

LA HISTORIA DE LA CMC

1968-1998

por Gillian Paterson

¡Feliz aniversario!

Imaginemos que es junio de 1968. El mundo está cambiando. En América Latina, poderosas fuerzas de liberación luchan por transformar las estructuras autoritarias e injustas. En Asia y África, el colonialismo está en retirada. A su paso va dejando pobreza, incertidumbre, y en algunos lugares, la guerra civil. Tras de sí quedan instituciones gubernamentales, militares y civiles inspiradas en las de las potencias colonialistas, con valores occidentales y personal extranjero. Sin embargo, hay optimismo. Es posible un nuevo orden mundial más democrático. Existe la convicción de que los desposeídos finalmente tendrán su oportunidad. En el aire flota la alegría de la liberación. Hay esperanza.

En los países industrializados de Occidente se vive el próspero decenio de 1960. Podría ser un período feliz si no fuese por la angustia latente acerca del futuro. Tras el descenso de las mareas del Imperio, ¿cuál será en adelante la relación entre el Sur y el Norte? ¿Cómo protegerse de la amenaza ideológica y militar del lado oriental de la cortina de hierro? ¿Y cómo asegurar que los países del Sur recientemente independizados no caigan bajo la influencia comunista? El mundo está lleno de peligros ocultos. A fines de 1968, los tanques soviéticos ya han marchado sobre Checoslovaquia y las fuerzas de los Estados Unidos "defienden la democracia" en Vietnam.

Las iglesias también están cambiando. La iglesia misionera occidental, tan estrechamente ligada al programa colo-

nialista, gradualmente va cediendo poder a las iglesias nacionales, que exigen la administración de sus propios asuntos. En la iglesia católica romana, que se prepara para el Concilio Vaticano II, se ha afianzado la noción del cristianismo como fuerza de cambio. En Medellín (Colombia), la Conferencia Episcopal Latinoamericana (CELAM) sienta las bases para una teología renovada que mira hacia los oprimidos a la hora de establecer su programa para el pueblo de Dios. En la Asamblea del CMI

celebrada en Uppsala, las iglesias miembros del Consejo prometen ponerse a la vanguardia en materia de desarrollo y ayuda, y dar prioridad a la justicia y a la voz de los pobres.

Comienzos modestos

En Ginebra, se reúne un pequeño grupo de personas convocadas por el Consejo Mundial de Iglesias. A la Comisión Médica Cristiana, con su primer director, James McGilvray a la cabeza, se le ha encomendado la responsabilidad de promover la coordinación de los programas médicos nacionales relacionados con la iglesia y emprender estudios e investigaciones sobre las formas más idóneas en que las iglesias podrían expresar su empeño en conseguir una atención de salud completa.

Pero eso fue entonces. Treinta años más tarde, estamos en 1998. En el horizonte se perfila un nuevo milenio. Este año, la CMC celebra su trigésimo aniversario. A la CMC - Acción de las Iglesias por la Salud y a todos los miles de personas que han participado en su labor les deseamos un "eliz cumpleaños".

Feliz aniversario



Las iglesias miembros del Consejo prometen ponerse a la vanguardia en materia de desarrollo y ayuda.

INTRODUCCIÓN

HACIA HARARE

Al aproximarnos al nuevo milenio, ¿cuál podría ser la función de una red cristiana mundial de salud?

Niños de la calle en la Conferencia Mundial del CMI sobre Misión y Evangelización Bahía, Brasil, noviembre de 1996.



Chris Black/CMI

La CMC - Acción de las Iglesias por la Salud está hoy en una encrucijada. Forma parte del Consejo Mundial de Iglesias (CMI), una comunidad de iglesias de todo el mundo que en este momento examina a fondo la manera en que debería estructurar su misión. Esto supone repensar cómo sus diferentes prioridades se relacionan entre sí. En la actualidad, la salud se integra en el programa de la Unidad que se ocupa de evangelización, educación y misión. Pero existen importantes conexiones entre el programa de salud y el de las unidades que centran su atención en cuestiones de fe y constitución, justicia y paz, y servicio y compartir. Las nuevas relaciones dentro del CMI deberían hacer posible que sus iglesias miembros pensarán en la salud y la curación a partir de una base mucho más amplia.

Hace 30 años, no parecía extraño que organizaciones grandes, centralizadas y radicadas en Europa, como el CMI, estuvieran dispuestas a hablar en nombre de todos. Sin embargo, el mundo ha evolucionado desde entonces. Cosas que funcionaban bien a finales del decenio de 1960 pueden no ser ya adecuadas al término de los años 90. En adelante, la sede del CMI en Ginebra estará estructurada como una secretaría coordinadora, con un mínimo de personal, en reconocimiento de que la verdadera acción -y, por consiguiente, la necesidad más apremiante de recursos- se da a nivel regional, nacional y de base. La Octava Asamblea del CMI, que se celebrará en Harare (Zimbabwe) en diciembre de 1998, será el marco en el que tendrán lugar otros cambios importantes por lo que respecta al enten-

dimiento del propio CMI y a su organización interna.

Como parte de la reestructuración, este número doble de *Contact* será el último que el CMI publique en exclusividad. En adelante, una asociación entre el CMI y tres organismos de salud cristianos se encargarán de la publicación de *Contact* (véase el Editorial). Así pues, éste es un excelente momento para echar una mirada al pasado, no sólo sobre las glorias conseguidas sino también sobre los problemas afrontados, y considerar lo que, a través de los años, ha hecho que la Comisión Médica Cristiana sea esa familia de la que resulta apasionante formar parte.

Una función que cumplir en el futuro

Ahora bien, los tiempos de cambio son también momentos para mirar hacia adelante, para soñar y permitirse visiones. Al aproximarnos al nuevo milenio, ¿cuál podría ser la función de una red cristiana mundial de salud? La promoción de la filosofía de la atención primaria de salud (APS), que fue en parte lo que hizo tan convincente la experiencia de la CMC en los primeros tiempos, ha sido causa de decepciones. En efecto, no fue suficiente para lograr los cambios estructurales necesarios para aliviar la pobreza, a la que se deben muchas de las enfermedades del mundo. Hoy, el impacto de la economía de mercado en un mundo cada vez más interdependiente está ensanchando la brecha entre ricos y pobres, y en la APS se hace hincapié en la sostenibilidad y el mantenimiento a largo plazo así como en la experiencia de prepararse para una larga lucha.

Todos los temas de la APS siguen siendo importantes. Las cuestiones de género y la situación de las mujeres, la discapacidad, el uso racional de los medicamentos, la utilización no equitativa de los recursos, la escasez de financiación seguirán siendo importantes problemas que deberá abordar toda

organización preocupada por la atención de salud basada en la comunidad entre los pobres. Son los desafíos que los lectores de *Contact* arrostran cada día. Son de importancia capital, y siempre estarán con nosotros.

Ahora bien, el entusiasmo inicial de la CMC provenía de su carácter de grupo de reflexión generador de ideas. Su labor atrajo a personas extraordinarias del mundo entero. Algunas procedían del ámbito de la misión médica, habían visto las limitaciones de los hospitales de misión y se habían integrado en el movimiento que pretendía hacer realidad la atención primaria de salud. Otros eran teólogos, personas del medio eclesial, políticos y universitarios. Hoy, en la mayoría de los países la APS es objeto de examen y aceptación generalizados, pero la forma de concebirla dista mucho del sueño visionario que a tantos infundió energía y entusiasmo en aquellos primeros tiempos. Hubo decepción porque muchos de los principios básicos de la APS (véase la página 13) no se asumieron concienzudamente, y a menudo encontraron resistencia en elementos clave de los gobiernos y el ámbito médico. Lo que es peor, se llegó a considerar que la APS era una serie fragmentada de servicios -inmunización y planificación familiar, por ejemplo- en vez de una iniciativa global y participativa conducente a una gran reasignación de los recursos.

Y ahora, ¿cuál es el camino?

El verdadero profeta siempre actúa desde *fuera* del sistema. ¿Qué dicen hoy los profetas? Aquí, al borde del cambio, ha llegado la hora de escuchar con mucha atención las voces aún débiles, que tal vez estén precisamente expresando los grandes temas del futuro. Los lectores de *Contact* se contarán entre esas voces. ¿De dónde vendrán? En los últimos años, la CMC ha estado a la vanguardia en la labor del CMI sobre el SIDA. Quizá haya voces provenientes de la experiencia de vivir o trabajar con el VIH que podrían ayudar a establecer el programa para el futuro. ¿Y qué decir del estudio de los años 80 sobre la salud integral? En nuestro violento, sacudido y confundido mundo de hoy, ¿qué *queremos decir* cuando hablamos del ministerio de curación? ¿Habrá llegado el momento de reclamar ese ministerio para y con las iglesias?

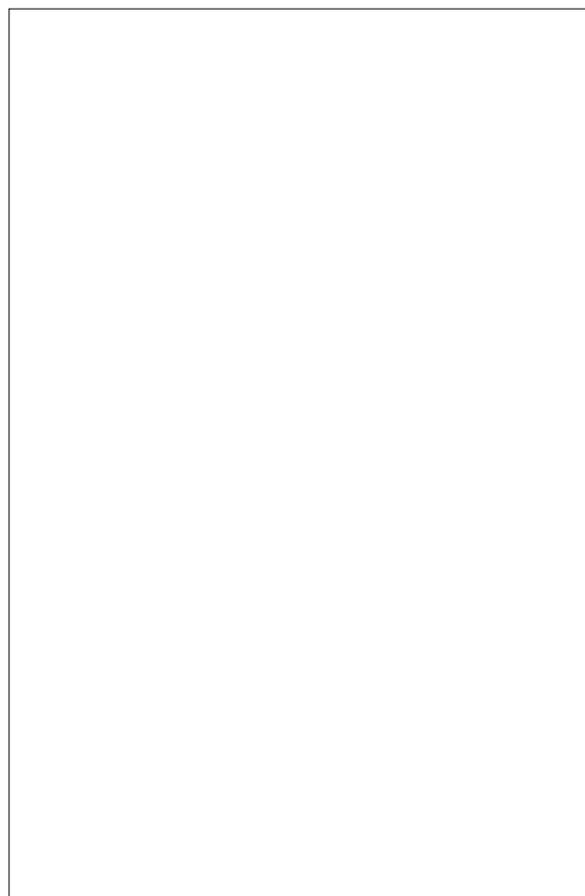
En el presente número, después de cada sección hay algunas sugerencias concebidas para ayudarles a relacionar los hechos narrados con su propia situación, y también algunas sugerencias para el trabajo bíblico, que podrían iluminar su reflexión. Al final, presentamos los temas y las preocupaciones que se han determinado como puntos centrales para la familia de la CMC, con el apoyo y la orientación especial del CMI. Esa problemática se ha planteado en recientes reuniones internacionales. Esperamos que los lean detenidamente y nos remitan su opinión u otras sugerencias al respecto. Con este fin, hemos incluido una página de respuesta que les invitamos a enviar a nuestra dirección en Ginebra. Las respuestas de los lectores serán utilizadas por el personal en deliberaciones con la familia de la CMC a la hora de delinear su propia labor y como fuente de ideas para temas de *Contact* u otras publicaciones educativas.

En la Asamblea del CMI de Harare, que se celebrará en diciembre, habrá reuniones de información y debate y "padares" o talleres, donde los delegados comunicarán y examinarán muchos de los asuntos clave que afectan hoy a la vida y el testimonio de las iglesias. Entre ellos, por supuesto, se cuentan los temas de salud y curación. Todos esos debates influirán en la configuración del trabajo futuro del CMI.

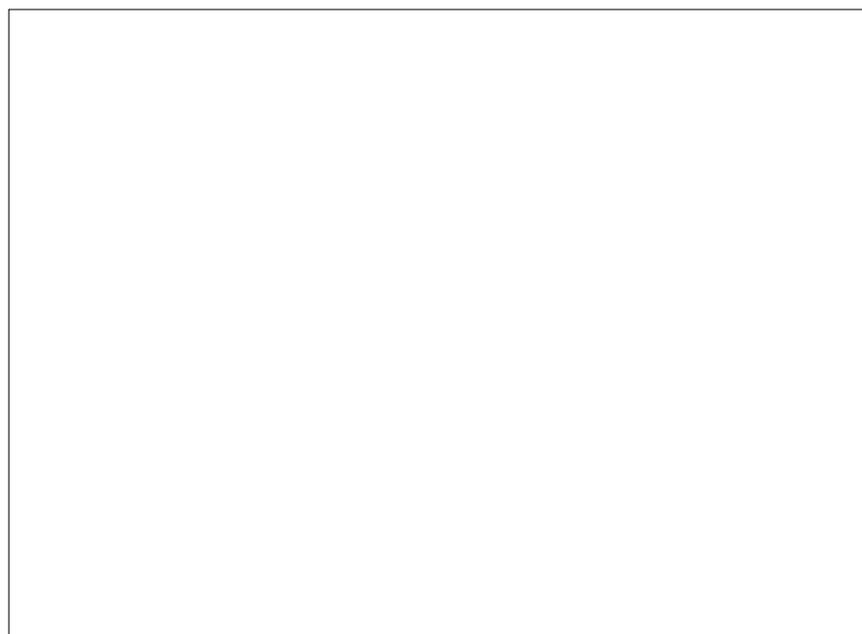
Mientras el CMI se reestructura, mantener el vínculo, a través de *Contact*, con ustedes, con sus comunidades y con las personas con quienes ustedes trabajan será fundamental para nuestro quehacer común en la esfera de la salud y la curación.

El entusiasmo inicial de la CMC provenía de su carácter de grupo de reflexión generador de ideas.

Una mendiga y su hijo en
Berlín, Alemania.



LA BÚSQUEDA DE LA SALUD



El Sr. James (Mac) McGilvray (a la izquierda) con el Dr. Martin Scheel, Director del DIFÄM durante Tubinga I y II.

La joven CMC nació como fruto de una larga historia de participación cristiana en la atención de salud.

Escribir una historia de la Comisión Médica Cristiana puede resultar una experiencia desconcertante mientras no se haya comprendido cabalmente un hecho muy importante, a saber, que ciertas cosas de importancia crucial y decisiva ya *ocurrían antes de que la propia Comisión existiera.*

La joven CMC nació como fruto de una larga historia de participación cristiana en la atención de salud. Durante más de 100 años, la atención médica había sido uno de los principales componentes del trabajo misionero cristiano; los otros eran la educación y la implantación de la iglesia. En consecuencia, había en el mundo más de 1.200 hospitales cristianos relacionados con las solas iglesias miembros del CMI. ¿Cuál era la estrategia -si la había- que animaba su labor? ¿Cuál era el *objetivo* fundamental del ministerio de curación? ¿Era éste un medio de lograr conversiones? Los profesionales cristianos de la salud ¿sólo estaban tapando huecos en lugares (por ejemplo, prestando servicios en zonas rurales remotas) y especialidades (lepra, por ejemplo) desprovistos de atractivo para otros?

Muchas personas que trabajaban en ámbitos médicos cristianos consideraban que había en realidad una concepción cristiana peculiar de la salud y la curación que debía informar la conducta de las iglesias en ese tiempo de cambios. En 1964, el CMI y la Federación Luterana Mundial (FLM) decidieron patrocinar una consulta sobre estas cuestiones. Paralelamente, iniciaron una serie de estudios que arrojarían un doble resultado. Primero, pondrían de relieve la pertinencia de la labor médica cristiana para las necesidades que tenían las personas del mundo en desarrollo; y segundo, permitirían constatar la importancia de esa labor para las propias iglesias a nivel local y nacional.

La primera consulta, que tuvo lugar en 1963 en el DIFÄM (Instituto Alemán de Misión Médica), fue conocida como Tubinga I. Tras llegarse a la conclusión de que la atención de salud no se circunscribía al ámbito de los hospitales de misión, se puso en marcha un proceso destinado a establecer cuál debía ser, en un mundo postcolonialista, la función de "la misión médica".

En Tubinga I se reconoció que el Evangelio cristiano estaba más preocupado por los enfermos que por la enfermedad y que las personas enfermas formaban parte de un entorno y una comunidad que también tenían necesidad de curación.

James McGilvray, primer Director de la CMC

El informe de esa reunión se tituló *The Healing Church* (La iglesia curadora) (CMI 1965). Las consultas regionales que siguieron a la primera reunión de Tubinga así como los estudios encargados por el CMI y la FLM en 1963 aportaron los elementos para establecer el programa de la segunda reunión de Tubinga (1967), y, en última instancia, de la propia Comisión Médica Cristiana.

Las iglesias protestantes de Kenya, Nigeria y Uganda solicitaron la primera serie de estudios nacionales, que condu-

ieron a la creación de la CMC. Les siguió muy pronto Malawi, donde, afortunadamente, también participó la iglesia católica romana. Luego les sucedieron Camerún e Indonesia, y más tarde la India y otros países. La extraordinaria reseña de los decenios de 1960 y 1970 preparada por James McGilvray, *The Quest for Health and Wholeness* (La búsqueda de la salud integral), contiene una detallada relación de las conclusiones de esos estudios. En pocas palabras, lo que se puso de relieve fue lo siguiente:

- Colectivamente, las iglesias aportaban una contribución considerable a los servicios médicos de los países (por ejemplo, el 43% en Tanzania, el 26% en Taiwán, y el 13% en Pakistán).
- Al formular planes de desarrollo, los gobiernos solían pasar por alto la contribución de las iglesias, aduciendo que la falta de coordinación entre ellas hacía imposible trabajar con esas instituciones.
- El 95% de las actividades médicas de las iglesias se centraba en los servicios curativos de hospitales y dispensarios, administrados principalmente según modelos occidentales. Se estaba haciendo poco para promover la salud y prevenir las enfermedades.
- Los costos de funcionamiento de estas instituciones crecían anualmente unas cuatro veces más que los ingresos per cápita. Como consecuencia, se debía cobrar más por los servicios, que se volvían inaccesibles para las personas más pobres.
- La ubicación de los centros solía estar determinada no por las necesidades sanitarias sino por la proximidad a las sedes eclesiales, lo que daba lugar a la duplicación de servicios.

En síntesis, había una necesidad urgente, en relación con la atención de salud, de colaboración y cooperación entre las iglesias en el plano nacional para que los escasos recursos pudieran utilizarse más eficazmente y fuera posible negociar con los gobiernos. La multiplicidad de relaciones bilaterales entre las distintas iglesias y "sus" organismos misioneros y "sus" hospitales exacerbaba las divisiones a nivel nacional. A menos que se lograra algún tipo de racionalización de las tareas, la mayor parte de sus programas se vería condenada al cierre en poco tiempo.

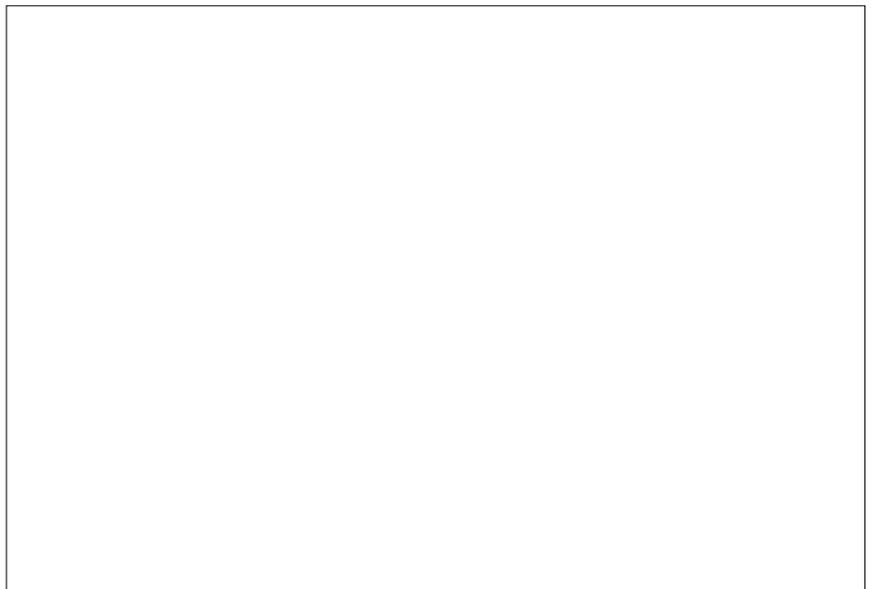
La reunión preliminar a la segunda consulta de Tubinga, celebrada en 1967,

debía estudiar las relaciones entre curación y salvación. Ahora bien, el decenio de 1960 había sido testigo de un estallido de interés por la medicina en el mundo en desarrollo; se comprendía más cabalmente la incidencia de los factores socioeconómicos en el ámbito de la salud; y los participantes contaban con muchos más datos -en todo caso, más que quienes habían participado en Tubinga I- que les permitían evaluar la función real de la iglesia en esta esfera. Las deliberaciones que tuvieron lugar en Tubinga II, por consiguiente, estuvieron mucho más orientadas a encontrar una función para la iglesia misma en un asunto apasionante y en rápida evolución. El obispo Ian Ramsey señaló que los participantes parecían haber descubierto un proceso liberado y enteramente nuevo de reflexión teológica, encarando los problemas y cuestiones implícitos en el contexto, permitiendo la aparición de nuevas perspectivas, dejando que esas perspectivas arrojaran luz sobre el Evangelio, y proyectando luego esa luz sobre los problemas concretos que tenían ante sí.

El informe de la reunión, *Health - Theological and Medical Perspectives* (Perspectivas teológicas y médicas sobre la salud), constaba de sólo cinco documentos, cuyas versiones resumidas se recogen al final de *The Quest for Health and Wholeness*, de James McGilvray, a saber: *On Death* (Sobre la muerte), por la Hermana Mary Luke, religiosa y médica; *Health and the Congregation* (La salud y la congregación), por el Dr. R.A. Lambourne; *The Sacraments in the Church* (Los Sacramentos en la iglesia), por el Dr. David

Se comprendía más cabalmente la incidencia de los factores socioeconómicos en el ámbito de la salud.

Niñas y mujeres de América Central manifiestan en favor de la salud y el trabajo.
Sean Sprague/Panos Pictures



Jenkins, teólogo; *Implications for Medicine* (Consecuencias para la medicina), por el Dr. T.F. Davey, médico; y *The Medicine of Poverty* (La medicina de la pobreza), por el Dr. Aart H. von Soest, médico. Sin pretender dar respuestas concretas, estos visionarios documentos sirvieron para establecer el programa de la Comisión Médica Cristiana, que entró en funcionamiento un año más tarde, en mayo de 1968.

Para debate: Isaías 61: 1-6. A las personas les infunde gran confianza creer que están haciendo la voluntad de Dios, especialmente si se trata de un grupo de personas que trabajan juntas. ¿Cómo sabrían si el Espíritu del Señor está sobre ustedes? ¿Da este pasaje alguna pista? ¿Alguna vez se han sentido así?

Profeta e intermediario

La importancia de la CMC quedó determinada por el hecho de que se crease en el momento adecuado y de que fuera posible aprovechar el "kairós" de ese momento. Las nuevas naciones e iglesias independientes de las antiguas "tierras de misión" hicieron imprescindible encontrar nuevas soluciones para la misión de curación de las iglesias y de la IGLESIA. Durante los primeros años, predominó la tarea de hacerse cargo de la herencia de la misión médica.

Hakan Hellberg, 1998

La primera reunión de la Comisión Médica Cristiana se celebró en Ginebra, en septiembre de 1968. La CMC tuvo un mandato inicial de cinco años. De hecho, debía ser profeta e intermediario. En primer lugar debía determinar y comunicar la visión, y luego facilitar su puesta en práctica. Sus cometidos eran los siguientes:

- a) ayudar a las iglesias en su búsqueda de una comprensión cristiana de la salud y la curación;
- b) promover enfoques innovadores de la atención de salud;
- c) alentar a los programas de atención de salud relacionados con las iglesias a colaborar entre sí.

La declaración resultante de esa reunión, *The Commission's Understanding of its Task* (Cómo entiende la Comisión su propia tarea), es en gran parte tan pertinente hoy como lo era hace 30 años. He aquí el primer párrafo:

"Si bien podemos sentir un legítimo orgullo al examinar el legado de la labor médica cristiana, entendemos que ya no nos es posible continuar con algunas de las primeras iniciati-

vas y que debemos buscar una nueva orientación que sea hoy pertinente. Uno de los rasgos distintivos de los programas médicos cristianos era su índole precursora -al ofrecer atención médica a quienes de otro modo hubiesen carecido de ella. En la actualidad, sin embargo, los gobiernos y los servicios seculares ofrecen cada vez más esta atención, y debemos descubrir cómo se pueden coordinar nuestros programas con los suyos. Esto no significa que el aspecto precursor de nuestro servicio haya desaparecido. Hay dimensiones enteramente nuevas de posibilidades precursoras que se siguen abriendo ante nosotros. No obstante, al descubrirlas siempre debemos tener presente que la pertinencia es siempre relativa. Lo que hoy es pertinente puede dejar de serlo en el futuro; así pues, debemos siempre estar abiertos a la renovación a medida que buscamos las formas adecuadas en que la iglesia pueda aportar la salud integral al ser humano."

Se determinaron nueve áreas prioritarias fundamentales, a saber:

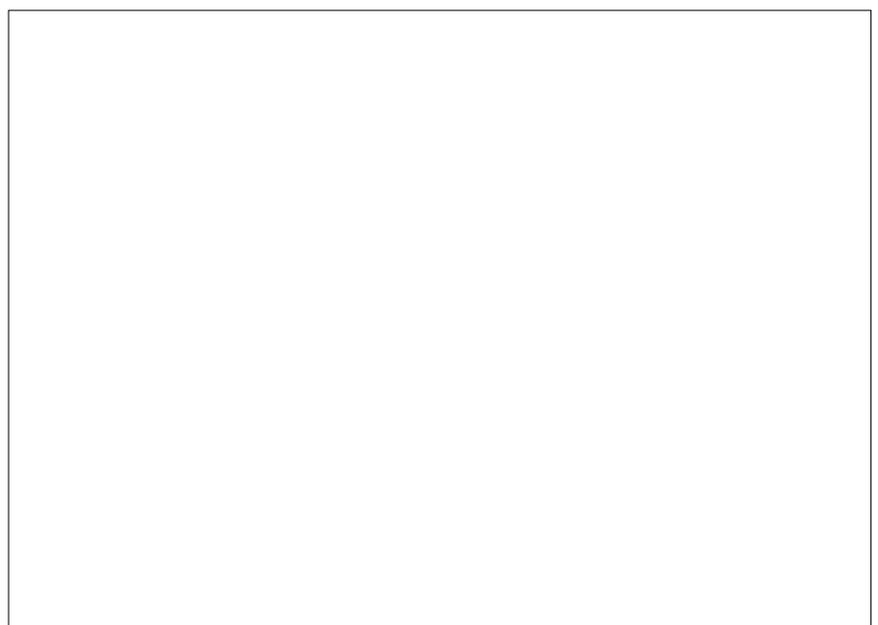
- Atención de salud completa
- Organización de la comunidad
- Cooperación con los gobiernos y otros organismos
- Coordinación y cooperación intereclesial
- Mecanismos de planificación estructurados de forma adecuada en organizaciones regionales y locales
- Reorientación del personal
- Necesidad de reorganización administrativa
- Sistemas de datos
- *Tratamiento de los problemas de la dinámica demográfica.*

Comenzó entonces la búsqueda de programas. La CMC contaba con escaso personal y no tenía fondos para distribuir. Era una organización facilitadora y de apoyo. Cuando seleccionaba un programa innovador, utilizaba los contactos de la Comisión para obtener financiación y ponía en relación a los organizadores del programa con personas que hacían un trabajo similar en alguna otra parte. Hoy nos es difícil entender por qué en esa época no resultaba más obvia la conveniencia de sus objetivos. En los años 50, el principio de "dejar elegir a la

En primer lugar, la CMC debía determinar y comunicar la visión, y luego facilitar su puesta en práctica.

gente" ya estaba aceptado en muchos países. En África occidental, la India y otros lugares se había puesto empeño en establecer servicios básicos de salud, como dispensarios, centros de salud y puestos sanitarios rurales. Sin embargo, en las décadas de 1960 y 1970, los programas de ayuda de los gobiernos occidentales seguían encaminados a la creación de grandes hospitales y de escuelas de medicina. Mulago (el hospital y escuela de medicina de la Universidad Makerere de Kampala (Uganda)) fue una donación de Gran Bretaña; en Liberia, el John F. Kennedy Memorial Hospital, lo fue del Gobierno de los Estados Unidos. Estos hospitales absorbían gran parte de los presupuestos de salud de ambos países, lo que impedía el desarrollo de más servicios de salud locales que podrían haber ayudado a las personas pobres; más tarde, como no había un verdadero proceso de filtrado, se convirtieron en realidad en los hospitales de distrito de las ciudades capitales, Kampala y Monrovia. En todo el mundo, la mentalidad "verticalista" resultaba difícil de modificar, fundamentalmente, se diría, porque protegía a los profesionales y porque quienes tomaban las decisiones se veían beneficiados.

A principios del decenio de 1970, empezaron a llegar noticias desde China sobre un nuevo y revolucionario sistema médico que comenzaba en la base, con agentes de salud que elegía la comunidad. Se pretendía que la atención médica estuviera al alcance de todos. *Contact* dedicó un número completo a China y los países menos adelantados en diciembre de 1972. Se llegaba allí a la conclusión de que "muchas naciones del tercer mundo han seguido modelos de desarrollo que han atendido más a las exigencias de los antiguos dominadores coloniales que a sus propias necesidades actuales." La alternativa china, se señalaba, ponía el acento en la atención de salud rural más que en la urbana, en los servicios preventivos más que en los curativos, y en la utilización de auxiliares médicos como medio de apoyar a los profesionales altamente capacitados. Sin embargo, en Occidente el nuevo sistema fue parcialmente descalificado. ¿Cómo podía un "médico descalzo" sin formación médica hacer un trabajo adecuado? ¿Cómo podía mantenerse la calidad en una situación semejante? Los gobiernos occidentales llegaron rápidamente a la conclu-



sión de que este enfoque sólo podía funcionar en un sistema muy diferente del suyo.

Quienes en esa época participaban en la labor de la CMC evocan vívidamente el extraordinario entusiasmo de aquellos días, el sentido de aventura, el sentimiento de estar a la vanguardia de un movimiento que parecía dispuesto a cambiar el mundo. Su objetivo era reorientar el trabajo médico cristiano hacia una atención de salud que comenzara por la comunidad y estuviese centrada en actividades preventivas tanto como en el tratamiento de las enfermedades. Ello se realizaría mediante el establecimiento de estructuras y prácticas que permitieran a las iglesias nacionales y locales colaborar tanto entre sí como con los gobiernos. ¿Cómo se traducía esto en la práctica? Un ejemplo es la historia de Jamkhed (véase el recuadro de la página siguiente).

En la actualidad, este estilo de trabajo es tan común que a los profesionales jóvenes les cuesta imaginar la novedad y el entusiasmo que todo ello supuso para los actores de aquel momento.

"Yo sabía que el trabajo de salud iba más allá de las pastillas y las operaciones. Pero me sentía aislada en esta convicción hasta que un día recibí por correo el informe de Tuinga de 1968. Procuré recuperar la función espiritual de la curación, y esto creó un vínculo entre la misión de la iglesia y lo que supone la atención de salud. Se confirmó así mi creencia de que las raíces del sufrimiento están en la comunidad. Aquellos días precursores fueron muy apasionantes. Sentíamos

Una médica descalza (a la izquierda) atiende a la familia de un pastor.

La alternativa china, se señalaba, ponía el acento en la atención de salud rural más que en la urbana, en los servicios preventivos más que en los curativos, y en la utilización de auxiliares médicos como medio de apoyar a los profesionales altamente capacitados.

Jamkhed, Maharashtra: una nueva experiencia de trabajo médico cristiano en la India

Jamkhed es una pequeña ciudad comercial, núcleo de una zona rural pobre de la India central. Mabelle y Rajanikant Arole llegaron allí en 1969, tras acordar con los líderes de la comunidad el estudio de la posibilidad de establecer un programa de salud basado en la comunidad en las 30 aldeas de la zona circundante. Cuatro años de trabajo en un hospital rural los habían convencido de que lo que estaban haciendo no era más que atender a las personas que llegaban hasta allí, sin hacer nada por la salud de la propia comunidad. El 70% de las enfermedades que trataban eran prevenibles, y un gran número de los pacientes "curados" regresaban al entorno que en primera instancia había dado origen al problema, para luego volver al hospital con la misma enfermedad. "Aunque estaba ubicado en el corazón de la zona rural, el hospital no podía cambiar este modelo repetitivo de enfermedades leves y prevenibles."

En efecto, parecía que el hospital ofrecía solución a los problemas de salud, y luego fallaba a la hora de cumplir esa promesa; además, en el proceso se impedía a las personas idear medios de mejorar su propia salud. En Jamkhed, se llegó a un acuerdo con los líderes de la comunidad para dedicar seis meses a "probar" la disposición de las comunidades a solucionar sus propios problemas.

La salud: un objetivo poco importante

Los Arole se habían sorprendidos al descubrir, hablando con la población local, la escasa importancia que se atribuía a la atención de salud. Lo que consideraban más necesario eran los alimentos y el agua, la escolarización de los niños, y disponer de caminos apropiados para transportar sus productos al mercado. En esa época había sequía, así que recolectaron dinero para financiar la excavación de profundos pozos entubados provistos de bombas manuales, y los aldeanos pusieron en marcha planes de producción avícola y lechera. Mientras tanto, los Arole comenzaron a contratar y adiestrar personal local, al tiempo que averiguaban quiénes eran los prácticos nativos y los agentes de salud de la región y tomaban contacto con ellos. Crearon equipos sanitarios móviles, integrados por un médico, un enfermero supervisor, un asistente social, una partera, un chofer, un trabajador paramédico y un agente de salud local.

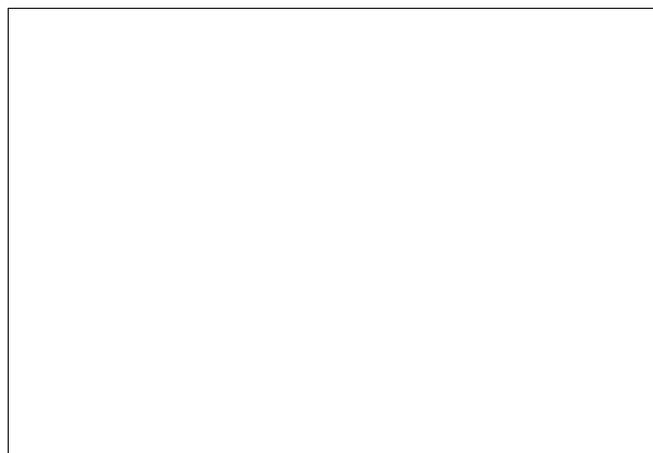
Estos equipos móviles resultaron sumamente beneficiosos para la promoción de la salud, la educación sanitaria, la atención de la madre y el niño, el tratamiento de los niños con diarrea, la respuesta inmediata a emergencias y epidemias locales. Detectaron casos de tuberculosis y de lepra, que se

atendieron junto con otras enfermedades, reduciendo así el estigma asociado a esas dolencias.

El siguiente paso era lógicamente contar con un agente de salud local en cada comunidad. Pero a las jóvenes enfermeras obstétricas auxiliares no les gustaba trasladarse a vivir a las aldeas. Su nivel de intervención era, pues, relativamente bajo, aunque recibían un buen sueldo. Más aún, no había realmente necesidad de personal altamente especializado para realizar esa tarea. Los factores responsables de la mala salud en las zonas rurales no son técnicamente complejos. Un alto grado de confianza en el agente de salud es mucho más importante que el hecho de que éste haya sido alfabetizado o haya recibido formación científica, ya que cualquiera de estas dos cosas es probable que distancie al agente de salud de las personas. Como lo dijo un miembro del equipo, "puedo enseñarle a un chimpancé a dar una inyección, pero necesito seres humanos que vayan a las aldeas y cambien las actitudes respecto de la salud". Así pues, los Arole solicitaron a los propios concejos locales que propusieran mujeres idóneas de mediana edad, que recibirían formación en Jamkhed, trabajarían con las familias y los niños, y servirían de enlace con el equipo de salud durante sus visitas regulares.

Cuando los Arole llegaron al lugar, no había en la zona servicios de salud de estilo occidental sino una infraestructura de prácticos indígenas que normalmente habrían sido rechazados por los médicos alópatas, por considerarlos una amenaza para su subsistencia. Los Arole establecieron una relación con esa red, tratándolos como colegas y empleándolos como consultores, de modo que a la postre los prácticos indígenas pasaron a formar parte del equipo de salud.

Muchachas locales participan en la labor de atención de salud de la comunidad.



que formábamos parte de un movimiento mundial que iba a cambiarlo todo. Estar en contacto con otras personas que pensaban lo mismo hizo posible crear lo que fue verdaderamente un "hospital sin muros".

Bert Supit, Director del Hospital Eclesiástico de la Iglesia Cristiana Evangélica, Tomohon (Indonesia)

Para debate: Romanos 8: 31-hasta el final. San Pablo lo hace parecer todo fácil. Pensemos en los momentos en que todo anda mal. ¿Cómo interpretarían este pasaje?

Camino de la colaboración

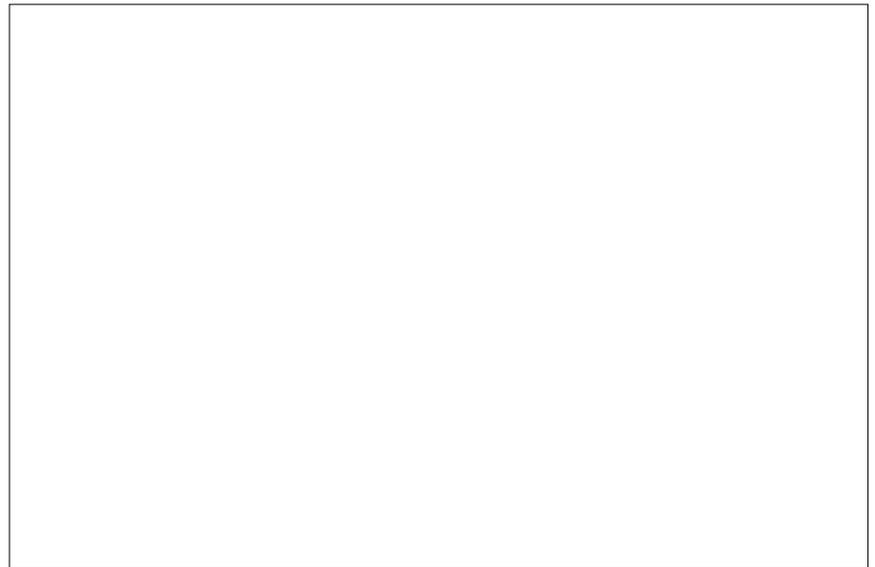
Dame Nita Barrow, que fuera posteriormente Gobernadora General de Barbados, recuerda un estudio de los centros de salud cristianos de Malawi. El Dr. Hastings Banda, Presidente del país, estaba tratando de poner en marcha un plan nacional para los hospitales y centros de salud. Los hospitales eclesiásticos no estaban incluidos en ese plan a pesar de que se contaban entre los mejor equipados del país. ¿A qué se debía esto?, le preguntó al Dr. Banda. "¿Cómo se hace," respondió éste, "para hablar con 29 personas que ni siquiera se dirigen a la palabra siendo vecinos?"

"Lo que comenzó como una tarea limitada a las iglesias protestantes, rápidamente adquirió carácter ecuménico cuando un obispo católico le preguntó al investigador si incluiría sus instituciones en el estudio. Con la aprobación del Consejo Nacional de Iglesias, así lo hizo.

...Al término de la investigación, se pidió a aquéllos cuyas instituciones habían sido estudiadas que se reunieran para comunicarles los resultados del estudio y sus recomendaciones. La primera de éstas era que dejaran de lado los rótulos colocados en sus puertas, pues los rótulos nunca curaban a nadie sino que tendían a inhibir el diálogo. Se les recomendó además que crearan una asociación para coordinar sus actividades y comenzar a planificar de manera conjunta entre sí y, colectivamente, con el Gobierno."

Informe de la CMC sobre la tercera Conferencia para coordinadores del trabajo sanitario relacionado con la iglesia en África, Mombasa (Kenya), 1975

Gran parte de la tarea que la CMC tenía ante sí en el decenio de 1970 era crear estructuras nacionales más eficaces para la labor médica cristiana. Trabajando en Filipinas en la década de 1950, James McGilvray había constatado los beneficios de la cooperación entre los programas de



Jonas Estromer/CMII

diferentes iglesias. En la India, había una comunidad de médicos desde 1905, pero la Asociación Médica de la India no admitió a personas de otra raza que no fuera la blanca hasta 1950. Los profesionales de la salud relacionados con la iglesia ya habían adquirido una considerable experiencia de colaboración productiva.

Como fruto de la experiencia de Malawi se estableció un "organismo coordinador de las actividades sanitarias relacionadas con la iglesia". Con el aliento de la CMC, se crearon ulteriormente otros grupos similares: en 1967, la Asociación de hospitales eclesiásticos de Ghana (CHAG); en 1968, la Asociación Médica de Zambia, la Asociación de hospitales de Rhodesia (hoy Zimbabwe) relacionados con la iglesia (ZACH), la Asociación de misiones médicas de Botswana (AMMB), la Asociación de hospitales eclesiásticos de Nigeria (CHAN), y así sucesivamente. En la India, donde ya existían la Asociación Médica Cristiana de la India (CMAI) y la Asociación Católica de Salud (CHA), ambas instituciones se unieron para formar un organismo coordinador de la planificación sanitaria.

Por supuesto, no todos los países deseaban establecer vínculos formales de este tipo. Sin embargo, cuando ello ocurría las ventajas eran enormes. He aquí algunas de ellas:

- unión para ejercer presión sobre los gobiernos a fin de que otorgaran exenciones de impuestos a los organismos voluntarios;
- obtención de suministros farmacéuticos más baratos gracias a las compras al por mayor;
- constitución de plataformas para influir en los gobiernos y en otras ONG, y presionar a los gobiernos sobre cuestiones de política;

Una madre pesa a su hijo en el hospital Phebe, Condado de Bong, Liberia septentrional. El hospital es miembro desde hace mucho tiempo de la Asociación Cristiana de Salud de Liberia (CHAL).

- evitación de la duplicación y la competencia antieconómicas
- colaboración en la esfera de la formación y en otros asuntos.

Una gran ventaja de la colaboración a este nivel era la frecuencia con que trabajaban juntos organismos protestantes y católicos romanos, algo que resultaba menos fácil a nivel internacional. Había habido una gran participación católica en los primeros debates, particularmente en la segunda consulta de Tubinga, de 1967. En la actualidad, en el equipo de misión de la secretaría del CMI en Ginebra hay un miembro

de mayor influencia a través de Contact. En cada lugar a donde he ido representando a la CMC, he escuchado testimonios acerca del extraordinario valor de la publicación.

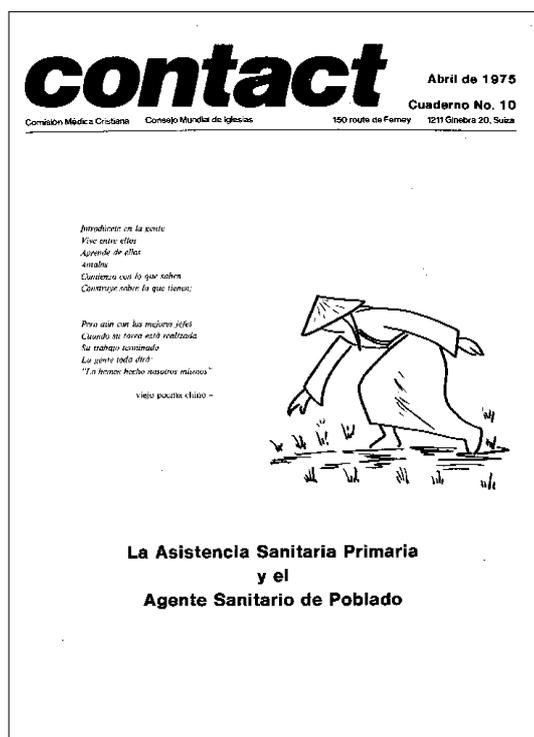
Sylvia Talbot, Moderadora de la CMC
1975-1983

En los primeros tiempos de la CMC, la atención primaria de salud era incipiente y los pequeños pasos que se daban en ese sentido debían compartirse ampliamente. Una vez determinados los programas clave, la tarea consistía en darlos a conocer a nivel internacional. Así pues, en noviembre de 1970 vio la luz *Contact*, inicialmente como publicación ocasional, con una tirada de unos pocos cientos de ejemplares. Al principio se mecanografiaba totalmente y se imprimía con planchas metálicas. A mediados del decenio de 1970, comenzaron a publicarse las traducciones al español y el francés, y la tirada llegó a ser de 10.000 ejemplares en 1976. Desde entonces, se ha convertido en una popular revista bimensual publicada en cuatro idiomas (español, francés, inglés y portugués), con una tirada que ronda actualmente los 15.000 ejemplares. Durante la década de 1980, algunos números se tradujeron al árabe y al swahili.

Desde el comienzo, *Contact* ha subrayado los diversos aspectos de la participación de la comunidad en la salud. La publicación estaba destinada principalmente a los agentes de salud, especialmente los que trabajaban en programas de salud de la iglesia, programas gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y organizaciones de la comunidad. Hoy, sigue siendo una publicación internacional singular, ya que combina valores éticos con ejemplos prácticos de acción comunitaria para resolver problemas de la atención de salud. Cada número está dedicado a un tema particular (por ejemplo, la responsabilización de las mujeres, la financiación de la atención de salud, el uso racional de los medicamentos), con un artículo de fondo, respaldado por experiencias locales de diferentes partes del mundo. *Contact* también ofrece una popular columna para la publicación de cartas de los lectores, así como una lista de publicaciones y direcciones de interés.

*¿Por qué no podemos producir cosas excelentes como ésta que hace esa pequeña organización de ahí enfrente?**

Halfdan Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud, dirigiéndose al personal a su cargo
Para debate: Lucas 28: 1-8. Las dos Marías



Portada de *Contact* 25.

del personal católico romano, patrocinado por el Pontificio Consejo para la Unidad de los Cristianos. Ocupa el puesto una hermana columbana, Elizabeth Moran, con un mandato lo suficientemente general para permitir una muy amplia gama de participación y actividades.

Para debate: Génesis 11: 1-9. No poder comunicarse con el prójimo fue el castigo de Dios a los seres humanos por construir la Torre de Babel. ¿Existen organizaciones o personas con las que ustedes no se comunican? ¿Pueden determinar por qué? ¿Lo aprobaría Jesús o no?

El establecimiento de *Contact*

Contact ha sido siempre un programa de la más

alta prioridad para la CMC. Jamás se recalcará lo suficiente su importancia en la promoción de la atención primaria de salud y, especialmente, en el fomento de la participación de las comunidades en la creación de servicios de atención primaria de salud. La publicación ha permitido establecer vínculos entre personas de todo el mundo -cristianos y no cristianos- dedicadas a esa tarea.

Tuve conocimiento de la CMC gracias a la revista Contact. El número sobre salud rural en el que se citaba un viejo poema chino, "Introdúctete en la gente, aprende de ellos", fue una fuente de inspiración para mí. Reorientó mi concepción de la práctica de la medicina, ya que asumí ese precepto como un "principio hermenéutico" de mi transformación personal.

Dra. Erlinda Senturias

La CMC realizó su labor más valiosa y

llevaron la buena nueva a los discípulos. Al final del capítulo, Jesús dice a sus seguidores que vayan a enseñar a todas las naciones. ¿Qué sería para ustedes una "buena nueva"? ¿Tiene importancia cómo o por quién es comunicada? ¿Tienen ustedes buenas nuevas que compartir con el prójimo? ¿Por qué tuvo *Contact* tanto éxito?

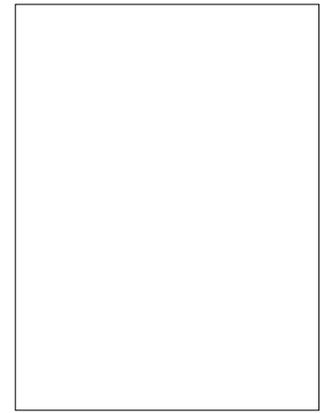
El ratón de iglesia y el arzobispo

El 22 de marzo de 1974, el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), convocó a altos funcionarios de la Organización a una reunión con (¡los cinco!) miembros del personal ejecutivo de la Comisión Médica Cristiana. Como resultado de esa reunión, se estableció un comité mixto para estudiar las posibilidades de colaboración y cooperación en "asuntos de interés mutuo". Al volver de la reunión, comentando la atmósfera burocrática que habían encontrado en la OMS, "Mac" McGilvray dijo a sus colegas: "Me sentí como un ratón de iglesia frente a un arzobispo".

A pesar de la disparidad de tamaño, la relación entre las dos organizaciones resultó extraordinariamente provechosa. Durante mucho tiempo, Mahler, McGilvray y Leslie Newbigin (más tarde obispo de Madras) se reunieron en un almuerzo semanal para mantenerse informados de lo que sucedía del otro lado del campo. El estudio conjunto OMS/UNICEF "Distintos medios de atender las necesi-

dades fundamentales de salud en los países en desarrollo", recogió parte del trabajo experimental relacionado con la CMC. En la obra de Ken Newell *La salud por el pueblo*, un libro fundamental publicado por la OMS en 1975, cuatro de los diez ejemplos se referían a programas vinculados a la CMC, de modo que la filosofía de la CMC alcanzaba así una audiencia mucho más amplia que la del ámbito de influencia habitual de la Comisión. No obstante, el resultado más importante de la relación entre la CMC y la OMS fue la formulación por la OMS, en 1975, de los principios de la atención primaria de salud. Esto marcó un cambio radical en las prioridades de la OMS, que tuvo enormes consecuencias en los sistemas de atención de salud de todo el mundo.

En la Asamblea de la OMS de 1976, el Dr. Mahler pidió que se utilizara la metodología de la atención primaria de salud para que los servicios de salud estuviesen al alcance de todos el año 2000, y ofreció la colaboración de la OMS para analizar los problemas de cada país, a fin de facilitar la elaboración de políticas y objetivos sanitarios que ayudasen a los gobiernos nacionales a alcanzar esa meta. La propuesta fue aprobada y pasó a ser el tema de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata (URSS) en septiembre de 1978. La CMC participó estrechamente en la plani-



El Dr. Halfdan Mahler, antiguo Director General de la Organización Mundial de la Salud.

T. Fatkas/COE

"Me sentí como un ratón de iglesia frente a un arzobispo".

Principios de la Atención Primaria de Salud (OMS 1975)

- i) La asistencia sanitaria primaria debe ajustarse al tipo de vida de la población atendida y satisfacer las necesidades de la colectividad.
- ii) La asistencia sanitaria primaria debe formar parte del sistema nacional de salud y han de establecerse otros niveles de servicios en apoyo de las necesidades del sector periférico, sobre todo en lo que se refiere a los suministros técnicos, la supervisión y los servicios de consulta.
- iii) Las actividades de asistencia sanitaria primaria deben estar totalmente integradas en las de otros sectores dedicados al desarrollo de la colectividad (agricultura, enseñanza, obras públicas, vivienda y comunicaciones).
- iv) La población local debe participar activamente en la preparación y ejecución de las actividades de asistencia de salud para que éstas concuerden con las necesidades y prioridades locales. Las decisiones respecto de las necesidades de la colectividad que han de satisfacerse estarán basadas en un constante diálogo entre la población y los encargados de la asistencia.
- v) La asistencia de salud facilitada debe aprovechar al máximo los recursos comunitarios disponibles, en particular los que hasta la fecha no han sido utilizados, y debe mantenerse dentro de los estrictos límites de gastos impuestos en todos los países.
- vi) La asistencia sanitaria primaria debe fundarse en la integración de los servicios de prevención, fomento de la salud, curación y rehabilitación destinados al individuo, la familia y la colectividad. El equilibrio entre esos servicios variará con arreglo a las necesidades de la colectividad y puede cambiar con el tiempo.
- vii) La mayoría de las intervenciones sanitarias deben emprenderse en el nivel más periférico y encomendarse al personal que tenga la preparación más adecuada.

ficación, y muchas de las exposiciones estuvieron a cargo de miembros de la familia de la CMC.

En ese proceso, la OMS procuraba desarrollar una metodología sencilla y fácil de comprender, que se pudiera replicar, y que llevara un sello de aprobación que la hiciese aceptable para los gobiernos. Sin embargo, la universalización de la APS a través de los programas de los gobiernos creó sus propios problemas. Inicialmente, la APS se había concebido como una fuerza de liberación y responsabilización mediante la promoción de la atención de salud. Una vez reducida a metodología aceptable para los gobiernos, no podía ya abordar asuntos fundamentales como la corrupción y los sistemas opresivos. Los gobiernos interpretaron la obligación de "aprovechar al máximo los recursos comunitarios disponibles" como un medio de economizar costos. La controversia sobre si la APS era una alternativa a los hospitales alejó el debate del tema más importante, a saber, cómo debían "establecerse otros niveles de servicio en apoyo de las necesidades del sector periférico".

Aceptación de la APS

El enfoque de la OMS fue adoptado inmediatamente por el Gobierno de Sudán; luego, con modificaciones locales, por Guinea-Bissau y Cabo Verde. Muchos otros países lo hicieron después, pero pocos gobiernos pusieron los fondos y la voluntad política necesarios para generar un verdadero cambio. En Filipinas, por ejemplo, el Ministerio de Salud organizó un programa único de tres días de trabajo para los agentes de salud Barangay que estarían a cargo de la salud en las aldeas.

Mientras tanto, la CMC y otras ONG hacían todo cuanto estaba a su alcance por promover el concepto original, subrayando la necesidad de la participación de la comunidad y la necesidad

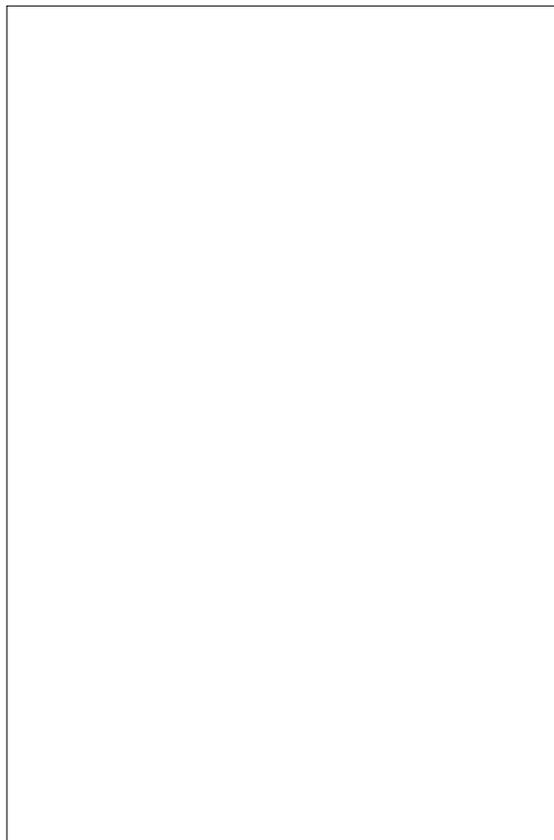
de atraer otros sectores, como la agricultura y la educación. Sin embargo, la APS se convirtió gradualmente en un método gubernamental verticalista en vez de ser una iniciativa popular dinamizada desde las bases.

Tempranamente se habían hecho advertencias de cómo iba a funcionar la APS en la práctica. En 1975, la Comisión Médica Cristiana invitó al Dr. (ahora Profesor) Charles Elliot, sacerdote y economista, a dirigirse a su reunión anual. Su charla se tituló "s Primary Health Care the New Priority? Yes, but..." (¿Es la atención primaria de salud la nueva prioridad? Sí, pero...). El texto figura *in extenso* en *Contact* 28 (versión en inglés).

Más de 20 años después, las preocupaciones del Dr. Elliot nos suenan mucho. Tenía aquel orador serias reservas en cuanto a la posibilidad de la APS de poner la atención sanitaria al alcance de los millones de personas a las que esa asistencia les era negada. Dudaba de si la igualdad de acceso a los recursos de la atención de salud sería algún día un objetivo realista. Advirtió de los peligros de las metodologías de APS y predijo que se institucionalizarían de forma que impedirían que la APS llegara a los más pobres; señaló que la salud no es considerada en realidad una alta prioridad por la mayoría de las comunidades; que las personas sanas quieren adelantar en la vida, y que la APS no preveía la promoción de los agentes de salud recientemente formados; y que sin un cambio fundamental en las asignaciones presupuestarias de los gobiernos, la estructura de los servicios sanitarios y la formación de los profesionales de la salud, era poco probable que alguna vez se establecieran "otros niveles de servicio *en apoyo de* las necesidades de la base". Lo más probable era que el sistema de dos niveles existente se fortaleciera, teniendo acceso la minoría a una tecnología muy costosa, mientras que la mayoría pobre se quedaría con la atención primaria de salud.

Para debate: Daniel 1: 3-20. ¿Por qué el Rey Nabucodonosor favorece a estos jóvenes de tal manera? Cree evidentemente que todo lo babilonio es mejor que lo israelita. ¿Tiene este convencimiento alguna resonancia en su propia experiencia? ¿Hasta qué punto es importante, y para quién, convencer al rey de que lo suyo es mejor?

Agente de salud de la comunidad en la aldea de Yamblo, Sudán.



CAPÍTULO DOS

UNA COMISIÓN MÉDICA CRISTIANA

¿Por qué cristiana?

En el prefacio a la primera reunión de la Comisión, celebrada en 1968, James McGilvray, director en ese momento, escribía: "La CMC surgió como punto de encuentro de dos intereses convergentes, uno funcional y otro teológico". Ya nos hemos ocupado de la cuestión funcional en el primer capítulo. La preocupación teológica era que la Comisión buscara una nueva percepción de las relaciones entre la curación, el Evangelio y la misión de las iglesias. Ocho años más tarde, al pasar revista a lo actuado por la Comisión, los miembros consideraron que habían realizado un trabajo bastante bueno en cuanto a lo funcional, aunque no se había hecho ningún avance comparable en la clarificación de lo que pudiera ser peculiar de la concepción cristiana de la salud y la curación.

Como contribución al estudio de la Comisión, un pequeño grupo de participantes había empezado a reunirse en el DIFÄM, en Tubinga. Sus discusiones versaban sobre tres temas. El primero era la inquietud que se experimentaba al promover políticas más igualitarias en materia de salud en el mundo en desarrollo mientras que no había prácticamente expectativa alguna de que las naciones industrializadas hicieran otro tanto o dieran el ejemplo.

Segundo, las congregaciones de las iglesias mismas no se hacían partícipes del sufrimiento del prójimo. Se consideraba, además, que los propios sistemas y prácticas de vida parroquial, culto y formación a menudo no facilitaban ese tipo de compromiso. Esto era un problema para los participantes en el grupo de Tubinga. Profundamente convencidos de que el camino hacia la verdadera salud integral pasaba por la salvación ofrecida por Jesucristo, veían, sin embargo, que las iglesias no comunicaban este importantísimo mensaje.

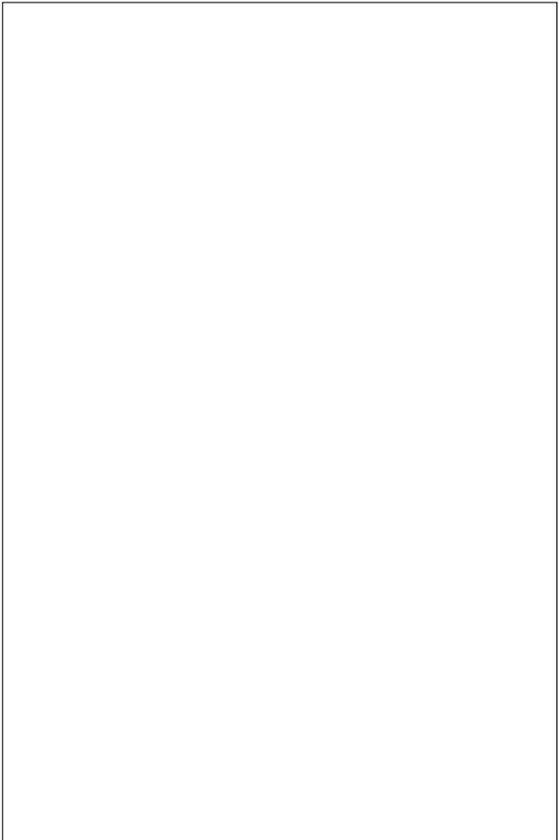
El tercer tema era la extrema dificultad

de cambiar las actitudes de la gente respecto a la salud sin abordar también otras cuestiones políticas, sociológicas y culturales. Los sentimientos acerca del propio cuerpo se basan en valores, en creencias y en una espiritualidad que forman parte de nuestra identidad cultural. El cambio puede chocar con la resistencia de todo el entorno político y cultural, en el cual puede también tener repercusiones. Como cristianos, pues, deberíamos abstenernos de afirmar que deseamos modificar nuestro enfoque de la salud a menos que también estemos dispuestos a encarar la actitud de la iglesia de no comprometerse en la lucha por la reforma de la sociedad.

Pienso que uno de los problemas que tenemos los cristianos es que creemos ser una comunidad sanada porque Cristo es perfecto. También creemos que podemos curar a otros estando nosotros mismos enfermos, tal vez sin percibirlo, mientras que todos los demás lo notan.

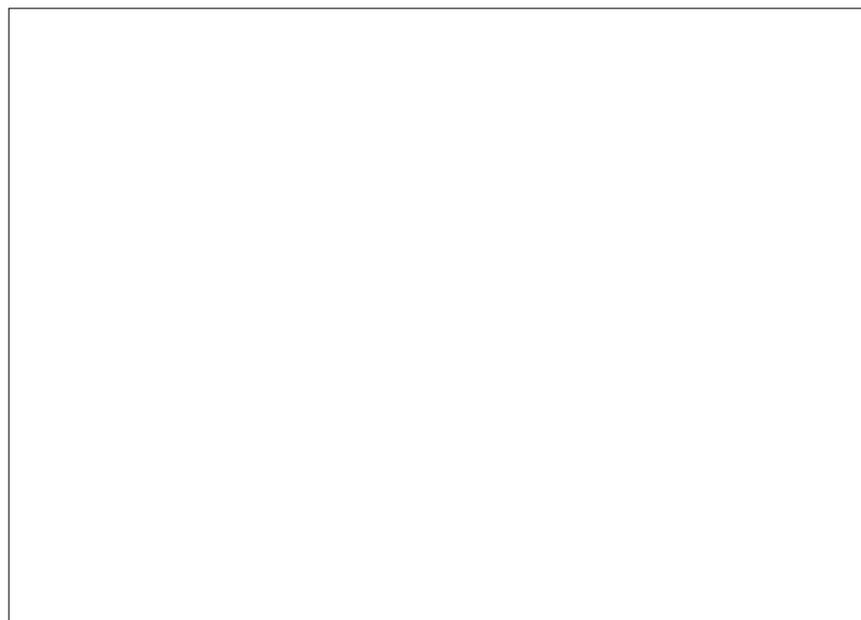
Arzobispo Anthony Bloom,
Metropolitano de Sourozhm

El primer debate del grupo estuvo centrado en los posibles puntos de partida de la discusión. ¿Por dónde se debía comenzar? ¿Con los problemas del mundo o con la Biblia? "La Biblia", dijo uno de los participantes, "no representa el descubrimiento de la voluntad y la llamada de Dios por sí misma. Estos descubrimientos se hacen realidad encarnando los problemas de la historia



Mujer con una biblia sobre la cabeza en una capilla presbiteriana de Chimaltenango, Guatemala.

El cambio puede chocar con la resistencia de todo el entorno político y cultural, en el cual puede también tener repercusiones.



Página 16: Cartel visto cerca de Juba, Sudán.

El trabajo de la CMC y sus amigos tenía una importancia que se extendía mucho más allá de la prestación de servicios de salud en el mundo en desarrollo.

contemporánea y la experiencia de la sociedad a la luz de las interpretaciones procedentes de la tradición y la vida del pueblo de Dios". Se acordó que la tarea de ese grupo de estudio consistiría en examinar la situación de la medicina y la atención de la salud y analizarla a la luz de una concepción cristiana de la naturaleza humana y de lo que la Biblia enseña acerca de la salud y la curación. Su primer documento se llamó "The Mission and Service of the Church in Sickness and Health Care" (Misión y servicio de la iglesia en relación con la enfermedad y la atención de salud).

No corremos el riesgo de sobreestimar la importancia de este diálogo. Considerando la opinión general de que la CMC se había concentrado casi exclusivamente en la promoción de la APS, esas discusiones permitieron a la Comisión entrar en la década de los 80 prestando mucha más atención a la investigación de las consecuencias teológicas de la atención de la salud. Esta investigación ha sido, desde entonces, una de las principales orientaciones de la Comisión.

El hecho de que este nuevo enfoque fuera bien recibido en forma tan generalizada se debió, en parte, a que el CMI y sus iglesias miembros habían llegado al convencimiento de que el trabajo de la CMC y sus amigos tenía una importancia que iba mucho más allá de la prestación de servicios de salud en el mundo en desarrollo. Las ideas que promovían encontraron eco también en otras partes. Tenían repercusiones en la identidad de la iglesia misma y en la historia del reino de Dios.

La última palabra en esta sección pertenece a Charles Elliot: "Tenemos mucho en común con la OMS", dijo, "pero nuestras metas últimas no son las mismas. Para una organización cristiana, dejar de lado la importancia de la dimensión espiritual de la salud equivale a olvidar el aporte verdaderamente decisivo que debe hacer al debate sobre la naturaleza de la curación. Salud es más que medicina. Tiene que ver con la manera en que vivimos y morimos, con la calidad de la vida y con la calidad de la muerte. La respuesta última a la enfermedad reside en el modo de vida, una vida de entrega y obediencia que conduce a la plenitud".

Lo interesante del caso es que, hoy en día, la OMS comienza a estar de acuerdo.

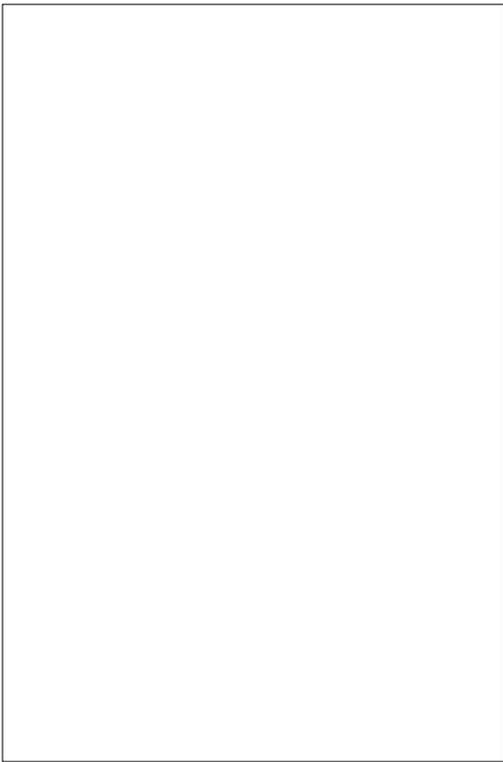
Para debate: Hechos 5: 12-16. Desde los primeros tiempos, la fe en Cristo se ha asociado con la salud y la curación. ¿Qué significa esto para Uds.? ¿Es posible que los aspectos espirituales de su tarea se vean ahogados por la urgencia de concluir el trabajo? Traten de relacionar las preocupaciones expuestas en los párrafos 2 y 3 de esta sección con su propia experiencia de la iglesia.

Los diálogos Jenkins/Bryant

La medicina está en crisis, a tal punto que algunos sostienen que la curación está fuera del alcance de la profesión médica y que los médicos son quienes se oponen a la verdadera salud. La iglesia está en crisis, y algunos opinan que la verdadera iglesia está fuera de la iglesia. Y también está en crisis la conciencia de muchos médicos, enfermeras, docentes y trabajadores sociales cristianos que creen que la verdad está en Cristo, en la Biblia y en la religión cristiana, y sin embargo perciben que lo que al parecer los ilumina en el trabajo que han elegido y en su vida personal es otra cosa; por ende se sienten divididos.

R.A. Lambourne, 1969 (publicado por primera vez en *Contact* N°1, versión en inglés)

La Comisión Médica Cristiana nació de la convicción de que hay algo peculiarmente cristiano en el tema de la salud y la curación. Jesús sanaba. Los beneficiarios de su ministerio no fueron principalmente los ricos o los fuertes -aunque de ninguna manera estuvieron excluidos- sino los pobres, los enfermos, los estigmatizados, los desvalidos. Así pues, desde el Medioevo, el establecimiento y mantenimiento en Europa de instituciones de atención a los enfermos había sido una prioridad de la iglesia de Occidente. El trabajo médico había sido tam-



de la atención de salud y el reino de Dios.

La tecnología tiene que ver con la solución de los problemas; la teología, en cambio, tiene que ver con la convivencia con los problemas.

David Jenkins, Reunión anual de la CMC, 1969

El análisis de estas cuestiones, tema central de la segunda consulta de Tubinga, en 1967, siempre había formado parte del mandato de la CMC. A principios de la década de los 70, las reuniones anuales de la Comisión se iniciaban con un diálogo, reanudado en cada reunión, entre el Dr. Jack Bryant, Moderador de la CMC, y el teólogo británico Dr. David Jenkins (más tarde obispo de Durham), que trabajaba en ese entonces para el CMI. Fue primero Jack Bryant quien invitó al Dr. Jenkins a que expusiera lo que la teología tenía para ofrecer a los médicos que debían tomar decisiones de vida o muerte en relación con las prioridades de su trabajo. En un tiempo, el hospital proporcionaba un marco para ello. ¿Qué implica para un médico ser responsable de una zona rural de, por ejemplo, 100.000 personas agrupadas en 100 localidades? La atención individual a veces implica desatender un número mucho mayor de personas. ¿Existe una «compasión estadística»? y ¿cuál es su equivalente teológico? Cuando se trata de prestar atención sanitaria a un gran número de personas de escasos recursos, ¿cuáles son los conceptos teológicos capaces de proporcionar a quienes toman las decisiones un sistema de valores humanos que pueda

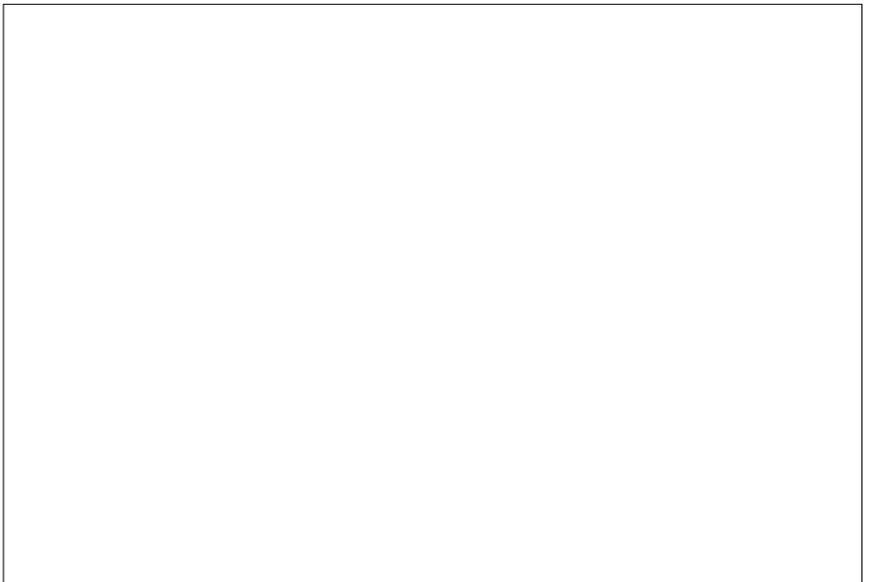
La dimensión espiritual: la sonrisa de una niña refugiada en Namibia.

Había mucho trabajo por hacer en cuanto a la relación entre las estructuras de la atención de salud y el reino de Dios.

bién una de las grandes orientaciones de la misión cristiana en África, Asia y América Latina.

En todo el mundo, sin embargo, el trabajo médico de las iglesias parecía haberse divorciado de alguna manera de la vida de las congregaciones de cristianos que se reunían en los templos los domingos. Los cristianos consideraban que su cometido era reunir fondos para apoyar ese trabajo, pero no preveían participar personalmente en él. Eso quedaba para los médicos, las enfermeras y los maestros, pues tal era su trabajo. En efecto, la iglesia había «tercerizado» la atención de salud poniéndola en manos de profesionales, a quienes recomendaba que lo hicieran lo mejor posible. En consecuencia, la iglesia local corría el peligro de convertirse en un gueto, mientras que el frente de encuentro de los cristianos con el mundo estaba en otra parte. El resultado fue una religión cada vez más privatizada que no tenía mucho que ver con lo que sucedía en el mundo, mientras que a los miembros de las llamadas profesiones asistenciales -muchos de los cuales tenían una fuerte motivación cristiana- les resultaba imposible compartir sus preocupaciones profesionales con la comunidad de la iglesia. Además, había mucho trabajo por hacer respecto al desarrollo de una teología de la curación: una teología que abordara seriamente la relación entre las estructuras

El Dr. David Jenkins en una reciente reunión de la CMC en Londres. A su lado, los miembros de la Comisión, Sra. Marion Morgan (izquierda), Directora Ejecutiva de La Asociación Cristiana de Salud de Sierra Leona (CHALL), y la Sra. Gwen Crawley.



adaptarse a las metodologías tecnológicas? ¿Pueden las iglesias elaborar una moral social de la atención de salud que sea útil a los gobiernos e instituciones seculares?

El primer diálogo, pues, se centró en la adopción de decisiones morales y el problema de asumirlas. ¿Cómo encontrar un sentido moral a situaciones en las que se adoptan decisiones que benefician a algunos pero al mismo tiempo pueden provocar la muerte evitable o la discapacidad de otros? Estos interrogantes nos conducen aún más lejos. ¿Cuál es el valor de esas vidas sobre las cuales estamos decidiendo? ¿Para qué sirve la vida humana? ¿Cómo podemos introducir valores humanos en el marco de la tecnología? ¿Qué significa, realmente, ser responsable de la salud de 100.000 personas y tener que elegir entre tratamiento y prevención? El segundo diálogo, corolario del primero, se centró, pues, en los valores.

En el tercer diálogo, ambos abordaron problemas ligados a la atención de salud y la justicia, temas que nos sitúan cara a cara con la política, el poder, y la injusticia inherente a los sistemas humanos. ¿Hasta dónde podemos recorrer este camino? Y ¿qué esperanza nos queda si los dados están tan cargados? El Dr. Jenkins terminó con tres frases memorables. Los cristianos poseen recursos que pueden ayudarlos a vivir con integridad, al tiempo que reconocen el pecado del mundo. Necesitamos, dijo, aferrarnos a "la esperanza de solidaridad en el pecado"; "la naturaleza no utópica de las esperanzas imposi-

bles", y las "posibilidades de lo infinito en lo finito".

Los grandes problemas del cambio son, a mi juicio, problemas institucionales. Pero los problemas institucionales son los que atrapan a los seres humanos y ante los cuales éstos reaccionan. A menos que podamos llegar a ser personas libres para reidentificarnos y ayudemos a otros a que lo hagan, todo este discurso sobre la reidentificación y demás temas anejos es más bien estéril.

David Jenkins, 1970

Los integrantes de la Comisión que estuvieron presentes en estas primeras reuniones afirman que el debate Jenkins/Bryant fue uno de los acontecimientos más destacados de su época en la CMC. El trabajo de la Comisión planteaba constantemente cuestiones de moral, preguntas acerca de la función de la iglesia y la relación entre salud y salvación. En el decenio de 1970 se había visto la urgente necesidad de poner en práctica los aspectos más funcionales de la labor de la Comisión. Al final del decenio, llegó el momento de invitar a la familia y las redes de la CMC a que comenzaran a examinar más sistemáticamente las consecuencias teológicas y eclesiológicas de lo que se había estado haciendo.

Para debate: Lucas 10: 38-42. Este pasaje suele utilizarse como una historia referida al papel de la mujer. Pero no son solamente las mujeres las que se encuentran demasiado ocupadas para hablar de teología. ¿Por qué será que tenemos tendencia a dejar eso para los teólogos? ¿Creen ustedes que dedican suficiente tiempo a conversar con sus colegas y amigos acerca de las relaciones entre su trabajo y su fe?

Necesitamos, dijo, aferrarnos a la "esperanza de solidaridad en el pecado"; la "naturaleza no utópica de las esperanzas imposibles»" y las "posibilidades de lo infinito en lo finito".