. C., *Accompagnamento spirituale e pastorale*, in AAVV., *AIDS, emergenza planetaria*, a.c., p. 136.

12. BUCKMAN R., *Cosa dire. Dialogo con il malato grave*, Torino, Camilliane, 1990, pp. 227-228. Cfr. También *Sugerencias para la pastoral del Buen Samaritano*, en: AAVV., *SIDA*, Bogotá, CELAM, 1989, pp. 211-244.

13. MALHERBE J. F., ZORRILLA S., SPINSANTI S., *Il cittadino, il medico e l'Aids*, Milano, Paoline, 1991, p. 215-216.

Jesús, conociendo la coexistencia del lenguaje sacerdotal y profético en relación a la enfermedad, se sitúa en una perspectiva mesiánica, alejándose tanto del legalismo cuanto de la búsqueda de una culpa personal detrás de cada manifestación patológica. Desde la perspectiva mesiánica que él propone y encarna, la enfermedad se sitúa en el centro de la acción de Dios y de la actividad sanadora. El anuncio y la actividad ponen en el centro la compasión como fuerza que hace vivir y que genera salud no sólo en el plano somático, sino también en el plano psíquico, emotivo, relacional y espiritual. La terapia mesiánica no se centra sólo en los síntomas, sino que reintegra al enfermo en la comunidad, devuelve la dignidad a la persona y la convierte en agente en la tarea de la construcción del Reino.

CLAVES PARA UNA LECTURA ÉTICO-MORAL

En estos años de historia del Sida, especialmente en el marco de la que hemos llamado «caridad intelectual», una buena parte de las reflexiones hechas han ido teniendo el color propio de la reflexión ética. La reacción de marginación, la misma naturaleza del VIH y la relación tan estrecha entre el modo como se difunde y las costumbres y los valores ha desencadenado una importante reflexión ética en torno a la solidaridad, a los derechos de los afectados, a los conflictos éticos surgidos en torno a la asistencia y a la prevención.

Aún habiendo pasado ya algo más de 15 años del descubrimiento del virus —no tantos de los primeros pronunciamientos— (10-12 años), creo que es de actualidad la reflexión que hacía Mons. Lehmann en el año 1990, al afirmar:

«No deberíamos reducir nuestro mensaje a unos cuantos restringidos temas de teología moral, como la valoración de la homosexualidad, el control de las concepciones, las relaciones sexuales de los enfermos de SIDA. Tales problemas tienen su importancia en su lugar oportuno, pero en último análisis pueden ser resueltos de modo convincente sólo tomando en consideración el conjunto del mensaje cristiano de salvación. Si verdaderamente predicamos “la esperanza contra toda esperanza” (Rom 4, 18), los problemas éticos de quienes responden a tal invitación se resolverán casi por sí mismos¹⁴.»

En efecto, durante la primera década del Sida, el debate se ha centrado fundamentalmente en la problemática relacionada con la libertad. Sin embargo, de cara al futuro, el gran reto moral del Sida se plantea en las coordenadas de la justicia y de la solidaridad. Las víctimas de la segunda y tercera década son verdaderamente pobres porque, además de ser grupos discriminados, no tienen voz. «El Sida en la segunda década y en la vigilia del

14. LEHMANN K., *La pastoral de la esperanza*, in *Dolentium Hominum*, 13, 1990, p. 224.

tercer milenio es la enfermedad de los pobres, de los que no tienen voz en esa comunidad de comunicación internacional que detenta el poder, a la que se accede por el control de los mercados y por los medios de comunicación social. Por eso, el Sida plantea, en la vigilia del tercer milenio un reto que parece inscribirse más bien en las coordenadas morales del principio de justicia¹⁵.»

La Iglesia, que tanta reflexión ha generado en torno al Sida, creo que tiene el reto hoy de levantar el grito que surge de la conciencia de que no podemos quedarnos de brazos cruzados ante la tragedia del Sida en África y, probablemente, en otros pueblos del Tercer Mundo. Ese es el reto que el SIDA presenta a la ética en su segunda década y de cara al tercer milenio. Esta es la clave ético-moral más importante —a mi juicio— que debería guiar los pronunciamientos pastorales. Un día, desde la distancia, valorarán nuestra actitud ante los enfermos de Sida y podrán decir que está tanto más en sintonía con el mensaje de Jesús cuanto más centrada esté en la defensa del frágil y del pobre.

Los factores que propician las conductas de riesgo son sumamente complejos y frecuentemente trascienden la esfera de la voluntariedad, del control personal. Como es sabido, la clase social, la educación y otros factores culturales juegan un papel muy importante en la determinación de la conducta individual¹⁶. Si nuestra reflexión se centrara en la responsabilidad únicamente, escucharíamos probablemente

«un grito al mismo tiempo de desesperación y denuncia: ¿por qué permitieron que bebamos del agua corrompida de las cisternas y no nos indicaron el agua de la fuente de vida? ¿Por qué no nos descubrieron horizontes más amplios en términos de vida sexual? ¿Por qué nos permitieron copiosas informaciones que llevan a la muerte y no a la vida?¹⁷.»

No es casualidad que VIH y exclusión social sean itinerarios bidireccionales¹⁸. El Sida está siendo oportunidad para identificar con más evidencia a los más pobres. Y

«pobre es el hombre sin dinero, sin poder, sin saber, sin voz. Es aquél que no tiene lo necesario para llevar

15. Cfr. FERRER J. J., *Sida y bioética: de la autonomía a la justicia*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas de Madrid, 1997, pp. 284-285. Dice el autor: «Las víctimas de la segunda y la tercera década son los sin voz: los drogodependientes de Nueva York, Madrid, Milán o San Juan; las minorías afro-americana e hispana en los Estados Unidos; las masas empobrecidas del África negra y el sudeste asiático». Ibidem., p. 285.

16. DANIELS N., *Seeking Fair Treatment. From the AIDS Epidemics to National Health Care Reform*, New York/Oxford, Oxford University Press, 1995, p. 95.

17. MOSER A., *Ellos nos interpelan: pistas teológico pastorales partiendo del SIDA*, in AAVV, *SIDA*, Bogotá, CELAM, o.c., p. 164.

18. BARBERO J., *Afectado por el Sida. El acompañamiento a personas con VIH/SIDA. Claves ideológicas, contextuales y relacionales*, Madrid, CREFAT, 1997, p. 36.

El gran reto moral del Sida se plantea en las coordenadas de la justicia y de la solidaridad.

una vida humana digna, sufre hambre, no tiene casa, no encuentra trabajo remunerado, padece frío, no sabe cómo evitar las enfermedades, no tiene posibilidad de hacerse cuidar. No tiene conocimientos e informaciones para hacer valer sus derechos, no es respetado como persona, es rechazado, marginado por la sociedad, su vida depende de la misericordia de otros¹⁹.»

Cada vez están siendo más numerosos los moralistas católicos que consideran que se está dando un relieve mucho mayor —incluso desproporcionado— a los temas de moral sexual implicados que a los temas de moral social. Una mirada larga, no sólo europea, sino universal, podría evitar la sensación percibida en diferentes contextos de intransigencia religiosa presentada como fidelidad a toda prueba a la doctrina, afirmando los principios morales en el ámbito de la sexualidad, sin considerar las circunstancias concretas en las que se encuentran los destinatarios del mensaje. «La fidelidad a toda prueba, sin valorar las consecuencias, se pone una aureola de heroísmo moral. La difusión de la epidemia se interpreta entonces como confirmación de la peligrosidad de cualquier forma de cesión.²⁰» La compasión podría convertirse en un instrumento para la recuperación ideológica, la autoafirmación apologética y la promoción de una ética represiva²¹.

En efecto, el cuadro actual de la infección por el VIH plantea serias cuestiones de justicia social. Citemos entre ellas las comunidades negra e hispana en los Estados Unidos, donde la transmisión de la infección está ligada, fundamentalmente, al uso de las drogas, que, a su vez, está conectado con la pobreza y la marginación que han sufrido durante generaciones. Y no olvidemos la doble marginación o pobreza que le toca vivir a la mujer cuando es ella la afectada por el VIH, especialmente en algunos lugares del mundo. La marginación social y cultural

19. VENDRAME C., *Essere religiosi oggi*, Roma, Dehoniane, 1989, p. 121.

20. MALHERBE J. F., ZORRILLA S., SPINSANTI S., o.c., p. 207.

21. Al respecto dice J. Gafo: «Creo que sería inoportuna y errónea una campaña de moralización de las Iglesias basada en el hecho del Sida». Cfr. GAFO J., *Pliego*, in *Vida Nueva*, 1570 (1987), pp. 31.32. Tengamos presente que, según los resultados de una investigación realizada por nosotros, el 29% de los enfermos de Sida entrevistados, considera la actitud de la Iglesia hacia los enfermos de Sida como moralizante. Cfr. BERMEJO J. C., *La relación pastoral de ayuda al enfermo de Sida*, o.c., p. 137.

de estos colectivos dificulta, además, su acceso a programas de prevención y de tratamiento. La epidemia añade tintes todavía más dramáticos a una situación de injusticia con raíces ancestrales. Y, como afirma Ferrer, la situación del Tercer Mundo, sobre todo África, es de sometimiento a una explotación que impide su desarrollo a la vez que favorece patrones de conducta que probablemente estén facilitando la extensión de la epidemia²².

CLAVES PARA EL ENCUENTRO CON EL ENFERMO

Sin duda, además de reconocer la importancia de la reflexión y la interpretación del Sida como signo de los tiempos y como *kairós*, de la que en buena medida dependerá el tipo de acción pastoral que se realice, entendemos que la primera obligación que la Iglesia debe desempeñar en relación a los enfermos de Sida, es la pastoral. Obispos, sacerdotes, diáconos, religiosos y religiosas deben inaugurar un diálogo privilegiado con los afectados por el Sida: diálogo que comprende conversaciones personales continuas, visitas a domicilio o al hospital, etc. Para desempeñar esta tarea es necesario preparar ministros capaces de presentar a Cristo como salvador y redentor del sufrimiento y de la muerte, y a Dios como el Dios de la esperanza y de la vida²³.

El objetivo de todo acompañamiento pastoral a la persona que sufre no es otro que contribuir a hacer que el enfermo pueda hacer la mayor y la mejor experiencia de curación entendida en su integridad (Jn 10,10)²⁴.

UN ACOMPAÑAMIENTO HOLÍSTICO

Un estudioso español de los procesos de exclusión y marginación, García Roca, ha lanzado la hipótesis de que la exclusión es el resultado de tres procesos sociales con sus propias lógicas, la fluencia de tres desarrollos con sus respectivas tramas²⁵.

El primer vector está formado por elementos estructurales; se refiere a la dimensión económica de la exclusión: falta de vivienda, trabajo inestable, escasos o nulos recursos económicos; la exclusión es una cualidad del sistema que excluye a una parte de la población de las oportunidades económicas y sociales. En el caso que nos ocupa, podemos constatar efectivamente cómo la mayoría de los enfermos de Sida, antes de serlo, padecen la li-

mitación de la familia, por la escasez de los ingresos, por las características de la vivienda y del barrio donde se sitúa, etc.; y los que ya lo son vemos cómo son excluidos de los recursos sanitarios en función del desarrollo del País donde se encuentran.

El segundo vector está constituido por elementos contextuales que se refieren a la dimensión social de la exclusión; tiene que ver con el mundo relacional de la persona, con la inexistencia o fragilidad de relaciones sanas de apoyo, con la falta de puntos de referencia que puedan servir de soporte, con la debilidad de los *servicios de proximidad* o *redes próximas* de apoyo. Esta vulnerabilidad es una cualidad del contexto. En el caso de los enfermos de Sida, podemos constatar con frecuencia cómo los apoyos familiares son débiles (o lo han sido en la edad propia de la primera educación), el entorno no es favorable, las relaciones entre los miembros de la familia con frecuencia son muy vulnerables, cuando no inexistentes.

El tercer vector viene dado por la precariedad en cuanto cualidad del sujeto, compuesta por los elementos más subjetivos y personales de la marginación, a la que García Roca llama «precariedad cultural»²⁶, y que está caracterizada por la ruptura de algunas comunicaciones, por la debilidad de las expectativas, el desánimo y el debilitamiento de la confianza, la identidad y la autoestima. El proceso de exclusión y marginación es causa y consecuencia también de un deterioro en la persona, en la capacidad de hacer una lectura objetiva de la realidad que le rodea y de poner en marcha mecanismos propios que le ayuden a salir de ella.

Desde este planteamiento, el acompañamiento pastoral y la relación de ayuda²⁷ tiene una gran importancia para incidir sobre todo en el segundo y tercer vector, de modo que la persona se reconstruya entera (Jn 7, 23) y la intervención, aunque también lo sea en el ámbito económico, laboral, de vivienda, etc., sea duradera y no un simple paliativo. Tengamos presente la importancia de esta intervención holística (Mc 5, 1-20) de cara a la prevención, dado que el portador de VIH es un posible agente de infección especialmente en contextos y personas vulnerables.

26. IBIDEM, p. 14. Es interesante la reflexión que se hace sobre la pobreza de información: «La pobreza en información tiene repercusiones también en las demás dimensiones de la persona. El avance de la tecnología de la información podría así hacer al rico en información aún más rico y ensanchar el vacío entre éste y el pobre en información. Posibilidad muy problemática, pues los pobres en información suelen ser también los más deprimidos económica y culturalmente y los más necesitados de los beneficios que una mejor información puede traer. Ante esta situación, la reflexión de Luis Miguel Uriarte subraya la importancia de la dimensión educativa de las intervenciones». Cfr. URIARTE L. M., *Reflexiones sobre las autopistas de la información y la pobreza*, in *Dossier: Escuela de Formación Social*, Madrid, Cáritas, 1995, pp. 353-357.

27. Una reflexión sobre la relación de ayuda y la exclusión la he realizado recientemente en: BERMEJO J. C., *Relación de ayuda y marginación*, in *Camillianum*, 1999.

22. FERRER J., *El Sida, ¿condena o solidaridad? La teología, la Biblia y la moral ante un reto inaplazable*, Madrid, PPC, 1992, p. 107-108.

23. CONCETTI G., *SIDA, problemas de conciencia*, Caracas, Paulinas, 1988, p. 126.

24. ÁLVAREZ F., *La experiencia humana de la salud desde una óptica cristiana*, in *Labor Hospitalaria*, 219 (1991), p. 33.

25. GARCÍA ROCA J., *Contra la exclusión. Responsabilidad política e iniciativa social*, Santander, Sal Terrae, 1995, pp. 9-15.

La presencia significativa, simbólica, sacramental, del agente de pastoral con el enfermo de Sida habrá de una presencia que infunda esperanza.

En este sentido, la responsabilidad de atenuar el sufrimiento del enfermo de Sida, es personal y colectiva, pues el sufrimiento provocado por variables sociales tiene mucho de estructural y de comunitario, atentando también contra el principio ético de justicia. Juntos conseguiremos con más facilidad y eficacia «matar la muerte evitable» y eliminar la «muerte social» que tanto sufrimiento crea entre los afectados por el VIH. Tanto o más como el del propio virus.²⁸

Digamos también que un acompañamiento holístico habrá de tener en cuenta la importancia de la familia del afectado. Ésta no sólo sufre por tener un enfermo, sino, con frecuencia, a causa de la marginación social, de sentimientos de culpa²⁹, de la ruptura de la imagen que se habían hecho de su hijo, etc. En ocasiones, son relevantes también los dilemas éticos planteados en torno a la relación del infectado por el VIH y su pareja, ocasiones en las que el agente de pastoral puede tener un rol significativo³⁰.

UN ACOMPAÑAMIENTO EN CLAVE PASCUAL

Creemos que un acompañamiento pastoral a las personas afectadas por el VIH ha de inspirarse en el Misterio Pascual. En él, las tres dimensiones del tiempo —pasado, presente y futuro— se dan cita de manera muy particular e inspiradora para la acción eclesial: el pasado que se recapitula, se recuerda y se hace vivo, el presente que es inundado por la presencia del Señor y el futuro que se proyecta y se espera³¹.

28. BARBERO J., o.c., p. 36.

29. AMIGO VALLEJO C., *El SIDA: una pastoral sanitaria especializada*, Sevilla, Enero 1998, p. 10.

30. Cfr. BERMEJO J. C., *A Spaniard Resists Disclosing His HIV Status to His Girlfriend*, in KEENAN J. F., *Catholic moral theologians in the service of HIV prevention* (en imprenta).

31. Cfr. MONGILLO D., *La malattia: esperienza da vivere e mistero da celebrare* in *Camillianum*, 1990 (2), pp. 339-341. Policante, a propósito de la pastoral con enfermos de Sida, afirma: «Io ho il fondato sospetto che certo ricorso alla religione abbia il sapore di un recupero in extremis di risorse che si crede di dover offrire perché altrimenti non si avrebbe altro da dare e da dire: una proposta religiosa tesa a colmare un vuoto, dunque, e non già tesa a dar più sapore a qualcosa che già esistente». Cfr. POLICANTE G., *C'è una pastorale per i malati di Aids?* in *Insieme per servire*, 1989 (3), p. 22. De ahí la necesidad de fundamentar bien una acción pastoral.

Acompañar a reconstruir la propia historia

Una de las necesidades importantes que nos encontramos en los enfermos de Sida es la de hacer la paz con la propia historia³². Es ésta una de las experiencias más comunes en la etapa final de la vida (la mirada hacia atrás), y en la enfermedad en general (dada la misteriosa relación entre experiencia de enfermedad y sentimiento de culpa).

Acompañar a rumiar la historia, quizás rumiar las penas no de forma estéril, sino en un intento de volver sobre los propios pasos para llegar a asumir y a dominar todo lo que se ha vivido puede contribuir a «curar las propias llagas³³» y a un proceso de reconciliación. «Recordar el pasado puede ayudar a dar un nuevo sentido al presente³⁴».

La mirada reconciliadora hacia el pasado, acompañada y facilitada por el agente de pastoral, permite, además, encontrar en él el maestro personal que ha ido enseñando en la vida a ir muriendo las pequeñas muertes que se han vivido ante la necesidad de elaborar cada una de las pérdidas personales que acompañan el proceso del morir³⁵, así como realizar una tarea de «curación de las relaciones³⁶», allí donde éstas puedan ser sanadas.

La elaboración sana del propio pasado, con frecuencia, pasa a través del proceso conocido y descrito por la doctora E. Kübler-Ross. «Aunque la curación de un recuerdo puede obtenerse con una sola oración, como la muerte puede ser aceptada inmediatamente, el método normal para afrontar los recuerdos y la muerte es pasar poco a poco por las cinco fases³⁷».

Entendemos que acompañar con la escucha tiene un valor nunca suficientemente subrayado. Acompañar a quien narra su vida está cargado de contenido simbólico, porque narrar la propia vida supone un verdadero esfuerzo:

32. Aún predominando la preocupación por el futuro (56,1%), un 11,7% de los encuestados por nosotros, han manifestado que más que el presente o el futuro, les preocupa sobre todo la reconciliación con el pasado. Cfr. BERMEJO J. C., *Relación pastoral de ayuda al enfermo de Sida*, o.c., pp. 367-369. Al preguntarles lo que es más importante ahora, (muestra de 230 enfermos), el 12,2% respondió «reconciliarme con mi pasado, en relación a las demás posibilidades: vivir el día presente (63,9%), hacer proyectos para mi futuro (20,4%)». Cfr. *Ibidem.*, p. 393.

33. Cf. VIMORT J., *Solidarios ante la muerte*, Madrid, CCS, 1990, pp. 98-99.

34. ASTUDILLO, W., MENDINUETA C., *El sufrimiento en los enfermos terminales* in ASTUDILLO W., MENDINUETA C., ASTUDILLO E., *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*, Pamplona, Eunsa, 1995, p. 272.

35. Dice Nigg: «Quien no muere antes de morir, se corrompe cuando muere». Cf. NIGG, W., o.c., p. 116.

36. PASINI G., *La comunità cristiana di fronte all'AIDS. Esperienze e prospettive di impegno* in AAVV., *AIDS, una prossimità possibile*. Atti del Corso per la promozione e la formazione del volontariato, Milano, 30.X-18XII-97.

37. LILL, D.E.M., *Come guarire le ferite della vita*, Milano, Paoline, 1992, p. 21.

«Es poner en perspectiva acontecimientos que parecen accidentales. Es distinguir en el propio pasado, lo esencial de lo accesorio, los puntos firmes. Contar su vida permite subrayar momentos más importantes, e igualmente, minimizar otros. Se puede, en efecto, gastar más o menos tiempo en contar un acontecimiento que en vivirlo. Para contar, es necesario escoger lo que se quiere resaltar, y lo que se quiere poner entre paréntesis. El relato crea una inteligibilidad, da sentido a lo que se hace. Narrar es poner orden en el desorden. Contar su vida es un acontecimiento de la vida, es la vida misma, que se cuenta para comprenderse³⁸.»

Narrar no es fabular. Contar los acontecimientos que se han sucedido en la vida permite unificar la dispersión de nuestros encuentros, la multiplicidad disparatada de los acontecimientos que hemos vivido. Malherbe no duda en decir que, «relatar la vida, le da un sentido³⁹». De ahí la importancia, pues, del acompañamiento personalizado del agente de pastoral al enfermo y la relevancia de la escucha.

Acompañar a vivir los valores en el presente

Acompañar pastoralmente al enfermo de Sida, en cualquier fase de su evolución, supone también un reto a la vivencia de los valores que, con frecuencia, son descubiertos con ocasión de la enfermedad.

El 43,9% de los 230 enfermos entrevistados en una investigación realizada sobre la vivencia de la enfermedad y las expectativas en el ámbito pastoral, reconocía haber descubierto nuevos valores con ocasión de la enfermedad. Acompañar a vivir los nuevos valores y a convertirse en apóstoles en la comunidad, constituye un reto pastoral.

Pero, allí donde más que descubrir nuevos valores lo que se da es una sensación de haber perdido la confianza en lo que se creía (26,1%) o de que nada ha cambiado (26,5%), el agente de pastoral aún tiene el reto de acompañar empáticamente, en medio de la impotencia experimentada al no poder anular las causas del sufrimiento, por un camino hacia la paciencia, entendida como un nuevo modo de experimentarse a sí mismo y como una actitud libre ante lo inevitable. La paciencia comporta la aceptación de los límites; es un ejercicio humilde, pero fundamental, de acogida de la vida y de realización de los valores de actitud⁴⁰ —a los que se refiere V. Frankl⁴¹. Se trata de acompañar a adoptar lo que Teilhard de Chardin llama la «pasividad de crecimiento», refiriéndose al otro brazo con el que Dios nos conduce hacia él, la virtud que

no nos hace pasivos ni nos aliena, sino que nos sitúa ante una posibilidad de responder a la cuestión del sentido⁴².

«Dejar de buscar el porqué, no hay nada que comprender. Preguntarse más bien “para qué”, por la finalidad del sufrimiento, es lo que parece la única forma de darle un sentido. ¿Para qué? ¿Cuáles son los caminos, la experiencia vital, la conciencia hacia donde me llevan mi enfermedad o mi sufrimiento? ¿Puedo hacer del dolor un hogar para la luz y el amor?⁴³»

El Sida en la segunda década y en la vigilia del tercer milenio es la enfermedad de los pobres.

En este sentido, considero importante tomar conciencia de que normalmente se lee el capítulo 25 de Mateo como prescripción de una ética cristiana, pero corre el riesgo de hacer a los enfermos y excluidos objetos del amor cristiano al prójimo, en lugar de sujetos, o sea, hermanos de Cristo. Este texto nos presenta a los más pequeños como sujetos, hermanos del juez del mundo, antes que destinatarios de una misión⁴⁴. Y esto implica un serio compromiso en el acompañamiento a ser responsables en medio de la enfermedad.

«Porque, hemos de decirlo, también los más débiles tienen el peligro de plegarse ante las dinámicas perversas que los esclavizan o que los hacen objetos, en lugar de sujetos de su propia historia⁴⁵.»

Lejos del agente de pastoral el deseo de anestesiarse la pregunta por el sentido, incluso cuando ésta incomoda a los que la comparten. El reto permanente será el de evitar todo tipo de frases que tenemos listas para ser dichas

42. MALHERBE J. F., ZORRILLA S., SPINSANTI S., o.c., pp. 228-229. En este sentido, se expresa Alfaro a propósito del concepto de «abandono en Dios» diciendo: «El término abandono de sí mismo puede sugerir un falso concepto de la esperanza cristiana, como si fuese una actitud de pasividad y de renuncia a decidir y a actuar, para dejar solamente a Dios la obra de nuestra salvación. Pero justamente porque en la esperanza, el hombre se abandona al amor de Dios, dispone de sí mismo en la decisión más comprometida de su libertad, que es el don de sí mismo al amor absoluto de Dios en Cristo. La esperanza no excluye la decisión y la acción del hombre, sino que la incluye y la exige». ALFARO J., *Speranza cristiana e liberazione dell'uomo*, Brescia, Queriniana, 1973, p. 41.

43. HENZEZEL, M., *La muerte íntima. Los que van a morir nos enseñan a vivir*, Barcelona, Plaza & Janés, 1996, p. 170.

44. Cfr. J. MOLTMANN, *Nuovo stile di vita*, Brescia, Queriniana, 1979, pp. 122-123.

45. BERMEJO J. C., *Derecho a una vida digna in Corintios XIII*, 88 (1998), p. 154.

38. GÓMEZ SANCHO, M., *El sacerdote: necesidades espirituales* in GÓMEZ SANCHO, M., o.c. 801.

39. MALHERBE, J. F., *Hacia una ética de la Medicina*, Santafé de Bogotá, Paulinas, 1993, p. 73.

40. Dice Frankl: «Lo que importa es la actitud con la cual una persona va hacia el destino inevitable e inmutable» Cfr. FRANKL V. E., *Ante el vacío existencial*, Barcelona, Herder, 1987, p. 34.

41. Cf. FRANKL V. E. *Homo patiens*, Varese, Salcom, 1979, pp. 96-109.

sin que estén centradas en la experiencia única de quien comparte la pregunta por el sentido. Kaye dice:

«Deme 10 minutos de escucha interesada, no interrumpida y le diré a Ud. todo lo que necesita saber para ayudarme⁴⁶.»

Quizás sea también ésta la pista para comprender qué hay detrás de cada persona que plantea las preguntas que nos parecen difíciles de responder.

Entiendo que el objeto del acompañamiento pastoral al enfermo de Sida puede ser definido también como «acompañar a vivir sanamente el sufrimiento⁴⁷», tanto en relación consigo mismo, como con los demás y con Dios.

Desde el punto de vista de la fe, percibo como un importante reto dentro de la Iglesia la necesidad de purificar el lenguaje sobre el sufrimiento para poder ser testigos de un Dios de vivos y no de muerte y sacrificios. La interesante teología en torno a la reparación, expiación, ofrecimiento, etc., heredera todavía hoy del influjo —entre otros— de San Anselmo (1033-1109) y, en cierto sentido, vulgarizada, hace que muchas expresiones suenen a dolorismo y ciertos esquemas de interpretación teológica lleguen a traducirse en poco sanas propuestas pastorales de acompañamiento. Si algo hay que «completar» a la pasión de Cristo (Col 1,24) no será otra cosa que la contribución con más amor —incluso en medio del dolor— a la instauración del Reino⁴⁸. Si algo hay que expiar, no será otra cosa que disponerse en actitud de dejarse reconciliar por un Dios todo gracia⁴⁹. A mi juicio, la comunidad de los creyentes tenemos un importante reto a afrontar sin miedo para que el lenguaje en torno al sufrimiento esté en sintonía con el Dios de Jesucristo y constituya una sana propuesta para quien vive atribulado por la enfermedad.

46. KAYE P., *Symptom Control en Hospice and Paliative Care. Hospice Educ. Inst. Essex. (USA 1990) 74-77*, citado en *Atención al enfermo en fase terminal*, San Sebastián, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 1994, p. 22.

47. Cfr. AAVV., *Vivir sanamente el sufrimiento*, Madrid, EDICE, 1994.

48. Dice Varone comentando Col 1, 24: «Los sufrimientos de Pablo no tienen, en modo alguno, un sentido de reparación complementaria; se trata de los sufrimientos apostólicos soportados "por vosotros" (1,24), "por su Cuerpo, que es la Iglesia", para anunciar a Cristo entre los gentiles (1,27). (...) No se trata, pues, de sufrimientos que haya que seguir añadiendo incesantemente a los de Cristo bajo la mirada de un dios insaciable». Cfr. VARONE F., *El dios sádico. ¿Ama Dios el sufrimiento humano?*, Santander, Sal Terrae, 1988, p. 237. «En estricto rigor, el sentido de los sufrimientos no consiste, pues, en "ofrecérselos a Dios". A nadie se le puede ofrecer sino lo que se piensa que le agrade y proporciona gozo o enriquecimiento. Cuando una persona sufre, por la razón que sea, Dios no se complace en el hecho de que sufra, sino en que a través del sufrimiento, y a pesar de él, esa persona crea en su "camaradería" con Cristo, en su capacidad de acoger al Espíritu y en su fe en el Creador fiel, el Dios que engendra a la vida». Ibidem., p. 243. Un lenguaje dolorista podría hacerse cómplice de actitudes pasivas en la necesaria denuncia de las injusticias asociadas al Sida y su relación estrecha con la pobreza.

49. Cfr. LÉON DUFOUR X., *Jesús y Pablo ante la Muerte*, Madrid, Cristiandad, 1982, p.21, 137, 202-203. Cfr. También VORGRIMLER H., *El cristiano ante la muerte*, Barcelona, Herder, 1981, p. 75-76.

Recordar el pasado puede ayudar a dar un nuevo sentido al presente.

Y acompañar a vivir sanamente el sufrimiento significará también prestar una particular atención a los numerosos conflictos éticos que surgen, entre los cuales, la defensa de la confidencialidad, la defensa de terceros cuando el afectado no comunique su condición de seropositividad, la defensa del derecho a la asistencia sanitaria, la defensa del profesional cuando no cuenta con las medidas de protección, el acompañamiento a los profesionales que sufren incidentes de riesgo, la prevención, la inaceptable injusticia producida por las diferencias entre unos enfermos y otros a la hora de acceder a las terapias existentes hoy.

Una particular atención a la vulnerabilidad añadida

Acompañar a vivir sanamente el sufrimiento en medio del Sida, requiere una particular atención cuando se añaden aspectos como los asociados a la drogodependencia, a la homosexualidad, a la condición de consagración religiosa o sacerdotal del infectado, y otras.

En efecto, acompañar a un seropositivo cuya identidad personal ha sido muy definida por las dinámicas asociadas a la drogodependencia presenta retos especiales. Poner el acento en la seropositividad significa iniciar un camino de equilibrio entre una identidad sana, en la que se incluye la toxicodependencia y una enferma a la que obligan los controles clínicos y la asistencia a estructuras sanitarias. Con frecuencia, el seropositivo se da cuenta de que no hay un área de su persona que no quede afectada por su seropositividad. Pero avanzando la enfermedad, no habrá área de la persona que no se encuentre afectada por el hecho de haber sido drogodependiente. En esta situación, percibirse como drogodependiente puede constituir un satisfactor en relación a la percepción como enfermo. Volver al consumo de droga (con frecuencia abandonado en el momento del descubrimiento de la seropositividad) puede constituir un consuelo. La calidad de las relaciones del agente de pastoral, la firmeza en el creer y testimoniar que vale la pena vivir en medio de las dificultades, serán motivo de confrontación y estímulo para acompañar —con la valencia educativa de la relación pastoral— a reconstruir la identidad del seropositivo⁵⁰.

50. Cfr. ZATTON GILLINI M. T., *Il momento educativo*, in GARGNEL, VICINI (Eds), *Ricerca multidisciplinare su Aids e tossicodipendenza. Problemi, esperienza, prospettive*, Brescia, Queriniana, 1992, pp. 261-275. Cfr. También BERMEJO J. C., *Pastorale con i malati di Aids*, o.c., pp. 15-151.

La primera obligación que la Iglesia debe desempeñar en relación a los enfermos de Sida es la pastoral.

Cuando la tendencia del infectado es homosexual, el acompañamiento pastoral habrá de estar atento también a este aspecto de la personalidad del enfermo y a sus implicaciones sobre la vivencia de la enfermedad. Algunas indicaciones tienden a invitar a tomar conciencia empáticamente de la complejidad y de la singularidad de cada caso, antes de cualquier consideración moral al respecto. Invitar a lo que efectivamente es posible, desenmascarar falsos sentimientos de culpa, ayudar a evitar las reacciones de gheto, acompañar en el particular modo de vivir la soledad⁵¹. Es obvio que

«acoger a una persona con Sida no significa aprobar o desaprobar un determinado estilo de vida, sino demostrar a la sociedad el modelo de aquel amor incondicionado que la Iglesia tiene hacia una persona por la cual Cristo ha muerto⁵².»

No queremos olvidar tampoco el especial sufrimiento que acompaña a las personas infectadas por el VIH cuando éstas son religiosos consagrados, sacerdotes o candidatos⁵³. Existen algunas iniciativas de reflexión y asistencia específicas. Cabe citar que en 1988 los superiores mayores de Estados Unidos se disponían a discutir y a proponer líneas de acción para afrontar el problema en las Congregaciones⁵⁴, y en el ámbito de la arquidiócesis de Sao Paulo (Brasil), en los años 1991-1993 se creaba una casa de acogida con especial atención a sacerdotes diocesanos afectados por el Sida⁵⁵. No obstante, el conocimiento de la práctica de algunas dió-

51. Cfr. THÉVENOT X., *Principi etici di riferimento per un mondo nuovo*, Torino, Elle Di Ci, 1984, pp. 62 ss. Cfr. También BERMEJO J. C., *Pastorale con i malati di Aids*, o.c., pp. 140-149.

52. AAVV., *Aids. Testimonianze e esperienze che interpellano i cristiani*, Brescia, Queriniana, 1987, p. 193.

53. AAVV., *Farsi prossimo ai malati di Aids*, Torino, Elle Di Ci, 1990, p. 45. En este texto se recoge el interés manifestado por la Conferencia Norteamericana de Superiores Mayores, en torno al tema, pero se recogen más bien interrogantes que criterios para el discernimiento.

54. Cfr. Documento *The Gospel Alive. Caring for persons with Aids and related illnesses. A pastoral documents*. Ver también AAVV., *Farsi prossimo ai malati di AIDS. Assistenza ai malati di AIDS e dei malattie correlate*, Torino, LDC, 1990.

55. El Centro fue construido por iniciativa del Cardenal D. Paulo Evaristo Arns, alarmado por el número de sacerdotes bajo su responsabilidad que eran portadores del HIV. La construcción contó con la resistencia de algunos sacerdotes de la diócesis.

cesis e institutos religiosos en relación al test del VIH de cara a la admisión de los candidatos, hace pensar en la necesidad de criterios de referencia que sean fruto de una serena y abierta reflexión al respecto⁵⁶.

Acompañar en la esperanza

La presencia significativa, simbólica, sacramental, del agente de pastoral con el enfermo de Sida habrá de ser, —como ha subrayado Mons. Lehmann— una presencia que infunda esperanza, pero, como él mismo notaba, no una esperanza que pasa sobre la amarga realidad del sufrimiento y de la muerte, sino que sostenga la realidad entera del ser humano que sufre⁵⁷.

«El “principio esperanza” se ha convertido en muchos aspectos en una expresión de moda que atrae y fascina a tantas personas precisamente porque es mudable y ambigua. Las tentaciones son múltiples: se hace creer al enfermo que, a pesar de todo, es posible una curación; se le confirma en la expectativa de un gran remedio prodigioso; se pasa por encima del estado desesperado de la situación actual, se le minimiza y se promete la salvación fuera de la muerte. Pero nosotros sabemos que muchos enfermos de SIDA tienen una necesidad imprescindible de verdad y de claridad. Desean hablar de la realidad irrefrenable que los humilla tanto. De ahí deriva una máxima de carácter fundamental para cualquier compañía pastoral de los enfermos en general y de los afectados por el SIDA en particular⁵⁸.»

La esperanza es vivida por los enfermos de Sida como una fuerza interior que da sentido y densidad al presente, un presente herido, pero en el que se descubren, como hemos dicho, nuevos valores y relaciones que permiten

56. En efecto, uno de los problemas específicos del Sida en relación a la vida consagrada y al sacerdocio es el relacionado con el test de los candidatos y de los profesos temporales. Si bien el Derecho Canónico habla de condiciones de salud física y mental (c. 597 y 1029) y veta la posibilidad de renovar o profesar perpetuamente a los religiosos que contraen una enfermedad física o psíquica después de la profesión de los votos temporales (c. 689), lo cierto es que surgen interrogantes en torno a los criterios para incluir la prueba del VIH entre las condiciones de admisión a los candidatos. Surgen, inevitablemente interrogantes sobre la motivación para la realización del test y sobre el modo de realizarlo en cuanto al consentimiento informado necesario y a la privacidad de los resultados, así como la decisividad o no de los resultados para la admisión. Cfr. SÁNCHEZ CARO J., GIMÉNEZ CABEZÓN J. R., *Derecho y Sida*, Madrid, Papfre, 1995, p. 11 y 25. Hay que decir que en este momento en algunas diócesis, al menos en algunos países de África, así como en congregaciones religiosas, existe la exigencia del test como requisito indispensable para la admisión, negando el ingreso a los seropositivos. Cfr. KEENAN J. F., *HIV Testing of seminary and religious-orders candidates*, in *Review for Religious* n.º 55 (1996), pp. 297-314. Hemos recogido información directa también de religiosos y sacerdotes de Kenia, Tanzania, República del Congo, Angola, Mozambique, Burkina Faso.

57. Cf. LEHMANN K., a.c., p. 219.

58. *Ibidem.*, p. 219.

vivir con dignidad en la precariedad de las condiciones a las que se ven reducidos muchos de ellos⁵⁹.

En efecto, la esperanza no se limita a indicar la meta de la fe, sino que es la fuerza interior de la fe que hace que los hombres caminen con Dios y se empeñen en trabajar por su Reino⁶⁰. Las relaciones del presente, realizadas «en el nombre del Señor», son anticipaciones de la deseada relación con Dios, son su realización porque «el cielo ha comenzado ya en este mundo. Gozamos anticipadamente y en pequeñas dosis de la fuerza del mundo futuro (Heb 6,5)⁶¹». Y, no habrá motivo de esperarse mucho del futuro si las señales de la esperanza no se hicieran visibles en el presente⁶².

Y cuando se trate de acompañamiento en procesos terminales, será importante aprender a renunciar a la curación, evitando tanto un encarnizamiento terapéutico como un encarnizamiento consolatorio del que adolece a veces la acción pastoral⁶³. Es igualmente importante la atención a no contribuir a la que podría llamarse «eutanasia social» o contribución a una muerte relacional (previa a la biológica) y a un aislamiento físico y emotivo producido por conductas de evitación o incapacidad a entablar relaciones en torno al enfermo que habla en la verdad⁶⁴.

CONCLUSIÓN

Además de experimentar satisfacción y alegría por cuanto la Iglesia viene haciendo por los enfermos de Sida, tanto en el plano de la asistencia, de la prevención y de la «caridad intelectual», habría que mantener un oído atento a que no haya nada de triunfalismo en el sentido de superioridad moral o confirmación en el Sida de la validez de las indicaciones morales⁶⁵.

Dado que todas las intervenciones de carácter psiquiátrico o psicosocial no sólo pueden mejorar la situación psíquica, sino también aumentar las defensas del organis-

mo frente a la enfermedad, prolongar las expectativas de vida y aumentar las posibilidades de que el paciente pueda sobrevivir hasta el descubrimiento de medicinas eficaces y resolutivas⁶⁶, el acompañamiento pastoral ha de encontrar un lugar específico dentro de la intervención terapéutica global.

Von Eiff y Gründel⁶⁷ han planteado si estamos ante un síntoma de inmunodeficiencia espiritual, expresión utilizada también por Juan Pablo II, pero la reflexión yo creo que habría que centrarla en todos los valores evocados y reacciones desencadenadas por el Sida, no sólo en los modos como se contagia. Quedarían interpeladas así las reflexiones en torno al sufrimiento, a la prevención, a la justicia, a la responsabilidad en las relaciones interpersonales, a la educación, a los mismos pronunciamientos de las diferentes instancias del Pueblo de Dios que, si no bien centradas, podrían adolecer también de esta patología espiritual.

No podemos, ante esta situación, más que asociarnos a la llamada que han hecho algunos obispos instando a la debida preparación de los agentes de pastoral que trabajan con estos enfermos⁶⁸, como lo hizo en su día el arzobispo de Nueva York, el cardenal —recientemente fallecido— John O'Connor y la Conferencia de obispos católicos de Nueva Jersey⁶⁹.

Quiera Dios que también estas reflexiones hechas aquí aporten algo al esfuerzo de poner siempre «más corazón en las manos» como gustaba decir San Camilo a sus seguidores en el apasionante encuentro con los enfermos. Y yo añadiría también «más corazón en las mentes» al pensar sobre el Sida.

También los enfermos de Sida, dejándose querer y cuidar, nos recuerdan que se puede ser agente evangelizador desde la «cátedra del sufrimiento», siendo fermento de amor en medio del dolor.

66. CAZZULLO C. L., *Aspectos psicológicos y neuropsiquiátricos del Sida* in: *Dolentium Hominum*, 1990 (13), p. 158

67. VON EIFF A. W., GRÜNDEL J., *El reto del SIDA*, Barcelona, Herder, 1988, p. 111. Dicen: «Por otra parte, se plantea la pregunta: ¿es el SIDA como inmunodeficiencia adquirida frente a las pequeñas infecciones un síntoma tal vez de una inmunodeficiencia espiritual más profunda?»

68. Cfr. AMIGO C., *El Sida: una pastoral sanitaria especializada*, Sevilla, s.e., 1988.

69. El arzobispo de Nueva York, personalmente implicado en la asistencia a los enfermos, afirmó que, debido a la «alarmante situación que se está viviendo por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) todos los sacerdotes y religiosas de la arquidiócesis deberán capacitarse en el tratamiento específico y adecuado para los enfermos de dicho mal». Cfr. *Vida Nueva*, 1988 (1630). También la Conferencia de Obispos Católicos de Nueva Jersey se hace eco de la necesidad de un ministerio pastoral específico. Cfr. Conferenza dei Vescovi cattolici del New Jersey, 18 giugno 1987, in BRUNELLI G., o.c., p. 123.

59. BERMEJO J. C., *La speranza nei malati di Aids*, in: AAVV., *Speranza dove sei? Le immagini della speranza nel mondo della salute*, Torino, Camilliane, 1995, p. 152.

60. Cfr. HÄRING B., *Liberi e fedeli in Cristo II*, Roma, Paoline, 1980.

61. Cfr. BOFF L., *Hablemos de la otra vida*, Santander, Sal Terrae, 1979, p.76.

62. Cfr. NOUWEN H. J. M., *Ministero creativo*, Brescia, Querinianna, 1982, p. 26.

63. FASSINO S., *Aspetti psicologici dell'Aids*, in GRILLONE V., DAVANZAO G., FASSINO S., *AIDS, prevenzione, cura, assistenza*, Torino, Camilliane, 1991, p. 126.

64. Cfr. SANDRIN L., *La Chiesa, comunità sanante*, Milano, Paoline (in stampa), (cap. 2)

65. Cfr. MALHERBE J. F., ZORRILLA S., SPINSANTI S., o.c., p. 206. El autor hace notar que se podría llegar incluso a pensar: «¡veis cómo se termina cuando no se respetan los preceptos de la moral religiosa!».