

## CAPITULO CUATRO

## ¿UN MUNDO FELIZ?

*Muchos países del Sur tenían enormes deudas.*

**La CMC en el decenio de 1990**

En el sentido de las agujas del reloj y desde arriba: Tina Pfenninger, Diana Smith, Fernande (Nanda) Chandrasekharan, María Victoria (Minnie) Carles Tolrá, Eva Ombaka, Marilu Fornerone, Kofi Asante, Erlinda Senturias, Maragareta Sköld y Jenny Roske.

**Mirando adelante, mirando hacia atrás**

En el terreno político, los años 90 se iniciaron bajo el signo de la esperanza. Parecía posible lograr un mundo más justo y pacífico. En Sudáfrica pronto habría un presidente negro; en el Oriente Medio se vislumbraba un nuevo compromiso con la paz. El muro de Berlín había caído y la guerra fría, que fuera tan perjudicial para el resto del mundo, finalmente había terminado.

Para los más pobres del mundo, estos cambios no revestían demasiada importancia. Los factores que impedían el desarrollo de comunidades más prósperas seguían existiendo. Muchos países del Sur tenían enormes deudas, y las condiciones de refinanciación incluían políticas de ajuste estructural que entrañaban recortes en los presupuestos de bienestar social, con efectos desastrosos para la salud de las familias. Endeudados con entidades internacionales como el Banco Mundial, los gobiernos tenían pocas posibilidades de actuar. La desintegración de la Unión Soviética provocó una pérdida de confianza en el programa socialista y también la desaparición del refugio ideológico de quienes se oponían al capitalismo. El poder creciente de las empresas transnacionales y las instituciones financieras internacionales estaba conduciendo hacia un mundo sin fronteras, en el que los países pobres se empobrecían aún más y los marginados tenían menos esperanza de poder algún día superar su situa-

ción. Mientras tanto, la brecha que separaba a los ricos de los pobres, a los países ricos de los países pobres, en lugar de cerrarse, continuaba ahondándose.

Para la CMC, había sido un principio fundamental que el camino hacia el mejoramiento de la salud pasara por el fortalecimiento de la salud asumieran la responsabilidad de su salud y su bienestar. La mundialización socava esa capacidad, porque los afectados por los problemas que aquélla crea están muy lejos de los centros de decisión. Las infraestructuras nacionales se ven atrapadas en la misma trampa que las comunidades pobres, sujetas a presiones mundiales sobre las que tienen escaso control.

Dos de las grandes realizaciones de la CMC durante la década de 1980 abordaban precisamente estos problemas. El Programa Farmacéutico estableció modelos para la compra de medicamentos apropiados a precios razonables, como alternativa a los costosos o inadecuados productos comercializados o introducidos masivamente en el mundo en desarrollo por muchas grandes empresas farmacéuticas. El programa en favor de la lactancia natural se pronunció contra las prácticas comerciales de una empresa multinacional fabricante de sucedáneos de la leche materna. Estos dos programas actuaron en colaboración con una serie de organizaciones, nacionales e internacionales, de carácter oficial o voluntario, cristianas y no cristianas. Ambos apuntaban a áreas clave en las que el poder económico mundial entra en contacto con la salud de las comunidades pobres. Es mucho lo que hay que aprender de estas iniciativas, ejemplos de cómo la acción en favor de la salud de la comunidad puede ser eficaz en el contexto de la mundialización.

Pero el mayor legado de los años 80, en lo que tiene que ver con la CMC, fue el proceso de estudio sobre la salud integral. Las reuniones regionales habían tenido fuerte repercusión. Si la comuni-

dad que sana era la iglesia misma, ¿qué significaba esto para la acción y el pensamiento cristianos, para la organización de la iglesia, para la liturgia, para las finanzas? Las potenciales consecuencias de ese estudio, las increíbles posibilidades en que hacía pensar, eran casi demasiado grandes, y en última instancia demasiado desafiantes, como para preverlas.

*Para debate:* Romanos 8: 31-39. ¿Qué amenazas externas afectan a su trabajo o su organización? ¿De qué poderes o "principados" son Uds. conscientes? ¿De qué manera ayuda este pasaje?"

### La CMC en el CMI

Cuando, en 1968, el Consejo Mundial de Iglesias creó la Comisión Médica Cristiana, ésta fue incorporada al ámbito de Misión y Evangelización. Luego de la Asamblea de Nairobi, en 1975, pasó a formar parte de la Unidad Justicia y Servicio. En 1992 se procedió a una nueva reorganización y la CMC volvió al seno de lo que hoy es la Unidad II, Las Iglesias en Misión: Salud, Educación, Testimonio. Este movimiento respondía en parte a la orientación que había tenido su trabajo durante los años 80, habida cuenta de que el estudio sobre la salud integral estaba tan profundamente ligado a los aspectos centrales de la vida de las propias iglesias y congregaciones.

Desde los primeros tiempos se viene discutiendo de qué manera la CMC se relaciona con las tareas tradicionales de las iglesias. James Mc.Gilvray, en "The Quest for Health and Wholeness" (La búsqueda de la salud integral), sugería que el ministerio de la CMC era su servicio, y que ambos formaban parte de la misión total de la iglesia. Estos debates no son puramente semántica. La clasificación del trabajo bajo el epígrafe "Justicia", o por el contrario bajo el de "Ministerio", puede influir, desde luego, en el estilo y el lenguaje que se adoptan para referirse a él, en cómo y a quién darlo a conocer, en la identidad de los grupos con los que se mantiene un vínculo estructural, y en la tradición teológica de la cual se nutren las propias concepciones.

CMC - Acción de las Iglesias por la Salud forma parte actualmente del trabajo del Consejo sobre misión. Esto significa que las redes con las cuales se relaciona dentro de las iglesias miembros no son ya las de justicia, sino las de misión (cuando ambas están estructuralmente separadas). Afortunadamente, la mayoría de las iglesias están comenzando a

comprender que su preocupación por la justicia y la misión están tan integralmente conectadas que no es posible separarlas sin dañar seriamente sus respectivos programas. Sin embargo, el pasado ejerce una poderosa influencia. Con la mejor voluntad del mundo, las prioridades de las redes de justicia y servicio pueden tender al activismo, el desarrollo, las campañas, los cambios sociales y políticos, mientras que las prioridades de las redes de misión pueden, en gran medida, seguir orientándose hacia el crecimiento de la iglesia y el servicio en el extranjero.

Si la CMC está atravesando una crisis de identidad, tiene que afrontarla durante un período en el cual el CMI aborda su propia redefinición y cuando el movimiento ecuménico mismo se enfrenta con cuestionamientos que afectan a la concepción que tiene de sí mismo. En muchas partes del mundo, hay congregaciones de las iglesias mayoritarias que ven disminuir el número de sus fieles y que, sobre todo, no consiguen atraer a las nuevas generaciones. Recursos humanos y materiales destinados en su momento a la actividad ecuménica se emplean hoy para afianzar la identidad denominacional.

Si la iglesia misma tiene tal necesidad de curación, ¿qué consecuencias entraña para las prioridades futuras de una red ecuménica dedicada a la "acción por la salud"?

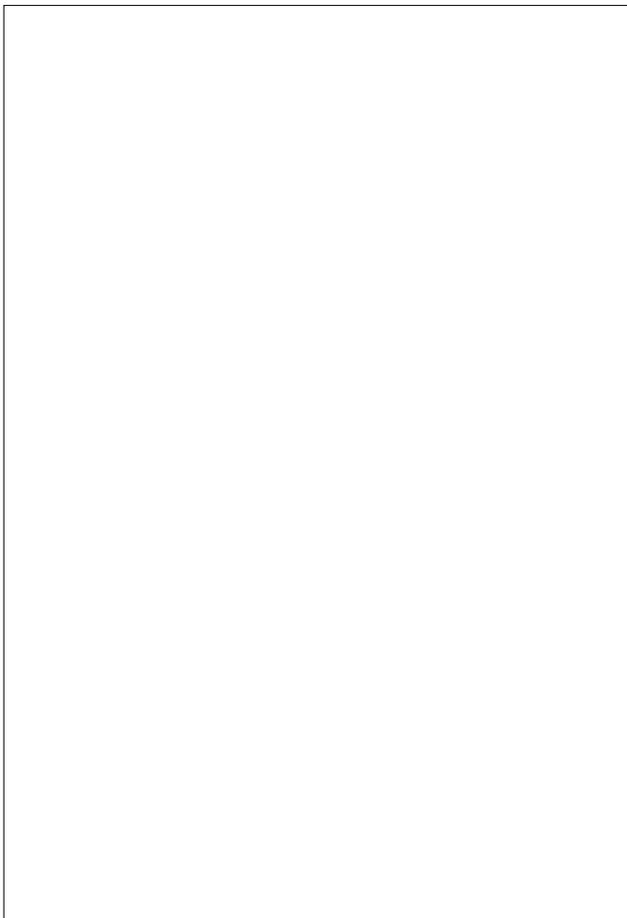
*Para debate:* Juan 2: 18-22. El tema de la destrucción y la renovación, la muerte y la resurrección aparece a menudo en el Nuevo Testamento. Puede aplicarse tanto a las instituciones u organiza-

Encuentro del Dr. Nelson Mandela, actual Presidente de Sudáfrica, con el Dr. Emilio Castro, Secretario General del CMI, en Johannesburgo, 1991.

*Afortunadamente, la mayoría de las iglesias están comenzando a comprender que su preocupación por la justicia y la misión están tan integralmente conectadas .*

*A causa de las relaciones entre el SIDA y la sexualidad, y entre el SIDA y las estructuras paternalistas, a las iglesias les ha costado mucho asumir las consecuencias de la transmisión del VIH.*

La capilla del CMI preparada con las cintas del SIDA para la reunión del Comité Central, septiembre de 1996.



ciones como a las personas y su vida espiritual. ¿Pueden citar algún ejemplo de su propia experiencia? ¿En qué pueden discernir la presencia de Dios en esos ejemplos?

### El reto del VIH/SIDA

En los 30 años de vida de la CMC, no se recuerda ningún problema de salud que haya recibido tanta atención pública como el del VIH/SIDA. Para las iglesias, ha supuesto un profundo examen de conciencia. Su exhortación a atender a los enfermos y marginados ha impulsado a muchas instituciones cristianas a ocuparse de las personas que viven con el SIDA; pero a causa de la vinculación entre el SIDA y la sexualidad, y entre el SIDA y las estructuras paternalistas, a las iglesias les ha costado mucho asumir las consecuencias que tiene la transmisión del VIH no sólo para los cristianos sino para las propias iglesias. Lo que debían hacer las iglesias era examinar de nuevo las condiciones que favorecían la pandemia y tomar mayor conciencia de las repercusiones humanas de la ruptura de las relaciones y de las estructuras injustas, así como de su autocomplacencia y complicidad.

En su reunión de 1994, celebrada en Johannesburgo (Sudáfrica), el Comité Central del Consejo Mundial de Iglesias decidió que se formara un grupo consultivo para realizar un estudio sobre el VIH/SIDA. El objetivo era ayudar al movimiento ecuménico a elaborar su respuesta en cuatro áreas: teología, ética, atención pastoral y la iglesia como comunidad de curación, y justicia y derechos humanos. Se debía instar a las iglesias a que fuesen más honestas y más fieles, se mantuviesen mejor informadas, y se constituyesen en lugares seguros para las personas que

viven con el VIH/SIDA. La Dra. Erlinda Senturias, de Filipinas, coordinó el proceso.

Se nombró un grupo internacional: médicos y no médicos, clérigos, religiosos y laicos, todos ellos personas que vivían o de algún modo trabajaban con el SIDA. El proceso de dos años, presidido por el Dr. Christofer Benn, ha sido descrito por los participantes, como un viaje, en el cual los "viajeros" -pese a aparentemente irreconciliables diferencias de enfoque- sintieron que existía entre ellos un alto grado de coincidencia. Los miembros del grupo subrayan la atmósfera de unidad e inspiración en la que se escuchaban mutuamente y celebraban juntos el culto, y en medio de la cual tenían lugar los distintos encuentros con la realidad del VIH/SIDA en diferentes contextos culturales.

El informe publicado reúne las conclusiones de los cuatro grupos de trabajo teología, ética, justicia y derechos humanos, atención pastoral y la comunidad de curación, todos los cuales abordaron la experiencia real de las personas con SIDA en diferentes partes del mundo. En esta breve sección es imposible hacer justicia a las ideas o a la calidad del diálogo de dicho informe. Todo el trabajo se presenta en "El SIDA: respuesta de las iglesias", publicado por el CMI en 1997. No obstante, citaré in extenso las recomendaciones que figuran en el último capítulo (véase el recuadro de la página 36).

Este proceso consultivo fue uno de los grandes programas del CMI en su conjunto. Si bien estuvo coordinado por la CMC-Acción de las Iglesias por la Salud, los participantes provenían de diferentes grupos de interés del Consejo. Además, la propia CMC auspició algunos trabajos innovadores y organizó reuniones regionales en Asia, América Latina, Estados Unidos, África y Europa. Apoyó también la constitución de la Red cristiana internacional sobre el SIDA (ICAN).

En África, alentados por la CMC, los organismos médicos protestantes de Tanzania, Uganda y el Zaire crearon un programa experimental participativo de acción e investigación (PAR), que resultó ser un elemento fundamental del trabajo sobre el SIDA al que prestaba apoyo. La idea de crear el PAR surgió de la constatación de que las comunida-

### La teología desde el punto de vista del cuerpo que sufre y sueña y se entrega al Misterio.

Es difícil no hablar en primera persona del singular. No creo que esto implique un reduccionismo o un individualismo exagerado. Cada vez que prestamos atención a la experiencia individual podemos identificar elementos que son más generales, colectivos.

Esto es lo que ocurre con el cuerpo sufriente. Cuando mi infección se agravó, en los últimos años, la sensación inmediata fue la de identificación a través de mi cuerpo con los cuerpos de tantas otras personas, en el anonimato y la solidaridad; de alguna manera, con el sufrimiento y los límites de la energía y la resistencia al dolor.

En cierto modo, el sufrimiento me llevó a darme cuenta de los límites de mi cuerpo. Había una especie de división entre el ritmo del pensamiento y la conciencia -un ritmo más rápido, más esperanzado, que trataba de eludir los límites- y la falta de control sobre las piernas y los pies, sobre el cuerpo dolorido, sobre la somnolencia imprevisible y la diarrea intermitente.

Como reacción normal ante el dolor y la desesperación de sentir mis límites, un profundo grito a veces, en silencio o con lágrimas, un murmullo que se asemeja a la imagen de Pablo de toda la creación gimiendo con dolores de parto, esperando ser liberada de los límites y de la vulnerabilidad (Romanos 8). Una percepción del inconsciente colectivo: en un cuerpo todos los cuerpos. El cuerpo cansado y sufriente del mundo, el cuerpo oprimido y pisoteado de los pobres, el cuerpo reprimido y violado de tantas mujeres, los cuerpos sin energía ni resistencia de muchachos y chicas?

Pese a la particularidad de mi experiencia, es imposible no sentir que me identifico con millones. Sí, somos millones los que estamos infectados y afectados.

Tomado de la declaración de Ernesto Barros Cardozo, "La experiencia de la fe frente a la desesperación del sufrimiento, la búsqueda de la curación y la salvación, la expectativa de la muerte y la esperanza de la resurrección", al proceso de estudio sobre el VIH/SIDA.

des tan afectadas por los problemas causados del VIH a) necesitan urgentemente incrementar su capacidad para afrontarlos, y b) están profundamente motivadas para examinar a fondo los factores culturales y de otra índole que reducen esa capacidad. El PAR permitió a las comunidades realizar su propia investigación, determinar los problemas que debían abordarse, y elaborar estrategias para resolverlos. Este sistema está perfectamente descrito en un excelente manual, muy bien presentado, "Confronting AIDS together" (Enfrentando juntos el SIDA), redactado por Anne Skjelmerud y Christopher Tusubira, Director del proyecto de Kagoma (Uganda) (véase *Contact* 145).

*En el contexto del SIDA, la subordinación de la mujer se ha convertido en una amenaza acuciante para la salud pública.*

Jonathan Mann, ex Director del Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA

El programa sobre las mujeres, la salud y el desafío del VIH fue otro de los grandes trabajos de la CMC, en el que se reunieron programas de Brasil, Argentina, Costa Rica, Chile, India, Tailandia, Papua Nueva Guinea, Uganda, Zaire, Tanzania y Estados Unidos. Según el programa, las actitudes respecto de la mujer están tan arraigadas en las culturas de las comunidades que para la mayoría de la población mundial es casi imposible cambiar la conducta personal, salvo en el contexto de una decisión general de la propia comunidad encaminada a producir ese tipo de cambio. Se había previsto que las conclusiones fueran presentadas

*El PAR permitió a las comunidades realizar su propia investigación, determinar los problemas que debían abordarse, y elaborar estrategias para resolverlos. El PAR permitió a las comunidades realizar su propia investigación, determinar los problemas que debían abordarse, y elaborar estrategias para resolverlos.*

*Una mujer llora la muerte de su marido. A su lado, sus hijos lloran al padre.*

## LO QUE PUEDEN HACER LAS IGLESIAS

### A. La vida de las iglesias: respuestas al problema del VIH/SIDA

1. Pedimos a las iglesias que proporcionen un clima de amor, aceptación y apoyo a las personas vulnerables o afectadas por el SIDA.

Esto podría expresarse ofreciendo espacio para que se planteen estas preocupaciones en el culto ordinario, por medio de celebraciones especiales de culto (por ejemplo, cuando se celebra el Día Mundial del SIDA, el 1° de diciembre), a través de grupos de apoyo y mediante visitas a las personas afectadas por el VIH/SIDA.

2. Pedimos a las iglesias que reflexionen juntas sobre la base teológica de su respuesta a los problemas que plantea el SIDA.

3. Pedimos a las iglesias que reflexionen juntas sobre las cuestiones éticas planteadas por el VIH/SIDA, y que apoyen a aquellos de sus miembros que, como profesionales de la salud, se vean ante opciones éticas difíciles en materia de prevención y atención sanitaria.

### B. El testimonio de las iglesias en relación con los efectos inmediatos y las causas del VIH/SIDA

1. Pedimos a las iglesias que se esfuercen por prestar mejor asistencia a las personas afectadas por el VIH/SIDA.
2. Pedimos a las iglesias que presten particular atención a la situación de los niños afectados por la pandemia del VIH/SIDA y que traten de crear un entorno de apoyo.
3. Pedimos a las iglesias que ayuden a salvaguardar los derechos de las personas afectadas por el VIH/SIDA y a estudiar y promover los derechos humanos de esas personas mediante dispositivos a nivel nacional e internacional.
4. Pedimos a las iglesias que favorezcan la difusión de información correcta sobre el VIH/SIDA, que promuevan un clima de debate franco y

que se opongan a la difusión de informaciones erróneas y basadas en el miedo.

5. Pedimos a las iglesias que aboguen por un aumento de los gastos públicos y de los servicios médicos para encontrar soluciones a los problemas médicos y sociales planteados por la pandemia.

### C. El testimonio de las iglesias en relación con las causas profundas y los factores a largo plazo que facilitan la propagación del VIH/SIDA

1. Pedimos a las iglesias que reconozcan los vínculos que existen entre el SIDA y la pobreza, y que promuevan medidas en favor de un desarrollo justo y sostenible.
2. Les pedimos encarecidamente que presten especial atención a las situaciones que aumentan la vulnerabilidad al SIDA, como la situación de los trabajadores migrantes, los movimientos masivos de refugiados, y el comercio del sexo.
3. En particular, pedimos a las iglesias que apoyen a las mujeres que luchan por obtener el respeto de su dignidad y por hacer valer sus capacidades en todas sus dimensiones.
4. Pedimos a las iglesias que lleven a cabo un trabajo de concientización entre los jóvenes y los hombres para que asuman su responsabilidad en la prevención de la propagación del VIH/SIDA.
5. Pedimos a las iglesias que se esfuercen por comprender mejor el don de la sexualidad humana en el contexto de la responsabilidad personal, de las relaciones, de la familia y de la fe cristiana.
6. Pedimos a las iglesias que hagan frente a la pandemia del consumo de drogas, al papel que desempeña en la difusión del VIH/SIDA y que tomen medidas a nivel local por lo que respecta a la asistencia, la desintoxicación, la rehabilitación y la prevención.

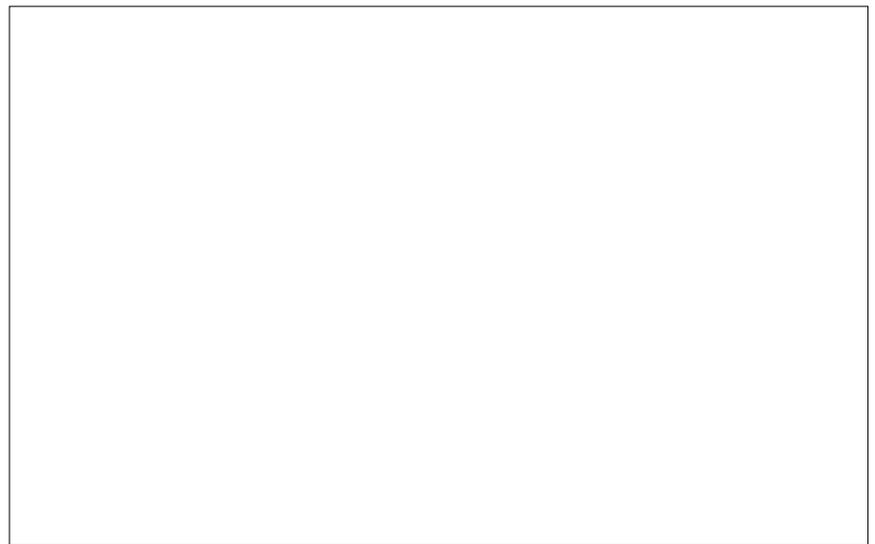
*Pedimos a las iglesias que proporcionen un clima de amor, aceptación y apoyo. Pedimos a las iglesias que proporcionen un clima de amor, aceptación y apoyo.*

en el foro de ONG de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer, en Pekín, pero finalmente no fue posible, y el grupo se reunió al mismo tiempo que la conferencia de Pekín en Vellore, en el sur de la India. Las conclusiones de este programa aparecen, junto con los relatos de muchos de los participantes, en "El amor en los tiempos del SIDA", de Gillian Paterson (Editorial Sal Terrae, 1997).

Por muchas razones, la pandemia de VIH ofreció a la CMC la oportunidad de utilizar lo que había aprendido a lo largo de veinte años.

1. Las redes de la CMC siempre han reconocido la relación que existe entre mala salud, pobreza y marginación, y han tratado de promover el cambio.
2. Las relaciones sexuales y en general nuestro comportamiento en relación con el sexo, son parte de nuestra herencia cultural. Por ende, son muy difíciles de cambiar. La CMC siempre ha relacionado la salud con la necesidad de desarrollo y de construcción de la comunidad.
3. De momento, no hay cura para esta infección. Por esa razón, el VIH/SIDA cuestiona nuestra idea de la curación. Tal vez. Después de todo, la curación implica vivir con la confianza de que somos amados y aceptados; y morir con dignidad, en una comunidad que está en paz consigo misma. Estas son algunas de las ideas que la CMC había estado analizando en el programa sobre salud integral.

Muchas iglesias tienen un buen historial en cuanto al establecimiento de programas pastorales para la atención de personas con SIDA y el apoyo a quienes dependen de ellos. Lo que no se acepta tan fácilmente es la medida en que las iglesias incorporan a su propio ser el conjunto de factores que conducen a la propagación del VIH. Las iglesias suelen ser estructuras jerárquicas y patriarcales; no aceptan fácilmente a la gente marginada o estigmatizada por la sociedad; les resulta difícil aceptar la sexualidad; y para la mayoría, la función de curación de la iglesia no es una prioridad. El material extraordinariamente rico emanado de los programas del CMI sobre el VIH/SIDA constituye un enorme desafío para la iglesia y para los teólogos de la moral. La magnitud de ese desafío aún no se ha comprendido plenamente. Sin embargo,



L. Gubby/OMS

encierra enseñanzas para la concepción cristiana de la salud y la curación y la función que tienen las iglesias de ponerla en práctica.

*Para debate:* Juan 11: 32-46. Ernesto Cardozo fue un teólogo laico brasileño que murió de SIDA en 1995. La experiencia de vivir con el SIDA hizo que Ernesto se identificara intensamente con la experiencia de Lázaro: convertirse en un despojo que se descompone en una tumba y luego ser conducido a una vida nueva por Jesús. ¿Por qué podría ser? ¿Cómo es posible una "vida nueva", incluso para alguien que se está muriendo?

### Creación de capacidad

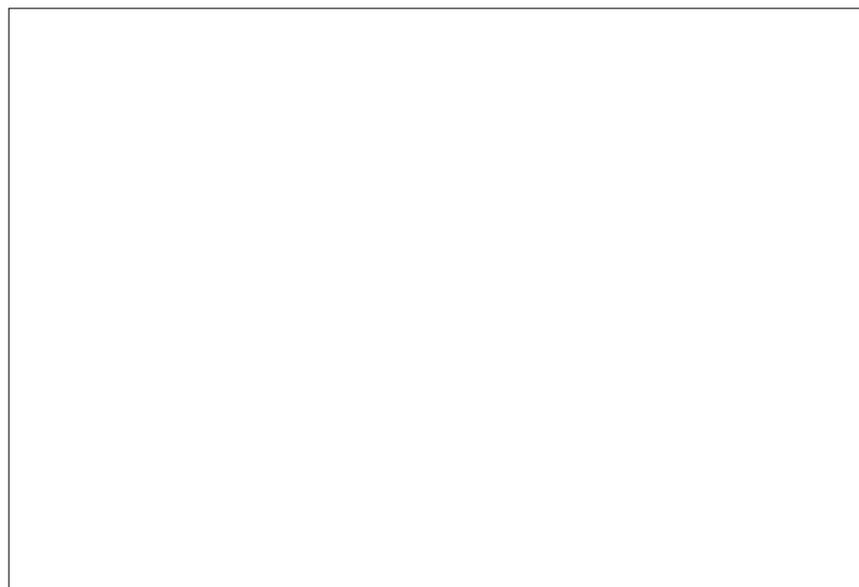
*Creo que la clave está en un proceso de análisis de situación llevado a cabo por la propia comunidad. (...) Al empezar a trabajar en los problemas de salud, la gente empieza a tener la sensación de que tiene un poder que influye al menos en un aspecto de sus vidas. En el proceso de análisis de la situación, al determinar las causas de la mala salud, la gente empieza a dejar atrás la acción curativa para centrarse en la preventiva, y finalmente emprende iniciativas sociopolíticas.*

Parte de una entrevista con David Werner, autor de "Where there is no Doctor" (Donde no hay doctor)  
Contact 114, marzo de 1993

La década se inició con el sentimiento de que no se había avanzado suficientemente en el establecimiento de la atención de salud basada en la comunidad, y con la preocupación de que los problemas de sostenibilidad obstaculizaran más aún su progreso. La tarea consistía en aumentar la capacidad de respuesta de las comunidades para que fueran menos dependientes de la ayuda exterior. En 1987, apareció en Zimbabwe una serie de libros de texto radicalmente diferentes destinados a las comunidades. El

Una mujer rechazada por padecer SIDA encuentra refugio en un hogar especial administrado por las hermanas de la Orden de la Madre Teresa.

*La tarea consistía en aumentar la capacidad de respuesta de las comunidades para que fueran menos dependientes de la ayuda exterior.*



Reunión de formación comunitaria en América Latina.

*El objetivo de "Formación para la Transformación" era reunir a la gente y darle los medios necesarios para hacer frente con eficacia los problemas de su propio entorno.*

objetivo de "Formación para la Transformación", un trabajo preparado por dos hermanas católicas romanas sobre la base de los métodos de Paulo Freire utilizados en América Latina, era reunir a la gente y darle los instrumentos necesarios para hacer frente con eficacia los problemas de su propio entorno.

Dan Kaseje, entonces Director de la CMC, percibió la importancia de estos métodos para la familia de la CMC. En primer lugar, los profesionales de la salud pocas veces poseían la formación o la experiencia necesaria para crear modelos de dirección y capacidad de respuesta. Por ello, era preciso seleccionar miembros de la comunidad y capacitarlos como coordinadores. En segundo lugar, muchos dirigentes eclesiásticos no comprendían el enfoque participativo y lo consideraban más un misterio o una amenaza que un recurso valioso. Y finalmente, con algunas excepciones, poco se había avanzado en cuanto a cambiar las prioridades en la formación de los médicos o familiarizar a los estudiantes de medicina (por lo general provenientes de familias de clase media) con las realidades de la vida de las comunidades pobres.

### Reuniones de reflexión

En 1989, la CMC auspició una reunión internacional de reflexión sobre el desarrollo de la salud basada en la comunidad, y en 1990 organizó reuniones regionales y subregionales análogas en Benin, las Islas Salomón y Amsterdam. Los participantes organizaron luego una serie de talleres de capacitación para coordinadores, entre otros lugares, en Benin, Sierra Leona, Zaire y Camerún. En Sierra Leona y Liberia se realizaron también talleres para dirigentes de iglesia. El ob-

jetivo de las reuniones era adiestrar a los participantes en el uso de metodologías de creación de capacidad y ayudarlos a preparar talleres en sus propias localidades.

*Entre los recursos disponibles, quisiéramos mencionar metodologías como la de "Educación popular de Salud" de América Latina, las metodologías participativas de capacitación sanitaria de Filipinas, la India y el Japón, y las metodologías sobre salud comunitaria provenientes de África (AMREF). El proceso educativo es contextual y toma en cuenta las diferencias culturales y sociales de cada región. El valor del enfoque participativo es que se trata de un proceso, un movimiento vivo, basado en las experiencias de la gente y nutrido por ellas, y no de técnicas impuestas.*

Informe sobre la creación de capacidad preparado por  
Margareta Sköld

*Como integrante de la familia de la CMC, encontré la posibilidad de abrir espacios para que la gente, que estaba muy aislada a causa de la situación nacional en la Argentina, pudiera compartir experiencias. Cuando me puse en contacto con personas de Chile, Uruguay, Paraguay y Brasil, comprendí lo importante que es conocer otras experiencias, discutir los problemas comunes y buscar la manera de poner en práctica la solidaridad mutua.*

Mabel Filippini, Directora de CEASOL (Asociación del Centro Ecuaménico de Acción Solidaria), Buenos Aires (Argentina)

*Los participantes comienzan su experiencia de aprendizaje en el taller compartiendo sus propias experiencias en sus respectivas comunidades y organizaciones. Los animadores y expertos ayudan a ordenar el flujo de comunicación entre los participantes. La experiencia de aprendizaje sólo se da si los participante aprenden a compartir honestamente entre sí, a escuchar lo que tienen que decir los otros, y a expresarse con libertad (...). Queremos creer que la formación que ofrecemos en el AHI (Instituto Asiático de la Salud) pretende no solamente aumentar nuestros conocimientos, sino brindar una ocasión de compartir experiencias concretas y percepciones; éxitos y fallos y deficiencias, así como también sueños, visiones y alternativas concretas y planes de acción para promover el proceso de transformación a partir de uno mismo, en la lucha por la mejora de la calidad de vida en los niveles más básicos. El*

*proceso formativo tiene como fin iniciar nuestra propia transformación, renovar la decisión de servir al pueblo a través de un cambio de las actitudes, la agudización de las facultades críticas y la comprensión de los fenómenos sociales. No puede haber un cambio social sin la propia transformación de aquellos que son los catalizadores del cambio social y también de las personas que son los sujetos de ese cambio. Estamos refiriéndonos a un proceso de liberación por medio de la educación, basado en la "Filosofía de la Educación" de Paulo Freire.*

Yoshi Ikezumi, Secretario Ejecutivo, Instituto Asiático de la Salud, Anchi (Japón). (Publicado en *Contact* 114, marzo de 1993)

Los participantes se refieren a los efectos liberadores de estas reuniones regionales. Era estimulante formar parte de un movimiento mundial y al mismo tiempo local. Si bien la clave del éxito radicaba en la capacidad de comprometerse con un contexto particular, también quedó claro que había mucho que aprender de los encuentros interculturales. Las consultorías Sur-Sur y el diálogo Sur-Sur habidos en las reuniones resultaron muy valiosos.

En el transcurso de 1991, la CMC contrató a una consultora, la Dra. Patricia Nickson, para que promoviera y coordinara el programa entre las iglesias miembros y los organismos coordinadores de África, sobre todo en los países de habla francesa. Su cometido era ayudar a las iglesias locales a organizar talleres y seminarios y a explorar posibles medios de elaboración de programas para los cursos de salud de la comunidad. A menudo, la única opción para los estudiantes era trasladarse a Europa, una solución costosa y no siempre apropiada para gente que trabaja a nivel comunitario. En 1992, se creó en Nyankunde (norte del Zaire, hoy República Democrática del Congo) el Institut Panafricain de Santé Communautaire (IPASC), con la colaboración y el apoyo de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool (Inglaterra). En el IPASC se imparten cursos de tres meses y se facilita la organización de talleres y conferencias en los países francófonos de África.

En 1991, se organizó una conferencia regional en Quito, que condujo al establecimiento de redes locales en América del Sur; entre 1992 y 1994, se realizaron talleres en Tahití, Tonga, Kiribati y las islas Cook, que dieron lugar a una serie

de actividades locales; en 1993, la CMC ayudó a organizar en Suecia un taller de capacitación para la transformación, sin o con grupos eclesiológicos ecuménicos.

*Para debate:* Ezequiel 37: 1-14. Este impresionante relato se refiere a cómo Dios usó a Ezequiel para restaurar la integridad y la vida de una nación que se estaba desintegrando. Se trata de un sueño. Pero la carne y los nervios son reales y los planes de Dios para su pueblo también lo son. ¿Pueden encontrar algún paralelismo en su propia experiencia? Puede haber situaciones que dan lugar a una vida nueva, o situaciones en las que se necesita desesperadamente que así ocurra.

### Vínculos y asociados imprescindibles

*Bienaventurados los flexibles, porque ellos no serán deformados.*

Elizabeth Sele-Mulbah, ex Directora Ejecutiva de la Asociación Cristiana de Salud de Liberia

En esta sección se da cuenta de una de las reuniones de reflexión cuyos participantes provenían en su mayoría de un mismo continente. Le dedicaré una sección en forma exclusiva porque esa reunión dio origen a una red africana que puede ser objeto de reflexión para las iglesias y los profesionales de la salud de otras regiones.

En octubre de 1995, la CMC - Acción de las Iglesias por la Salud auspició una consulta en Harare a la cual fueron invitados representantes de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, así el Dr. Hari John, pionero del movimiento de atención de salud basada en la comunidad de la India. La consulta, organizada por Dan Kaseje y Margareta Sköld, tenía por objetivo establecer redes y estructuras capaces de asegurar la sostenibilidad y eficacia de la acción comunitaria en favor de la salud en

*Las consultorías Sur-Sur y el diálogo Sur-Sur habidos en las reuniones resultaron muy valiosos.*

Dan Kaseje, antiguo Director de la CMC.

*Lo más urgente, al parecer, era ser flexibles, no ceder al pánico.*

África en el siglo XXI. Su tema era "The sustainability of community-based health care beyond the year 2000: The crucial links and partners" (La sostenibilidad de la atención de la salud basada en la comunidad después del año 2000: vínculos y asociados imprescindibles).

La primera impresión que surge de los informes de esta consulta es la de un grupo de personas que tratan todas de encontrar espacio para una atención de salud de base comunitaria en un entorno sumamente hostil. Al intentar poner en marcha programas de salud y otros programas, los participantes habían constatado que su programa de trabajo estaba dictado por reacciones viscerales respecto a la guerra, la sequía, el SIDA, la inestabilidad política, la pobreza creciente y el subdesarrollo crónico. En muchas de esas situaciones no se avizoraban

*Primero, deben hacerse "arreglos de preparación". Segundo, los pedidos de asistencia deben enviarse tan pronto como sea posible. Tercero, es imprescindible prever atención para los encargados de prestarla.*

Patricia Nickson, Directora del IPASC, República Democrática del Congo

*Cuando los refugiados afluían desde Ruanda y Burundi a través de la frontera hacia el poblado de Ngara, en el oeste de Tanzania, la Cruz Roja Tanzania fue la primera organización que se hizo presente para encargarse de la situación. Más tarde, llegó un equipo de la Cruz Roja Alemana, que asumió toda la responsabilidad y ni siquiera se sentó a discutir la situación con los tanzanos. Una vez pasada la crisis, el equipo de la Cruz Roja Alemana volvió a su país, dejando a la Cruz Roja de Tanzania la tarea de ocuparse de todos los problemas relacionados con la intervención y la repatriación así como de las indemnizaciones a los que vivían en esa área.*

Alice Mmari, Jefa del programa de salud basada en la comunidad, Cruz Roja de Tanzania.

*Se podría haber animado a la gente a organizarse desde el principio. Tenemos que afirmar que, cualquiera sea la situación, la gente debe hacerse cargo de sí misma.*

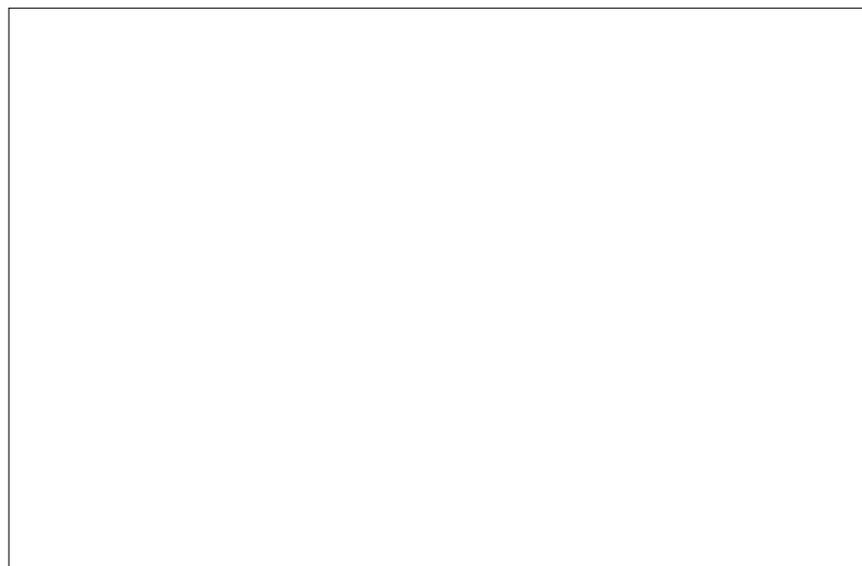
Elizabeth Sele-Mulbah, CHAL, Liberia.

*Si se hubiera permitido desarrollar el sistema tradicional de salud que los curanderos empleaban para atender a los refugiados (en Mozambique), se podría haber logrado un programa que hubiese tenido más sentido para los participantes, y ciertamente habría servido para que se valiesen mejor por sí mismos.*

Informe de un participante, que había trabajado en Mozambique, a la reunión de Harare

*Aprendimos de la experiencia (de la guerra en Liberia) que debe ponerse en marcha lo antes posible un proceso de curación y reconciliación. De lo contrario, se forman falsas cicatrices que tienen que abrirse antes de que pueda iniciarse la curación. El centro del programa debería ser la justicia y la reconciliación, el perdón, la restauración de la dignidad y, sobre todo, la construcción de la esperanza y el bienestar espiritual. El trabajo de educación para la paz con grupos de jóvenes y dirigentes comunitarios debe ser una prioridad.*

Cita del informe de la reunión de Harare



Refugiados ruandeses esperando para cruzar un puente de acceso al Zaire.

mejoras inmediatas. En un continente que parece haber sido arrasado recientemente por distintos tipos de desastres, ¿cómo comenzar siquiera a abordar el tema de la creación de capacidad a largo plazo? Lo más urgente, al parecer, era ser flexibles, no ceder al pánico, prepararse para una larga lucha y estar dispuestos a hacer realidad la salud, en su sentido más amplio.

Dejaré ahora que los participantes en la reunión de Harare hablen por sí mismos.

*Desde el recinto de la iglesia, fuimos testigos del avance de lo que resultó en un millón y medio de refugiados ruandeses. Con el pánico del primer momento, no entendí que no se me pedía que me ocupara del flujo de refugiados.*

*Retrospectivamente, hemos determinado tres prioridades para el futuro.*

*El día en que nuestras escuelas y hospitales tengan todo el dinero que necesitan y los militares tengan que organizar ventas de material usado para comprar misiles, será ese un gran día.*

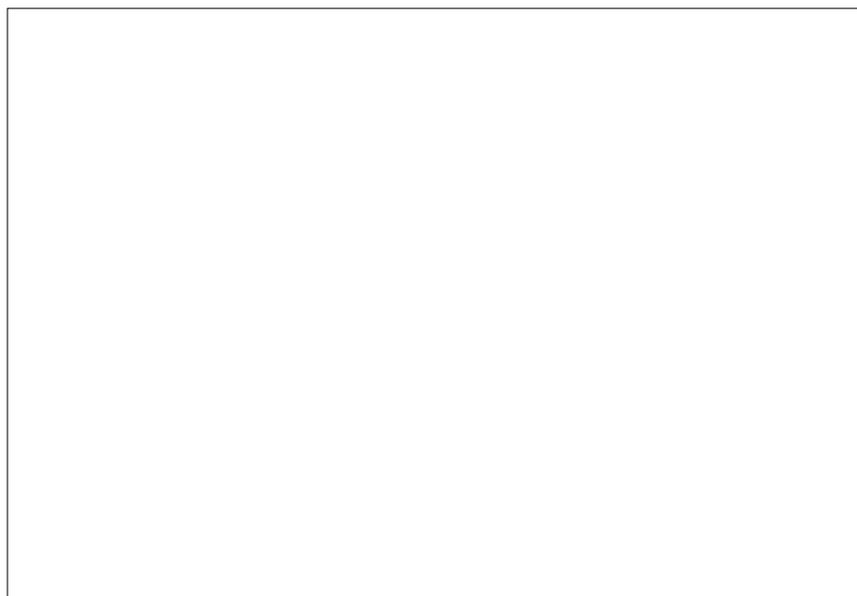
Busisiwe Mabatho Gcabashe,  
Programa sudafricano de educación  
para el desarrollo

En el contexto de la guerra y el desorden político, los factores que inciden en la sostenibilidad de la atención de salud basada en la comunidad adquieren un crudo relieve. Examinemos las citas. Patricia Nickson se refiere al sentimiento de tener que hacer todo cuando lo que realmente hay que hacer es determinar una estrategia, pedir ayuda y apoyar a las personas que están realizando el trabajo. Alice Mmari describe lo que sucede cuando los organismos extranjeros no tienen la menor consideración para con los grupos locales que, en última instancia, tendrán que pagar el pato. Elizabeth Sele-Mulbah subraya la importancia de que las personas entiendan, desde el principio, que deben hacerse cargo de sí mismas. Para el participante que había trabajado con los refugiados en Mozambique, la vida en el campamento había puesto en evidencia las limitaciones de la medicina occidental. También puso de relieve la capital importancia de reconocer, alentar y apoyar a los curanderos nativos, así como de desarrollar los sistemas de salud tradicionales en los campamentos. La experiencia de Liberia, otra vez, pero también de Ruanda, Mozambique, Sudán y Sudáfrica, indican que la reconciliación es un aspecto clave de la curación y que la educación para la paz es un componente esencial de la formación del personal de salud de las zonas donde hay posibilidades de que estallen conflictos.

### La salud en medio del desastre

Leyendo estos testimonios, resulta difícil discernir cuál debe ser el "modelo de médico". Sin embargo, en todos ellos aparecen los temas de la reconciliación, el perdón, la dignidad humana, la esperanza y la curación del espíritu humano, como piedras angulares de la salud. ¿Podría ser que las violentas luchas de los años 90 nos ofrecieran perspectivas y enseñanzas que nos conduzcan al nuevo milenio con una visión y una esperanza que jamás podrían haber surgido de una sala de reuniones, de Ginebra o de cualquier otro lugar?

La consulta trazó pautas muy útiles



Diana Smith

respecto a la salud de la comunidad entiempos de guerra así como a la preparación comunitaria para casos de desastre. Se precisaron algunas de las lecciones extraídas de la experiencia de los cambios políticos. Se examinó el valor de las investigaciones sobre la acción participativa y se definieron algunos principios de sostenibilidad a largo plazo. A partir de allí, se pudo pasar a considerar el futuro.

Lo que se necesitaba era una red panafricana de atención de salud basada en la comunidad. Uno de los objetivos generales sería facilitar un entorno sano para la atención comunitaria en los planos local, nacional y continental, lo que entrañaría la movilización de recursos humanos y materiales a todos los niveles. La medida estaría respaldada por el CMI, la CMC - Acción de las Iglesias por la Salud, y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Los grupos básicos serían: formación, promoción, movilización de recursos, y evaluación. La nueva red fue bautizada Red africana de acción comunitaria por la salud (Afri-CAN).

Un aspecto clave del éxito serían las relaciones de asociación que la red pudiera entablar con posibles aliados. Había muchos otros grupos interesados en el tema salud. La sostenibilidad dependía de la amplitud del espectro de asociados que se consiguiera. Entre éstos debería haber organizaciones civiles, iglesias y otras organizaciones religiosas, grupos informales, socios del exterior, y organismos e instituciones gubernamentales. Sin embargo, no se trataba de dejar de lado a los gobiernos. En ellos

Kambale Kavuu, de la Afri-CAN, prepara la reunión de formación de la mañana siguiente.

*Lo que se necesitaba era una red panafricana de atención de salud basada en la comunidad.*

recae, en última instancia la responsabilidad de la salud pública. De ahí la necesidad de insistir en un nivel mínimo de apoyo y financiación estatales para las actividades de atención de salud basada en la comunidad.

*...Pero nada duradero puede resultar de la dependencia de los gobiernos y de los donantes extranjeros.*

Hari John, Asian Network for Innovative Training Trust

*Afri-CAN se compromete a facilitar la liberación del potencial de las personas, dotándolas de medios para transformar las situaciones que impiden el logro de la salud en su plenitud.*

Declaración de misión de la Red Afri-CAN

*Lo primero y esencial era una visión compartida de lo que estaban tratando de lograr.*

El camino no será fácil. África está compuesta por muchos países y culturas, y la escasez de fondos es crónica. Sin embargo, al cabo de tres años, aquella visión se mantiene. La red produce materiales didácticos, organiza cursos y facilita recursos. Publica una revista, "Initiatives in Community Action for Health" (Iniciativas de acción comunitaria por la salud), y capacita grupos locales para que participen en el desarrollo de la publicación. Coordina un sistema de apoyo técnico a los programas y es fuente de inspiración y solidaridad. Afri-CAN es importante para todos porque es una red genuinamente africana, fruto de situaciones y enfoques africanos, y está dirigida por africanos en África. El desarrollo de modelos regionales eficaces, basados en las propias regiones, será de la mayor importancia en la próxima etapa de la vida del CMI; sin embargo, no se ve claro cómo esos modelos podrán ser sostenibles sin un financiamiento sustancial de las iglesias y otros donantes.

*Para debate:* Marcos 6: 31-44. Los discípulos piden a Jesús que haga algo por la gente que tenía hambre. Jesús les responde que ésa es

tarea de ellos. Pero parece imposible. El punto culminante de este relato es el momento en que Jesús da gracias por lo que tienen. ¿Pueden ver algún paralelismo con la historia de Afri-CAN? ¿De qué manera este relato ayuda en relación con los problemas de su situación particular?

### Construyendo para el futuro

¿Por qué será que algunas instituciones prosperan mientras que otras parecen estar permanentemente al borde de la crisis? El Dr. Kofi Asante, secretario ejecutivo de salud en el CMI, está finalizando un estudio con el que se pretende dar respuesta a esta pregunta en relación con los hospitales de la iglesia. El estudio contiene importantes lecciones para todos los que participan en actividades de atención de salud relacionadas con la iglesia.

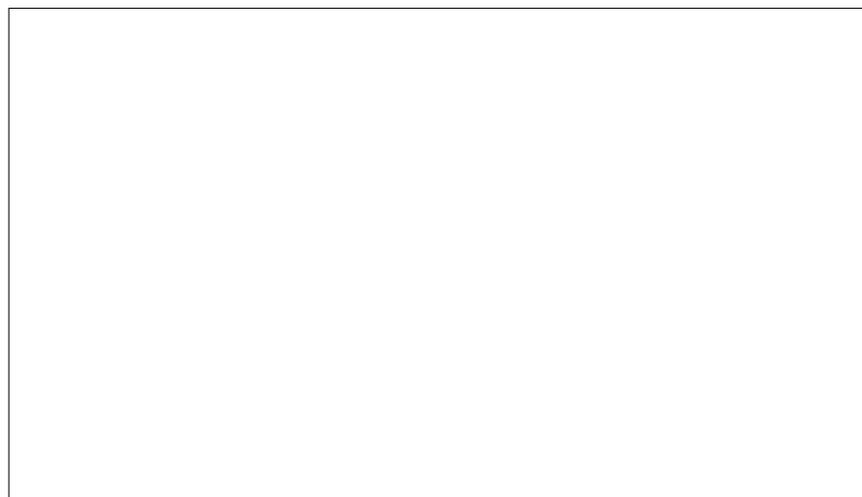
En 1994, la CMC invitó a los organismos nacionales de coordinación sanitaria de 12 países a participar en un estudio sobre la sostenibilidad de las instituciones de atención de salud. Once de ellos aceptaron la invitación: representaban a 43 hospitales que eran propiedad de la iglesia o estaban a su cargo. Se trataba de las iglesias anglicana, católica romana, reformada (principalmente presbiteriana), pentecostal o evangélica, luterana, bautista, adventista del séptimo día y ecuménicas. El objetivo del estudio era determinar qué factores de las actuales estructuras y prácticas mejoran la viabilidad y la sostenibilidad a largo plazo de los hospitales y programas de salud de la iglesia.

Como cabía esperar, se registraron muchas similitudes entre los hospitales objeto del estudio. Se observó que muchos de los que estaban tambaleándose realizaban un buen trabajo en algunas áreas. Los que habían logrado cierto grado de sostenibilidad, por su parte, mostraban las características siguientes:

La primera y esencial era una visión compartida de lo que estaban tratando de lograr y una declaración de misión claramente definida, lo que creaba entre ellos un fuerte sentido de pertenencia y compromiso compartidos. Todo ello no era ajeno al trabajo cotidiano del hospital y se expresaba en objetivos de conducta. Estos últimos se examinaban en las sesiones introductorias de formación, retiros y otras reuniones.

La eficaz y dinámica dirección era otro factor clave de la administración de los hospitales que tenían éxito. Ésta era respaldada por consejos directivos o comités de administración, representativos de diversos intereses, que definían el programa sin tratar de intervenir en la

Las políticas adoptadas por la administración de un hospital pueden promover y mejorar las actitudes solícitas.



administración diaria del hospital. Para el personal era importante sentir que la administración y la dirección estaban arraigadas en valores cristianos. También era útil que el hospital fuera dirigido respetando los factores presentes en la comunidad.

*El hospital A, situado en una zona rural montañosa, está circundado por una precaria red viaria. La mayoría de los pacientes llegan a pie o transportados en improvisadas camillas de fabricación casera, conocidas como ngozi. El personal del hospital reconoció que el servicio de ambulancias ngozi era un importante servicio comunitario.*

*Grupos de 20 ó 30 familias se organizan a fin de que todas puedan utilizar el servicio cuando lo necesiten. Estos grupos ngozi ofrecen además servicios fúnebres. El personal del hospital decidió organizar una reunión con los representantes de esos grupos, a raíz de la cual se puso en marcha uno de los primeros planes de seguro de salud rural del país. En la actualidad, los coordinadores ngozi recaudan regularmente de cada familia una pequeña contribución que se entrega al hospital para sufragar los gastos del tratamiento que se necesite.*

Informe del estudio, en *Contact* 143 sobre Sostenibilidad

La reputación por la calidad de la atención actúa como un imán que atrae pacientes al hospital, y lo mismo sucede con la excelencia en relación con una especialidad particular (por ejemplo, oftalmología o cirugía) o con una enfermedad, como puede ser la lepra. En algunos casos, esa reputación se había adquirido décadas atrás, gracias a la labor de un médico misionero y del personal a su cargo, y mantenida viva por sus sucesores. Esto aumenta las visitas de pacientes externos y ocupación de camas, lo que contribuye a que el hospital sea sostenible.

Cuanto más alto es el porcentaje de personal capacitado, más probable es que el hospital sea sostenible. También es importante, particularmente en las especialidades más difíciles, la formación de segundo grado, con supervisores que comparten sus destrezas con otros miembros del personal. Pero muchas veces es difícil mantener un personal adecuado, sobre todo en áreas remotas. En estos casos, uno de los factores clave son a menudo las posibilidades de una buena educación.

*El hecho de que el hospital C administrara con éxito una escuela primaria*

*ayudaba considerablemente a la estabilidad y sostenibilidad del personal.*

Informe del estudio, en *Contact* 143

Si bien es cierto que el dinero no lo es todo, huelga decir que un financiamiento adecuado es un factor clave de la sostenibilidad.

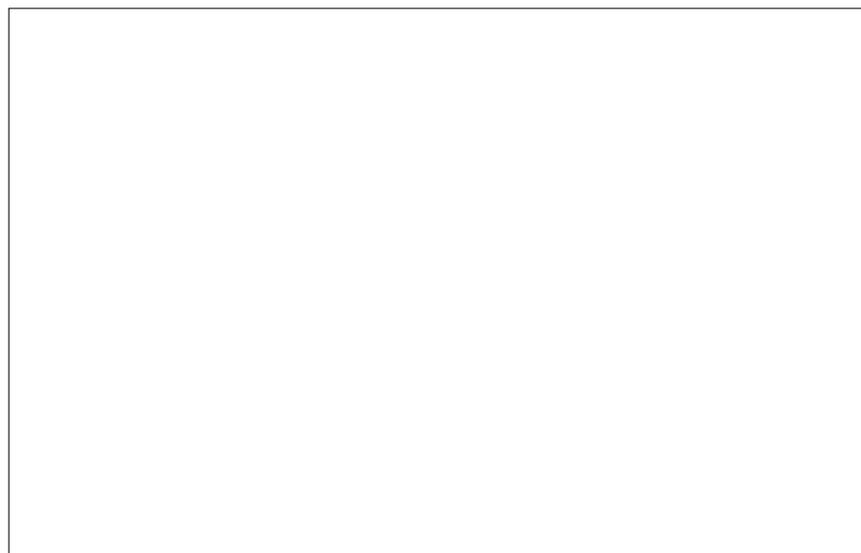
También ayuda la capacidad del hospital para atraer fondos locales y donaciones externas. Si se quiere mantener la confianza de los donantes, es esencial que la integridad de los procedimientos contables y la administración financiera sean ampliamente conocidos y aceptados.

Otro factor que contribuía a que un hospital fuera sostenible era su ubicación. Los situados en áreas urbanas, con una clientela de buenos ingresos, tenían el mejor desempeño. Pero también algunas áreas rurales bien pobladas eran lo suficientemente prósperas como para mantener un hospital. La actitud de las iglesias también variaba. Cuando la iglesia brinda su apoyo material al hospital, en lugar de pedirselo, se incrementa la posibilidad de supervivencia.

Estas conclusiones no parecen especialmente revolucionarias. Sin embargo, hay que decir que ninguno de los hospitales estudiados se ajustaba a todos los "determinantes crítico" definidos cuando se llevó a cabo el estudio. Teniendo en cuenta el énfasis en las fuerzas del mercado y la escasez de financiación externa y gubernamental local, muchos de ellos podrían no sobrevivir, a menos que realicen cambios para corregir la situación. Este estudio presenta una lista de verificación para hospitales y otras orga-

Contar con instalaciones para escuelas es una ventaja: niñas guatemaltecas en clase.

*En estos casos uno de los factores clave son a menudo las posibilidades de una buena educación.*



Creación mundial de redes: El Instituto de Estudios Religiosos (ISER) de Río de Janeiro, Brasil, ofrece material informativo sobre el SIDA y ayuda espiritual para personas con VIH y SIDA.

*Contact hace que sus lectores no se sientan solos en su lucha por una atención de salud digna.*

nizaciones de atención de salud que se preocupan por su futuro.

*Para debate:* Salmo 127: 1-2. El salmista dice que si Dios no edifica la casa, en vano trabajan los que la construyen. ¿Cuáles serían las características esenciales de una organización o comunidad construida por Dios?. ¿Qué es lo que no sucedería allí? Relacionen este debate con asuntos que hayan surgido en su propia experiencia. I Corintios 3:17 guarda también relación con este tema.

### Mantenerse en contacto

Si queremos que una red mundial funcione eficazmente, sus miembros deben tener posibilidades de comunicarse entre sí. Desde 1970, *Contact* ha sido un programa básico de la Comisión Médica Cristiana y posteriormente de la CMC - Acción de las Iglesias por la Salud. *Contact* ha ido informando permanentemente sobre los problemas, la reflexión, los programas, los debates y las prioridades relativos a la salud y la curación en todo el mundo.

En 1993, se decidió encargar una evaluación completa de *Contact*. La labor se dividió en cuatro partes: una encuesta entre lectores seleccionados por muestreo, un cuestionario de distribución masiva, una revisión de la lista de suscriptores en los países, y exámenes por grupos especiales en nueve países. Se enviaron en total 1660 cuestionarios a 30 países, cuidando que se abarcaran interlocutores de todos los idiomas en que se publica la revista (español, francés, inglés y portugués). La tasa de respuesta a los cuestionarios fue alta.

El estudio demostró que el innovador enfoque de la salud integral que promueve *Contact* es muy apreciado, tanto en las ciudades como en áreas rurales, debido a la visión global de la salud y al hincapié que

se hace en la atención de salud basada en la comunidad. *Contact* hace que sus lectores no se sientan solos en su lucha por una atención de salud digna, y éstos se identifican con el compromiso de la revista con los pobres. Las respuestas al cuestionario revelaron que los lectores son personas con una buena educación. El 80% de ellos tenía por lo menos 11 años de escolaridad, el 75% participaba profesionalmente en la promoción de la salud de la comunidad, y el 30% trabajaba en organizaciones basadas en las iglesias.

La orientación cristiana de *Contact* es apreciada por los lectores, pese a que la revista es leída también por muchos no cristianos especialmente en Asia. En América Latina, donde la iglesia católica romana está a la cabeza de la mayor parte del trabajo sanitario a nivel de las comunidades, los encuestados expresaron que valoraban la manera en que *Contact* pone de relieve los temas de justicia social y derechos humanos. En Europa oriental y África, se subraya el valor del enfoque cristiano.

*En un taller sobre el SIDA en Concepción, Contact proporcionó una base teológica sobre el SIDA, lo que ayudó a los organizadores a comprender cuál debía ser su posición... el taller fue todo un éxito.*

Informe de un grupo especial de examen, Chile

Cuando se pidió a los lectores que evaluaran la utilidad de los artículos de *Contact*, hubo un consenso abrumador en cuanto a que habían sido muy útiles para su trabajo. Se habían utilizado para reforzar el trabajo preventivo en materia de atención primaria de salud. En Asia, África y América Latina, los artículos se habían utilizado para el trabajo con grupos.

*Los artículos nos han ayudado a redactar folletos tales como "Practical Teaching in Health". Algunos temas fueron elegidos y presentados en importantes centros de educación para la juventud.*

Informe de un grupo especial de examen, Kenya

*...su solo contenido ya lo valida... Chile El lenguaje simple e informal que emplea es fácil de entender. Incluso una persona con una formación básica (10 años de escolarización) puede comprenderlo. Los niños pueden entender su lenguaje pues se utilizan palabras sencillas.*

Informe de un grupo especial de examen, India

*Contact* se utiliza actualmente para leer y compartir, enseñar, preparar programas, leer y coleccionar, dar conferencias y conservar como material de consulta. Los artículos sobre población, lactancia natural, temas relacionados con la mujer, agricultura e higiene se mencionan entre los de mayor interés.

Se pidió a los encuestados y a los grupos de examen que presentaran sugerencias sobre la manera de mejorar la revista. Entre las respuestas se señaló la necesidad de ocuparse más de determinadas regiones. Se sugirió que se crearan redes y grupos regionales de *Contact*, además de que se le diera una mayor publicidad y promoción, y se mejoraran los métodos de incorporar sugerencias de los lectores de las regiones.

Últimamente, se ha discutido mucho sobre el futuro de *Contact*. Hoy en día existen otras revistas que cumplen funciones similares. Algunos afirman que el boletín mundial es un canal de comunicación poco adecuado. Es caro de producir y su distribución es muy costosa. Se señala que un boletín moderno debe transmitirse electrónicamente y estar a disposición en Internet. Si se dispone de un sitio Web, ¿para qué se necesita un boletín? Y opiniones por el estilo. Este punto de vista es absolutamente inadecuado por lo que respecta al lector medio de *Contact*. No es probable, en un futuro previsible, que las personas para quienes *Contact* resulta de mayor utilidad

tengan un acceso regular a las comunicaciones electrónicas.

Por tanto, la evaluación indica que los encuestados valoran a *Contact*. Pero también habla de un deseo de cambio. Si se quiere que la revista tenga un futuro a largo plazo, será necesario prestar atención a la manera de combinar la perspectiva mundial, por una parte, con un enfoque más local y regional en lo que tiene que ver con las noticias, las reflexiones y los ejemplos, por otra, será preciso analizar más a fondo lo que significa ser una revista específicamente cristiana.

Durante 28 años, *Contact* ha sido un canal regular de comunicación dentro de la familia de la CMC, y pretende mantener esta tradición de una manera nueva y creativa. Luego de este número doble, *Contact* será producido por el grupo de asociados mencionado en el editorial.

El capítulo siguiente, "En la encrucijada", se refiere al momento decisivo en que se encuentra no sólo *Contact* sino la propia CMC - Acción de las Iglesias por la Salud.

*Para debate:* Hechos 2: 5-11. Los discípulos, milagrosamente, están en condiciones de comunicar la buena nueva a todos. Si ustedes tuvieran que describir el boletín que más les serviría, ¿qué dirían? ¿Cómo podría lograrse esto? ¿Para quiénes sería una "buena nueva"?

*Será necesario analizar más a fondo lo que significa ser una revista específicamente cristiana.*

Agentes de salud de la comunidad de Londres leen *Contact*.

# EN LA ENCRUCIJADA

A Whaak/OMS

El amor en los tiempos del SIDA: el dispensario de Centro Velho, Santos, Brasil.

*Pero también deberíamos estar dispuestos a soñar.*

## Realismo y esperanza

En este número de *Contact* invitamos a los lectores a reflexionar sobre los próximos pasos a dar. ¿Cuáles deberían ser las prioridades de una organización cristiana mundial en el desarrollo de una acción efectiva por la salud? ¿En qué debería consistir, en la próxima década, el quehacer de la CMC- Acción de las Iglesias por la Salud?

En su libro recientemente publicado "To be The Church" (Ser la Iglesia), el Secretario General del CMI, Konrad Raiser, argumenta que el futuro del movimiento ecuménico debería estar arraigado en el concepto de lo que él llama «realismo escatológico». Por un lado, tenemos el mundo que leemos en los periódicos o vemos en nuestro entorno: un mundo que puede parecer lleno de miedo y cinismo, pobreza y dolor. Por otro lado, está la expectativa de un mundo mejor al que Jesús llamó el reino de Dios: la esperanza de algo que supere lo actual, que vislumbramos a veces y cuya existencia es la piedra angular de nuestra fe. El proyecto cristiano consiste en vivir plenamente en el mundo tal cual es (del que deberán nacer todos los posibles futuros), pero llevarlo a cabo a la luz de aquel otro, añorado futuro, y sa-

biendo de antemano que es posible su realización.

Las decisiones que tomamos y los planes que construimos para nuestras instituciones deben estar basados en ambos futuros: el futuro que incorpora la materia prima del frágil e imperfecto presente, y el futuro que reclama como propias, las grandes visiones proféticas de la tradición judeocristiana. Debemos, por supuesto, considerar los signos de los tiempos. Debemos ser implacablemente honestos con nosotros mismos al considerar el presente. Pero también deberíamos estar dispuestos a soñar, tener visiones, reconocer la verdad que contienen nuestras experiencias de amor humano y amistad, belleza y creatividad, de la reconciliación que surge de la amargura y la guerra, de la comunidad, de coraje y heroísmo, sabiduría y fortaleza, de grandes encuentros y efectiva adoración e inspiradora liturgia. De la tensión que existe entre la realidad y el sueño, nacerán las decisiones correctas.

Mirando retrospectivamente la historia de la Comisión Médica Cristiana, puede decirse que su excelente nivel de realizaciones es el resultado de la habilidad de sus miembros para trabajar por el cambio, de una forma que combina ambos modos de mirar hacia el futuro. El doble papel de funcionario y profeta puede confundir, pero tiene enorme fuerza. La CMC meditó sobre Jesús el sanador; soñó con un modelo de atención de salud que beneficiara a los más pobres; luego se dispuso a ser promotora de ese sueño y a mostrar que podía efectivamente hacerse realidad. Examinó los modelos de comunidad del Nuevo Testamento y soñó con lo que pasaría si los grupos que competían entre sí aprendían a colaborar: y nacieron los organismos coordinadores. Jesús percibió el miedo y la falta de confianza que impedía a las personas recoger sus camillas y andar, y las liberó: la CMC inició un

proceso de educación encaminado a la responsabilización y a la creación de capacidad sustentado en una evaluación honesta de las realidades, combinada con una visión de lo que podría ser.

A Jesús, aquellos que estaban excluidos de la sociedad, le eran particularmente queridos; así pues, cuando el VIH hizo su aparición, la CMC se puso a la vanguardia en la promoción de programas, desarrollando metodologías que combinaban la aprehensión de las realidades con una visión de la comunidad que se mejoraba y se fortalecía enfrentándolas. Jesús trató de que otros afrontaran la explotación de los pobres por aquellos que formaban parte del "sistema": la CMC reaccionó ante la comercialización irresponsable de productos farmacéuticos destinados a los pobres no sólo hablando de ello, sino mostrando que era posible cuestionarla de manera responsable y asumiendo los costos con ayuda de fórmulas de asociación, que en sí mismas facilitan la responsabilización.

Pero la CMC no sólo se ocupa de los programas: tiene que ver con los movimientos. También con la amistad: con amigos que se separan y se vuelven a encontrar, amigos para quienes la meta es siempre, en último término, más importante que el origen del desacuerdo. Es la historia de una red mundial que ha durado ya 30 años, arraigada en la experiencia humana, dedicada a la curación y a la justicia, inspirada por el Espíritu, volviendo siempre a la palabra de Dios en busca de su inspiración y orientación fundamentales.

### Mirando hacia el futuro

¿Cuál es, hoy, el papel del Consejo Mundial de Iglesias en relación con la salud? Hace 20 años pocas organizaciones funcionaban a nivel mundial. Entonces, muchos de los programas del CMI eran únicos. Hoy en día, hay una enorme lista de grupos internacionales: organismos ambientales, organizaciones de mujeres, redes del SIDA, grupos de vigilancia de los derechos humanos, y tantos otros. La CMC intervino en el establecimiento de algunos de ellos: la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN); el Grupo Asesor sobre Productos Farmacéuticos (PAG); la Red cristiana internacional sobre el SIDA (ICAN). Cada uno tiene su propia base organizativa y sus propios integrantes naturales. Estas re-

des -muchas de ellas en medio de luchas, reinventándose constantemente- sin embargo, la prueba visible de un compromiso con la salud, en su sentido más amplio, que está arraigado en situaciones locales, pero mantiene sus ojos fijos en las realidades mundiales.

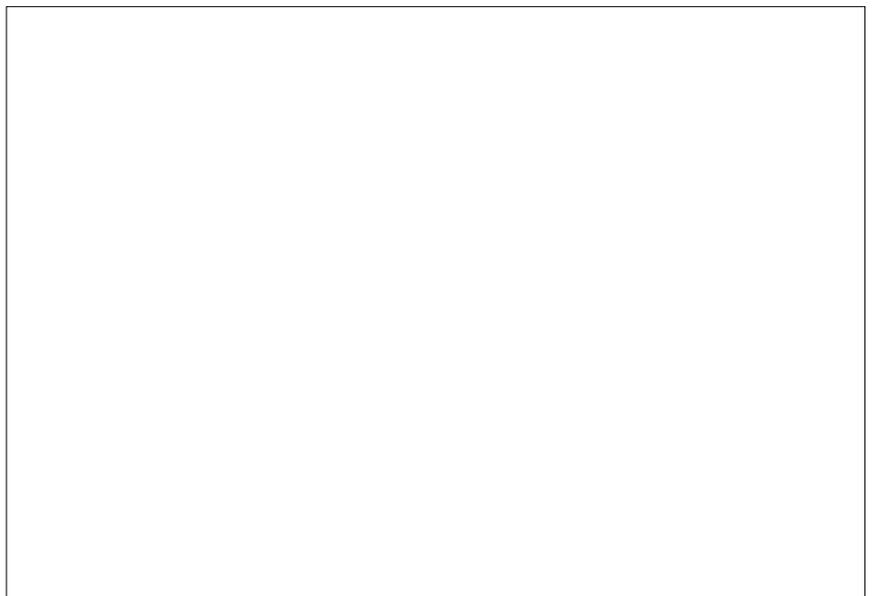
La CMC, como la OMS convirtió en prioridad brindar recursos para el desarrollo de este tipo de iniciativas. El hecho de que las redes internacionales de salud hayan asumido tantos desafíos es un tributo a la eficacia de la Comisión. La CMC ha posibilitado la comunicación y el intercambio de recursos entre regiones y organizaciones, establecido actividades educacionales, fomentado las fórmulas de colaboración, encontrado fuentes de financiación, facilitado personal, determinado y promovido metodologías apropiadas. En consecuencia, muchas de las funciones previamente localizadas en la oficina coordinadora de Ginebra pueden ser ahora realizadas en otra parte. A nivel regional, Afri-CAN está realizando una labor precursora de creación de capacidad en relación con la atención de salud basada en la comunidad; y desde enero de 1999 la Asociación Médica Cristiana de la India, con su larga historia de trabajo con las iglesias en cuestiones de atención sanitaria, se hará cargo de la publicación de *Contact*.

¿Cuáles, pues, son los nuevos desafíos a los que se enfrenta una red cristiana mundial de salud?

Hace 30 años, la Comisión Médica Cristiana nació de un proceso de reflexión ética. Las reuniones de Tubinga deter-

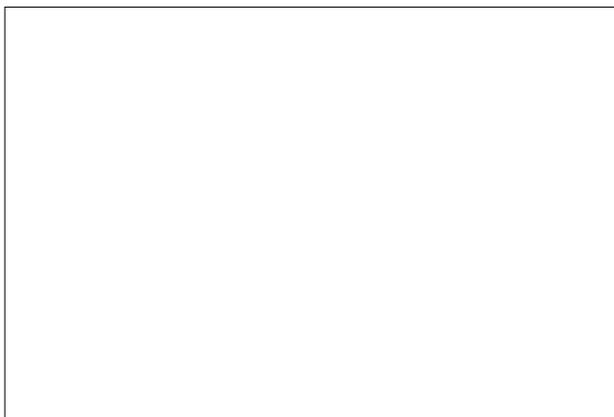
*El hecho de que las redes internacionales de salud hayan asumido tantos desafíos es un tributo a la eficacia de la Comisión.*

Manifestación callejera en Filipinas.



*Las ideologías del crecimiento continuo, el mercado y el liberalismo económico se han convertido en las ideas dominantes de nuestra época.*

Julio Etchaart/Panos Pictures



Niño mendigo a los pies de ciudadanos ricos.

minaron las actividades que proporcionaron las ideas y la energía para la reflexión inicial del CMI sobre la atención de salud. Los diálogos Jenkins / Bryant suscitaron en la gente el sentimiento de que por fin se abordaban las cuestiones cruciales de justicia y atención de salud. Esas conversaciones actuaron como imanes que atrajeron a personas del mundo entero.

Hoy en día, si se interroga a cualquier persona que participe en la atención de salud, dirá que los desafíos -aunque distintos- son tan contundentes como siempre. En todas partes se habla de un entorno mundial que es en sí mismo hostil a la visión de totalidad que el movimiento ecuménico procura encarnar. Las ideologías del crecimiento continuo, el mercado, y el liberalismo económico se han convertido en las ideas

dominantes de nuestra época -aceptadas como inevitables aun entre aquellos a los que privan de poder. En nombre de la atención de salud, se gastan enormes recursos en ingeniería genética y en terapias que no van a satisfacer las necesidades de salud del

90% de la población mundial. Mientras tanto, crece la convicción de que los modelos de atención de salud basados en la ciencia no arrojan los resultados esperados, combinada con una falta de información del público acerca de las alternativas que se ofrecen.

Konrad Raiser habla de la distinción entre movimiento e institución: la importancia de superar el marco institucional del ecumenismo y de desarrollar el sentido de "movimiento ecuménico". Estos temas quedan fuera del quehacer de la mayoría de las iglesias cristianas y de las instituciones de atención de salud. Y, sin embargo, parecen estar presentes en el aire mismo que respiramos. Tienen que ver con la manera de crear instituciones no exclusivas, de ayudar a las personas a ser autosuficientes, de

hacer que la integridad pueda ser una realidad en las comunidades. Son comunes a todas las culturas, del Norte y del Sur. Son temas para los que están dentro y fuera de las grandes instituciones. Se cuentan entre los temas éticos clave de nuestro tiempo.

En 1997, la Organización Mundial de la Salud renovó su compromiso con "La salud para todos" (véase *La Salud para todos en el siglo XXI, de la OMS*). El desarrollo de un diálogo ético sobre la salud es un aspecto clave de su nueva visión. La promoción de un diálogo ético es un elemento clave, también, en el proyecto cristiano. Es una oportunidad que no se debe perder. Recogiendo el desafío, usando las metodologías y las redes desarrolladas a lo largo de los años, la familia del CMI puede convertirse, una vez más, en líder en el campo del pensamiento internacional sobre la atención de salud. Hará que se amplíe el debate en el seno de las iglesias, lo promoverá en los círculos universitarios y profesionales seculares, y lo presentará de tal forma que pueda ser comprendido por el común de la gente.

*La ética o la moral no es, en primera instancia, un asunto de formulación de normas en las que podamos basar los juicios éticos. Es más bien un proceso por el cual las personas aprenden, en comunidad, la distinción entre el bien y el mal y cómo recorrer el camino hacia una vida humana plena.*

Konrad Raiser, en "To Be The Church"

En las tres secciones siguientes se proponen temas concretos dentro de las tres amplias esferas de interés señaladas más arriba. A cada tema le sigue una cita y una descripción de la situación. También se presenta una referencia bíblica para su lectura en relación con el tema expuesto. Invitamos a los lectores a que lean y reflexionen acerca de estos temas concretos y nos hagan llegar sus eventuales observaciones o sugerencias. Quizá quieran explicar cómo estos temas los afectan personalmente y cómo afectan a su comunidad. Tal vez podrían contarnos lo que se está haciendo en su región para abordar alguno de estos temas. Acaso deseen manifestar alguna inquietud especial.

**Para enviarnos sus observaciones, sírvanse utilizar el espacio previsto en la página 53**

## TEMAS DE DEBATE

# LA MORAL Y EL MERCADO

### 1. Privatización de la atención de la salud

*Los gobiernos deben promover una mayor diversidad y competencia en la financiación y prestación de los servicios de salud. La financiación estatal de la salud pública y los servicios clínicos esenciales dejaría la cobertura de los servicios clínicos restantes en manos de la financiación privada, por lo general mediante sistemas de seguros, o de seguridad social.*

Invertir en Salud, Banco Mundial, 1993

*La visión ecuménica cuestiona todas las estructuras que producen exclusión.*

Konrad Raiser, en "To Be The Church"

En todo el mundo los servicios de salud pública están bajo presión. Costos cada vez más altos de la atención de salud, crecimiento de la tecnología, mayor número de ancianos, efecto catastrófico de la infección por VIH, reducción de las donaciones, crecimiento de las clases medias con altas expectativas en cuanto a la calidad: en muchos países, en el Norte y en el Sur, los organismos oficiales de atención de salud están trastabillando bajo el peso combinado de todos estos factores. En su Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, el Banco Mundial recomendó una restauración parcial de los modelos médicos de la atención de salud, que son mucho más simples de evaluar que el complejo proceso que tiene lugar en la atención de salud basada en la comunidad. Al mismo tiempo, recomendó (véase supra) que los países se orientaran hacia la privatización de los servicios de salud: sugerencias éstas que han producido escalofríos en mucha gente, que veía desaparecer así los logros de los últimos 20 años.

¿Es la privatización de la atención de salud un problema en su región? ¿Es, en general, algo bueno o malo? ¿Qué puede hacerse para vigilar los efectos de la atención de salud privatizada? El pasaje bíblico sugerido para acompañar esta discusión es: Lucas 19: 11-27.

*Cada vez son más las personas que nunca se beneficiarán del nuevo orden económico mundializador.*

### 2. Mundialización

*El surgimiento durante las últimas décadas de estructuras de comunicación, financieras y económicas transnacionales y de un alcance cada vez más mundial ha creado una unidad mundial de carácter particular. Es evidente que el costo de esa unidad mundial ha sido una fragmentación creciente de la sociedad y la exclusión de más y más personas de la familia humana.*

Hacia un Entendimiento y una Visión Comunes del Consejo Mundial de Iglesias (CMI, 1997)

*Todas las relaciones dentro de la sociedad civil están basadas en un sentido de obligación moral y confianza básica en la fiabilidad del orden social. Bajo el impacto de la mundialización agresiva y la propagación de valores materialistas, este entramado moral esencial comienza a deteriorarse.*

Konrad Raiser, en "To Be The Church "

Gradualmente, a lo largo de los últimos diez años, el poder de los gobiernos nacionales se ha ido erosionando. En Chile, por ejemplo, el gobierno se ha visto presionado para pagar sus deudas y hacer que la población pague por la atención de salud y otros servicios. En consecuencia, mucha gente no busca ayuda cuando la necesita. Asimismo, la televisión, los viajes rápidos y las redes internacionales de comunicación crean la ilusión de que somos un solo mundo, con valores compartidos. De hecho, cada vez son más las personas que nunca se beneficiarán del nuevo orden económico mundializador.

¿Qué indicios de mundialización encuentran en sus propias vidas? ¿Son buenos, nocivos, o ambas cosas a la vez? ¿Qué puede hacer una red cristiana de salud para contrarrestar los efectos nocivos de la mundialización? El pasaje bíblico sugerido para acompañar esta discusión es: Salmo 19: 1-4.

### 3. ¿Hospital y comunidad?

*El criterio para volver a evaluar las estructuras institucionales de las organizaciones ecuménicas debe ser el siguiente: ¿Están sus actividades y su forma de funcionamiento dirigidas a construir y nutrir el tipo de relaciones entre las iglesias que hacen posible la vida y el testimonio comunes de las comunidades cristianas locales como comunidades de esperanza?*

Konrad Raiser, en "To Be The Church"

Se ha hablado mucho acerca de la relación entre los servicios de salud controlados por el hospital y los controlados por la comunidad. En cierto sentido, fue por aquí por donde empezó la labor de la Comisión Médica Cristiana en 1968. Hoy, se ha progresado enormemente en la creación de servicios de salud comunitarios viables. Aun así, actualmente son pocos los que cuestionan el papel fundamental desempeñado por el hospital dando respaldo a esos servicios. Ha quedado atrás la época en que la OMS, la CMC y otros organismos podían sostener que los servicios terciarios debían desaparecer. La investigación, el sistema de envío de casos, la formación y los recursos financieros del hospital son esenciales para el sistema en su conjunto. Además, en muchas zonas están reapareciendo los hospitales de misión, con reservas tal vez, y en respuesta a situaciones nacionales desesperadas, pero formando parte, de todos modos, del ministerio de la iglesia en todo el mundo. El pensamiento contemporáneo sobre la sociedad civil atribuye gran importancia a la función que estas instituciones de tamaño medio desempeñan en el fortalecimiento de la vida de las comunidades y las naciones.

¿Cuál es la relación entre los servicios de salud controlados por el hospital y los controlados por la comunidad en su región? ¿Cuál les gustaría que fuese la relación ideal? ¿Qué podría hacerse para ayudar a que esto se hiciera realidad? El pasaje bíblico sugerido es: Mateo 22: 15-21

## EL DESAFÍO DE LA BIOÉTICA

### 1. Ingeniería genética

*La dinámica central de la visión ecuménica es la convicción de que las posibilidades de la vida se enaltecen para todos cuando son compartidas.*

Konrad Raiser, en "To Be The Church"

*Las hazañas técnicas que parecen capaces de producir seres humanos hechos de medida se deben pagar con una enorme tajada del presupuesto mundialmente disponible para la salud.*

Los sentimientos tienden a exacerbarse cuando se habla de ingeniería genética. La clonación de animales, por ejemplo, es el primer paso hacia la clonación de los seres humanos, y esto puede abrir la puerta a todo tipo de manipulaciones políticas y sociales. En la imaginación -y quizás en la realidad- se convierte en un instrumento para asegurar la pureza étnica, o para producir bebés varones, trabajadores, o una fuente inagotable de réplicas de este o aquel dictador. Pero no se puede detener el progreso de la tecnología, ni sería conveniente. Fue la ciencia, después de todo, la que produjo la tecnología del agua potable, los antisépticos y la vacunación. Más aún, el avance científico tiene su propio impulso. Si la evolución científica resulta posible, tendrá lugar siempre que alguien la desee lo suficiente y esté dispuesto a costearla.

La tarea de la ciencia es dictaminar qué se puede hacer. Decidir qué debería ser hecho es una cuestión para el especialista en ética, cuyos criterios tendrán que ver con los valores, la dignidad humana y la calidad de vida. Mucho de lo que sucede respecto del progreso científico permanece ampliamente ignorado por la mayoría de los profesionales de la salud, porque parece no tener contacto alguno con su mundo. Y sin embargo lo tiene. Las hazañas técnicas que parecen capaces de producir seres humanos hechos de medida se deben pagar con una enorme tajada del presupuesto mundialmente disponible para la salud: un presupuesto que, en muchas partes del mundo, por lo general no es suficiente para pagar los servicios básicos de salud pública de 1.100 millones de personas que actualmente viven en situación de extrema pobreza. Y esto es realmente un tema para un debate ético.

¿Cuál sería su visión de un servicio de salud integrado y saneado? ¿Qué problemas éticos se plantean a los profesionales de salud cristianos a la hora de tomar decisiones acerca del dinero que se gasta en la investigación científica? El pasaje bíblico sugerido para acompañar esta discusión es: I Corintios, 12-31.

## 2. Control demográfico

*La visión ecuménica procura fortalecer los procesos que curan las relaciones rotas e intensifican la viabilidad de las comunidades humanas. Por lo tanto, cuestiona todas las nociones de derechos humanos y de libertad humana que no tengan en cuenta el bien común y los derechos, la dignidad y la libertad de los demás.*

Konrad Raiser, en "To Be The Church"

El control demográfico es un tema profundamente controvertido, y un enorme desafío a la organización ecuménica. Fue debatido apasionadamente en la Conferencia Internacional sobre Población de las Naciones Unidas (El Cairo, 1994) y en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer (Pekín, 1995). En consecuencia, las agrupaciones ecuménicas, aterrorizadas ante la perspectiva de agitar las aguas, por lo general evitaron cualquier discusión demasiado específica sobre el asunto. Sin embargo, la contracepción, el aborto y la eutanasia son temas éticos clave de nuestro tiempo, tanto en lo personal como en el desarrollo de comunidades sanas. La confrontación y el recurso a los derechos humanos no siempre son la forma más útil de ocuparse de ellos. Existen otras vías posibles de salida. La experiencia del VIH/SIDA ha dado lugar a una madura reflexión sobre el uso de preservativos. En una declaración de los obispos católicos de los Estados Unidos, se presentan argumentos convincentes en favor de «una ética de vida coherente». En cualquier debate serio sobre la ética de la atención de salud, es difícil pensar que pueda prescindirse de estos temas.

Estos temas suscitan preguntas acerca de la santidad de la vida misma. ¿En qué tipo de sociedad queremos vivir? El pasaje bíblico sugerido es: Zacarías 8: 1-8.

# FE Y CURACIÓN

## 1. Medicina tradicional y pueblos indígenas

*Para los maorí, el bienestar físico es inseparable de lo que es nuestro bienestar espiritual, cultural, ambiental y económico.*

Tara Tautari, Aotearoa - Nueva Zelanda, *Contact* 139, 1997

*Los programas de salud africanos auténticos deben basarse en la interpretación local de las creencias y prácticas tradicionales relativas a la poligamia, la enfermedad, la muerte y el entierro.*

Kwame Bediako, Ghana, *Contact* 136, 1997

*La salud se definió como un dinámico proceso de lucha por la armonía y por la fuente de la vida. También se reconoció que el proceso comprendía el mantenimiento del vínculo entre la naturaleza y la comunidad.*

Delegado a un seminario guatemalteco sobre salud indígena

*Las comunidades tradicionales a menudo tienen un sistema de remedios indígenas que cuestan muy poco y que han soportado la prueba del tiempo.*

Imponer principios médicos occidentales a las comunidades tradicionales es a menudo contraproducente, particularmente cuando esto se combina con una campaña agresiva -como en la comercialización de la leche para bebés de la Nestlé- encaminada a desacreditar los viejos usos. Porque destruye la confianza de las personas en lo que saben y las hace optar por lo que no comprenden, también impide que la comunidad elabore sus propias estrategias de supervivencia en tiempos de crisis. Y aun así, las comunidades tradicionales a menudo tienen una espiritualidad en relación con la salud muy bien desarrollada, así como un sistema de remedios indígenas que cuestan muy poco y que han soportado la prueba del tiempo. Hasta ahora ha habido pocas pruebas objetivas de la eficacia de los medicamentos indígenas, y por ello se niega a los pueblos los recursos necesarios para adoptar decisiones fundamentadas acerca de su propia atención de salud.

¿Qué contribuciones pueden hacer las comunidades indígenas a nuestra comprensión de la curación y la comunidad curada? ¿Cuáles son las ventajas potenciales de experimentar con remedios tradicionales? ¿Es conveniente un equilibrio, y si lo es, cómo se puede lograr? El pasaje bíblico sugerido para acompañar esta discusión es: Marcos 12: 28-34.

## 2. Las iglesias como comunidades de curación

*Dentro y fuera de la congregación hay personas que necesitan de nuestro cuidado y solidaridad. Se trata de los enfermos, de los que se sienten solos, de los impedidos, los oprimidos, los marginados y los que pasan por momentos difíciles como puede ser el divorcio, el desempleo, el embarazo no deseado, etc. Atender a estas personas es una forma de participación de las iglesias en el ministerio de la curación.*

La Salud Integral: la función de las iglesias en la salud, CLAI 1991.

*El Ministerio Bautista de Curación de Bethel, en Kingston (Jamaica) es un servicio de salud integral patrocinado por la congregación. Ofrece servicios médicos en la iglesia con la asistencia de psicólogos y pastores, y para la curación se utilizan tanto la oración y el consejo espiritual como medicamentos. La divisa del Ministerio de Bethel es: "Total curación para el hombre total".*

Consulta del Caribe, Estudio sobre la Salud Integral.

En sus 30 años de existencia, la CMC ha tenido dos mandatos distintos. Uno es el funcional, centrado en las estructuras de la atención de salud y afines. El otro es el mandato de relacionar el ministerio de curación con las congregaciones locales, las iglesias mismas y la vida de los cristianos comunes que van a la iglesia. La Comisión ha vuelto una y otra vez al desafío de desarrollar teologías de espiritualidad y de curación típicamente cristianas, pero siempre parece haberse vuelto atrás para ocuparse de cosas que en ese momento parecían más urgentes.

¿Por qué es éste un desafío oportuno? ¿Se puede decir que la mayoría de las iglesias son «iglesias que ejercen el ministerio de curación»? ¿Cuáles serían las características de una "iglesia curadora"? El pasaje bíblico sugerido es: Efesios 4: 1-16.

## 3. Curación por la fe

La curación por la fe es uno de los principales motivos de preocupación para algunas iglesias, y una fuente de nuevos miembros para otras.

*Diez mil personas fueron anoche al estadio, a ver al curandero. Venía del interior del país, del norte. Si le das dinero, te cura del Slim (SIDA). Entonces, al día siguiente te haces un examen de sangre y estás curado.*

Joven en un ómnibus de Kampala.

*Una de las razones principales para el crecimiento de las iglesias protestantes en China es la práctica de la curación por la fe.*

Pastor chino.

La curación por la fe es uno de los principales motivos de preocupación para algunas iglesias, y una fuente de nuevos miembros para otras. Es particularmente popular entre los cristianos pentecostales. No cabe duda, al parecer, de que a veces funciona. Tampoco cabe duda de que a veces la gente es explotada. A menudo se sostiene que socava gravemente los mensajes fundamentales de la educación sanitaria: por ejemplo, que uno puede ser curado del SIDA, o que puede reemplazar la inmunización de los niños. Pero hay muy pocos indicios concretos que ayuden a las personas a darse cuenta con certeza de que son explotadas.

¿Alguna vez experimentaron, su familia, sus amigos o usted mismo la curación por la fe? ¿Con qué seriedad le parece que debería ser asumida por la iglesia? El pasaje bíblico sugerido para acompañar esta discusión es: Lucas 17: 11-19.

La conciencia de una vocación común es la dinámica profunda del movimiento ecuménico. Por lo tanto, ninguna reforma institucional tendrá éxito a menos que esté acompañada y guiada por el esfuerzo de clarificar y reafirmar la visión ecuménica.

Konrad Raiser en "To Be The Church"

Y las hojas del árbol eran saludables para las naciones.

Apocalipsis 22: 2.

## ESPERAMOS SUS OPINIONES

En estas dos páginas podrán los lectores exponer sus opiniones acerca de las recomendaciones presentadas en la sección anterior.

Sírvanse enviarlas a: *Contact*, Consejo Mundial de Iglesias, C.P. 2100, 1211 Ginebra 2, Suiza.



## PUBLICACIONES ÚTILES

**Dame Nita: Caribbean Woman, World Citizen** (*Dame Nita: Mujer del Caribe, Ciudadana del Mundo*).

Blackman, un viejo amigo de la familia, escribió este libro en 1995, el mismo año en que falleció Dame Nita Barrow, antigua directora de la CMC. Nita había asumido el más alto cargo de su Barbados natal, el de Gobernador General, en 1990. Anteriormente, había sido representante de su país ante las Naciones Unidas. Su actuación en estos dos puestos estaba avalada por la experiencia de toda una vida eligiendo desafíos y oportunidades de aprender y servir. Cada etapa la preparaba para la siguiente.

Traté a Nita Barrow en reuniones internacionales de enfermeras, y, siendo enfermera yo misma, siempre me sentía orgullosa de que su programa de formación de cinco años en el Hospital General de Barbados la hubiese llevado a ocuparse de la salud pública y de la formación de enfermeras en muchos países de habla inglesa del Caribe.

Su labor no sólo ayudó a las enfermeras sino que también contribuyó al mejoramiento de la situación de las mujeres en el mercado del trabajo en el mundo entero. Nita fue presidenta mundial de la ACF y luego presidenta del Consejo Internacional de Educación de Adultos. También desempeñó otra importante fun-

ción de dirección como jefa del Foro de las ONG en la Tercera Asamblea de las Mujeres, celebrada en Nairobi (Kenya) en 1985. En el Consejo Mundial de Iglesias, obtuvo el reconocimiento mundial por su labor y su competencia como Directora de la CMC.

El prestigio de Nita a nivel mundial se pone de manifiesto en los muchos títulos honorarios y galardones que recibió, pero quizá lo más importante sea comprender su deseo de asumir nuevos desafíos y poner en práctica nuevas formas de trabajo. Su biógrafo da ejemplos del espíritu de diplomacia y la competencia que volcaba en las tareas que cumplía. La describe justamente como una persona encantadora, inspiradora, fuerte y acogedora. Nita fue también valiente, justa y fiel a las enseñanzas cristianas en medio de las que fue educada. Fue verdaderamente una buena y fiel servidora, que supo hacer bien todo lo que hizo. Fue también mujer del Caribe y ciudadana del mundo.

*Dame Nita: Caribbean Woman, World Citizen* está publicado en cartón y en rústica por Francis Blackman, Ian Randel Publishers, 206 Old Hope Road, Kingston 6, Jamaica. ISBN 976 81 00 74 5 (edición en rústica).

Reseña de Marilyne Gustafson, Escuela de Enfermería de la Universidad de Minesota, Estados Unidos de América.

*Leí con cierta preocupación sus comentarios sobre los cambios en el horizonte y el futuro de Contact en la última página del número de abril-mayo. Espero sinceramente que se puedan encontrar medios de continuar con esta publicación. Sin poner en duda la necesidad de que el CMI considere la salud integral desde las diversas perspectivas enumeradas, la fuerza de Contact radica en su gran interés práctico. Estoy seguro de que los artículos de la revista han de haber ayudado y alentado enormemente a muchas personas que trabajan en condiciones muy difíciles y desmoralizadoras. A aquellos de nosotros que de alguna manera trabajamos en "una torre de marfil", Contact nos pone en contacto con las realidades de la enfermedad y el sufrimiento y nos ayuda a que nuestro trabajo sea mucho más pertinente. Contact ha sido para mí sumamente esclarecedor y he citado varios artículos en mis recientes publicaciones sobre la reaparición mundial de la tuberculosis. Espero que Contact siga existiendo y tenga cada día más éxito.*

John M. Grange  
Imperial College School of Medicine  
University College London, Reino Unido

*La venta y distribución de la publicación "Where women have no doctor" (reseñada en Contact 145) están marchando muy bien, y en este momento la obra está en vías de traducción al árabe, español, birmano, vietnamita, criollo haitiano, chino, tagalo, hindí, gujerati, maratí (y tal vez algunas lenguas más que puedo haber olvidado). Como ustedes se imaginarán, ¡estamos encantados!*

Jane Maxwell  
Women's Health Editor  
Hesperian Foundation  
Berkeley, California, Estados Unidos de América

## CARTAS

### El futuro de Contact

### Traducciones para las mujeres

## ANUNCIOS



La Dra. Gro Harlem Brundtland

**Una mujer a la cabeza de la OMS**

La Dra. Gro Harlem Brundtland, ambientalista de primer orden y ex primera ministra de Noruega, es la nueva Directora General de la OMS desde el 21 de julio de 1998. En su discurso de aceptación, la Dra. Brundtland expresó su convicción de que las sociedades pueden cambiarse y de que es posible combatir la pobreza. Una de sus metas principales es "ayudar a los países a crear sistemas de salud sostenibles que ayuden a alcanzar objetivos de equidad y a prestar servicios de calidad a todos". Cree la nueva Directora General que la OMS debería respaldar dos proyectos. Uno destinado a hacer retroceder el paludismo y encabezado por África, y el otro dedicado a combatir una de las principales causas de muerte prematura, a saber, el tabaco. "Soy médico", dijo la señora Brundtland, "y creo en la ciencia y la evidencia. Permítaseme declarar hoy aquí que el tabaco es un asesino".

La Dra. Brundtland, primera mujer que llega a la dirección general de la OMS, tiene la firme intención de prestar especial atención a la salud de los pobres. Concluyó su discurso con estas palabras: "Preveo un mundo en el que la solidaridad asocie a los afortunados con los menos favorecidos. Donde nuestros esfuerzos colectivos ayuden a hacer retroceder todas las enfermedades de los pobres. Donde nuestros esfuerzos colectivos aseguren el acceso universal a una atención de salud compasiva y competente. Acercar el mundo un poco más a ese objetivo es lo que nos mueve a la acción".

En su primer día en funciones, la Dra. Brundtland estableció un nuevo código de conducta para la declaración de la situación financiera. En adelante, todos los funcionarios de alto rango, incluida la Directora General y los miembros de su gabinete, tendrán que revelar todos sus intereses financieros y de otra índole en el sector privado. El 24 de julio, la Fundación Rockefeller firmó los docu-

mentos para el establecimiento de un fondo especial de acción por la salud en el mundo, dotado de 2,5 millones de dólares para financiar el proceso de reforma de la OMS.

**La página de la Organización Mundial de la Salud en Internet se encuentra en <http://www.who.ch>**

**Lanzamiento de Initiatives in community action for health** (*Iniciativas de acción comunitaria por la salud*)

Afri-CAN, la Red africana de acción comunitaria por la salud, fundada en Harare en una reunión organizada conjuntamente por la CMC-Acción de las Iglesias por la Salud y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, ha comenzado a publicar su propia revista. Initiatives se publica trimestralmente en francés e inglés y tiene por finalidad destacar iniciativas individuales y colectivas que ayuden a crear una estrategia continental de salud de la comunidad. En el primer número, que apareció en abril de 1998, se planteaba la pregunta "¿Qué pasa con la salud para todos?", y se publica una entrevista con el Dr. Dan Kaseje, ex Director de la CMC, sobre la necesidad de una dirección carismática y democrática en la atención de salud basada en la comunidad. Quienes deseen recibir la revista o afiliarse a Afri-CAN pueden escribir a: Dr. Dan Kaseje, Afri-CAN General Secretary, Afri-CAN Secretariat, PO Box 73860, Nairobi, Kenya. Tel.: 254 2 711416 ó 729095. Fax: 254 2 711918.

**Padres de la Asamblea del CMI**

En la Octava Asamblea del Consejo Mundial de Iglesias, que se celebrará en diciembre en Harare (Zimbabwe), los participantes organizarán padres (que en la lengua shona hablada en Zimbabwe significa «lugar de reunión, especialmente para examinar preocupaciones de la comunidad») sobre los siguientes temas: el trabajo del CMI, los servicios de salud de la iglesia, la discapacidad, la salud de las mujeres, el alcoholismo y el abuso de drogas, y participación de la comunidad y sostenibilidad.



