

Revista internacional de Teología CONCILIUM

e d i t o r i a l v e r b o d i v i n o



TEMA MONOGRÁFICO

SALUD Y CURACIÓN: PERSPECTIVAS ÉTICAS, TEOLÓGICAS Y PASTORALES

Susan Abraham y Stan Chu Ilo (eds.)

FORO TEOLÓGICO

Juan José Tamayo

406

JUNIO 2024

evd

Revista internacional de Teología CONCILIUM



406

JUNIO • 2024

TEMA MONOGRÁFICO

SALUD Y CURACIÓN: PERSPECTIVAS ÉTICAS, TEOLÓGICAS Y PASTORALES

Susan Abraham y Stan Chu Ilo (eds.)

FORO TEOLÓGICO

Juan José Tamayo

evd

Revista internacional de Teología CONCILIUM

Cinco números al año, dedicados cada uno de ellos
a un tema teológico estudiado en forma interdisciplinar.

404

FEBRERO 2024

GUERRA Y PAZ

Bernardeth Caero, Luca Ferracci,
Danny Pilario y Michelle Becka

405

ABRIL 2024

RESURRECCIÓN

Margareta Gruber, Carlos Schickendantz,
Béatrice Faye y Gianluca Montaldi

406

JUNIO 2024

**SALUD Y CURACIÓN: PERSPECTIVAS ÉTICAS,
TEOLÓGICAS Y PASTORALES**

Susan Abraham y Stan Chu Ilo

407

SEPTIEMBRE 2024

ORACIÓN

Anthony John Baptist, Catherine Cornille,
Geraldo De Mori y Stephan van Erp

408

NOVIEMBRE 2024

DANZA, ARTE, RESISTENCIA

Stefanie Knauss, Michel Andraos y Gusztáv Kovács



CONSEJO EDITORIAL

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Susan Abraham - Presidenta
Bernardeth Caero Bustillos - Vicepresidenta
Stan Chu Ilo - Vicepresidente
Luca Ferraci - Vicepresidente
Margareta Gruber, O.S.F. - Vicepresidenta
Leonel Guardado - Vicepresidente

FUNDADORES

Anton van den Boogaard †
Paul Brand †
Yves Congar, O.P. †
Hans Küng †
Johann Baptist Metz †
Karl Rahner, S.J. †
Edward Schillebeeckx, O.P. †

CONSEJO EDITORIAL

Susan Abraham	Berkeley-EE.UU.
Antony John Baptist	Bangalore-India
Steven Battin	Indiana-EE.UU.
Michelle Becka	Wurzburg-Alemania
Bernardeth Caero Bustillos	Cochabamba-Bolivia
Catherine Cornille	Boston-EE.UU.
Gerardo Luiz De Mori, S.J.	Belo Horizonte-Brasil
Massimo Faggioli	Villanova-EE.UU.
Anne-Béatrice Faye, CIC	Dakar-Senegal
Luca Ferracci	Bolonia-Italia
Margareta Gruber, O.S.F.	Vallendar-Alemania
Leonel Guardado	Nueva York-EE.UU.
Stan Chu Ilo	Chicago-EE.UU.
Ludovic Lado, S.J.	N'Djamena-Chad
Albertus Bagus Laksana	Yogyakarta-Indonesia
Silvia Martínez Cano	Madrid-España
Gianluca Montaldi, F.N.	Roma-Italia
Carlos Schickendanz	Santiago-Chile
Stephan van Erp, O.P.	Lovaina-Bélgica
Wai Ching Angela Wong	Sha Tin-Hong Kong

SECRETARÍA GENERAL

Couvent de l'Annonciation
222 rue du Faubourg Saint-Honoré
75008 Paris (Francia)
Correo electrónico: secretariat.concilium@gmail.com
Secretario ejecutivo: Gianluca Montaldi, F.N.
Piazza de' Celestini 2/a, 40123 Bologna (Italia)
<https://concilium-vatican2.org/>



COMITÉ CIENTÍFICO

Regina Ammicht-Quinn	Alemania
Maria Pilar Aquino	Estados Unidos
Mile Babić, O.F.M.	Bosnia y Herzegovina
José Óscar Beozzo	Brasil
Wim Beuken	Bélgica
Maria Clara Bingemer	Brasil
Leonardo Boff	Brasil
Erik Borgman, O.P.	Países Bajos
Christophe Boureux, O.P.	Francia
Lisa Sowle Cahill	Estados Unidos
John Coleman	Estados Unidos
Eamonn Conway	Irlanda
Mary Shaw Copeland	Estados Unidos
Thierry-Marie Courau	Francia
Enrico Galavotti	Italia
Dennis Gira	Francia
Norbert Greinacher	Alemania
Gustavo Gutiérrez, O.P.	Perú
Hille Haker	Estados Unidos
Hermann Häring	Alemania
Linda Hogan	Irlanda
Diego Irarrazaval, C.S.C.	Chile
Werner G. Jeanrond	Suecia
Maureen Junker-Kenny	Irlanda
François Kabasele Lumbala	Rep. Dem. Congo
Karl-Joseph Kuschel	Alemania
Solange Lefebvre	Canadá
Mary-John Mananzan	Filipinas
Daniel Marguerat	Suiza
Alberto Melloni	Italia
Norbert Mette	Alemania
Dietmar Mieth	Alemania
Jürgen Moltmann	Alemania
Paul D. Murray	Reino Unido
Sarojini Nadar	Sudáfrica
Teresa Okure	Nigeria
Agbonkhianmeghe Orobator, S.J.	Kenia
Aloysius Pieris, S.J.	Sri Lanka
Susan A. Ross	Estados Unidos
Giuseppe Ruggieri	Italia
Léonard Santedi Kinkupu	Rep. Dem. Congo
Silvia Scatena	Italia
Paul Schotsmans	Bélgica
Elisabeth Schüssler Fiorenza	Estados Unidos
Jon Sobrino, S.J.	El Salvador
Janet Martin Soskice	Reino Unido
Luiz Carlos Susin, O.F.M.	Brasil
Elsa Tamez	Costa Rica
Christoph Theobald, S.J.	Francia
Andrés Torres Queiruga	España
David Tracy	Estados Unidos
Marciano Vidal	España
João J. Vila-Chã, S.J.	Portugal
Marie-Theres Wacker	Alemania
Elain M. Wainwright	Nueva Zelanda
Felix Wilfred	India
Ellen van Wolde	Países Bajos
Christos Yannaras	Grecia
Johannes Zizioulas	Turquía



CONTENIDO

1. Tema monográfico: SALUD Y CURACIÓN: PERSPECTIVAS ÉTICAS, TEOLÓGICAS Y PASTORALES

Susan Abraham y Stan Chu Ilo: <i>Editorial</i>	7
1.1. Madeline Jarrett: <i>Discapacidad, curación y el problema de los milagros: peligros y posibilidades para la esperanza de los discapacitados</i>	11
1.2. Stan Chu Ilo: <i>Respuesta basada en la fe a la pandemia de COVID-19: evaluación de la respuesta pastoral a la mitigación y la supresión</i>	25
1.3. Valentina Isidoris: <i>El testimonio de Médicos con África (CUAMM) en África</i>	47
1.4. Susan Nedza: <i>Cambio de prioridades para las organizaciones no gubernamentales católicas que operan en América Latina: un modelo de acompañamiento más profundo</i>	57
1.5. M. Therese Lysaught: <i>Resocializar el liderazgo sanitario católico: lecciones de Paul Farmer y el papa Francisco</i>	71
1.6. Tanisha Sparks: <i>Prácticas médicas racistas y su impacto en las mujeres afroamericanas</i>	85
1.7. Cory D. Mitchell: <i>Recursos teológicos para abordar las discapacidades invisibles</i>	97
1.8. Samantha Ropksi: <i>Enfermedad, salud e inequidad sanitaria: una perspectiva afroamericana</i>	111
1.9. Elizabeth Antus: <i>Salud mental: estigma, tabú y heridas ocultas</i>	123

2. Foro Teológico:

Juan José Tamayo: *Ensayo del foro sobre teólogos latinoamericanos* 139

En el centro del ministerio y la misión de Jesús estaba curar a los enfermos. Curar y levantar a los que están abatidos por la enfermedad y todo tipo de dolencias es la vocación de todos los cristianos. La palabra «salvación», *soteria*, no era originalmente un término aplicado a la religión. Era un término médico que significaba «curar» y estaba relacionado con la salud. La salud desde este punto de vista es la salud de toda la persona: en espíritu y mente, tanto consciente como inconsciente, en cuerpo y alma.

La Iglesia existe para curar. En palabras de la Conferencia Episcopal de Estados Unidos:

A imitación fiel de Cristo, la Iglesia ha servido de diversas formas a lo largo de la historia a los enfermos, a los que sufren y a los moribundos. El ferviente servicio de individuos y comunidades ha brindado refugio para el viajero, enfermerías para el enfermo y albergues para niños, adultos y ancianos. [...] Conformando sus esfuerzos según la parábola del buen samaritano del Evangelio, estas comunidades de hombres y mujeres han dado ejemplo de una auténtica cercanía con los que están en necesidad (Lc 10,25-37)¹.

Dada esta importancia central de la salud y la sanación en la Iglesia, nunca se insistirá lo suficiente en la necesidad de una teología de la salud y la sanación. Tal es la perspectiva de *Madeline Jarrett*, que sostiene que una hermenéutica de la discapacidad debe

¹ USCCB, *Directivas éticas y religiosas para organizaciones católicas de servicios médicos y de cuidado de salud*, 6.

infundir nuestras lecturas de los relatos de sanación en la Biblia, conduciendo a lo que ella denomina «esperanza discapacitada».

La tarea de desarrollar una teología de la salud, de la curación y de una pastoral de acompañamiento es hoy más urgente debido al nuevo contexto en el que vivimos tras el brote de COVID-19. Esto se debe a que la misión de curar a los enfermos y de comprender lo que constituye la salud y lo que significa tener salud se ha vuelto más compleja durante el período de la pandemia y después de ella. Como escribe *Stan Chu Ilo* en su contribución a este número, las iglesias y las organizaciones confesionales deben prepararse para futuras pandemias. La comunicación, la creación de confianza y una aceptación básica de la comunidad científica, sus métodos y propuestas para la salud humana deben formar parte de la educación de las comunidades parroquiales. El futuro es incierto más allá de esta pandemia, y nadie sabe cuándo volverá a golpear al mundo la próxima pandemia o epidemia. Cada día surgen nuevas enfermedades infecciosas de las que no solemos oír hablar, y las viejas infecciones se vuelven más complejas debido a la mutación y la resistencia a las terapias disponibles. Mientras que el mundo ha realizado una transición epidemiológica significativa en muchas sociedades, la mayoría de las sociedades del sur global sufren la doble tragedia de las enfermedades infecciosas y no infecciosas. Muchas personas pobres de muchas partes del mundo siguen muriendo de enfermedades prevenibles y tratables, y son más las que mueren de enfermedades no infecciosas controlables debido al lugar en el que nacieron o en el que viven. *Valentina Isidoris* y *Susan Nedza* presentan en sus ensayos estudios de casos de asistencia médica católica con base en Occidente a África y América Latina respectivamente y contribuyen como practicantes de la asistencia sanitaria basada en la justicia. Médicos con África (CUAMM), con sede en Italia, y la Olancho Aid Foundation (OAF), con sede en Estados Unidos, se fundaron sobre un fuerte sentido de la solidaridad con los enfermos y los que sufren. Isidoris rastrea cómo en los últimos setenta años se ha producido una transición del modelo caritativo a otros más basados en la justicia en África, y Nedza habla de las formas integrales de intervención en Honduras que no solo se fijan en los marcadores sanitarios, sino que también acompañan a la gente apoyando la agricultura, la producción de alimentos, la educación y el acceso al agua.

A la luz de esto, la Iglesia debe replantearse su modelo actual de asistencia sanitaria, de intervención sanitaria, de sistemas sanitarios, pasando del modelo de caridad a un modelo de justicia social. Este es el fuerte énfasis de *M. Therese Lysaught*, cuyo ensayo destaca tres prácticas cruciales para cambiar la sanidad católica hacia un modelo de justicia social. Recurriendo al papa Francisco y a Paul Farmer como modelos, Lysaught argumenta que la cultura de «usar y tirar» del modelo neoliberal para la atención sanitaria es profundamente deshumanizadora y destructiva. La «cultura del encuentro» del papa Francisco y el marco de Farmer para resocializar la medicina como remedio son los fundamentos de su argumentación. El modelo de justicia social va más allá de la prevención, el tratamiento y la respuesta humanitaria, hacia un enfoque más proactivo e integrado de la protección y la mejora de la salud. También trata de defender los derechos de los pobres en el desarrollo y la aplicación del sistema sanitario. Al tiempo que se centra en la capacitación de la comunidad a través de un enfoque de la salud y la curación basado en los activos y en el fomento de la agencia de los pobres y aborda algunos de los determinantes sociales, comerciales y religiosos de su salud, el ensayo desafía a los ejecutivos sanitarios estadounidenses a incorporar modelos de acompañamiento en sus políticas.

En la misma línea, los teólogos y los especialistas en ética, al igual que las iglesias, deben replantearse sus actuales teologías de la salud, y de la curación. Las tendencias actuales de la bioética han girado en torno a la ética de la curación y el acceso a una atención de calidad, y a la idoneidad del acompañamiento pastoral de los enfermos y la salud holística. Abordar la ubicación social de los enfermos, las relaciones de poder asimétricas entre los enfermos y quienes les prestan cuidados, y los abusos en el sector sanitario y la desigualdad sanitaria en las sociedades y la desigualdad sanitaria mundial es una búsqueda teológica urgente. *Tanisha Sparks*, una teóloga afroamericana, escribe apasionadamente sobre su experiencia con la atención sanitaria en Estados Unidos, que sigue discriminando a las mujeres negras. Del mismo modo, *Cory Mitchell*, trazando un sorprendente paralelismo entre algunos de los principios de la Doctrina Social Católica (DSC) y la Teoría Crítica de la Raza (TCR), aboga por la aplicación de la reforma sanitaria en Estados Unidos. Las vertientes de la DSC y la TCR,

que se refuerzan mutuamente, pueden impulsar el correctivo urgente que se necesita para proteger las vidas de los afroamericanos.

Por último, dos ensayos de este número abordan el problema de las enfermedades invisibles. Exploran una comprensión más profunda de algunas de las enfermedades invisibles a las que se enfrentan las personas, incluidos los problemas de salud física que escapan a los diagnósticos médicos fáciles, los problemas de salud mental y las heridas interiores del espíritu. *Samantha Ropski* presenta en su ensayo la cuestión de la discapacidad invisible y sus efectos paralizantes, incluso cuando a otras personas más «visiblemente discapacitadas» se les proporciona cierta medida de inclusión y aceptación. Las condiciones invisibles solo pueden salir a la luz en el encuentro narrativo encarnado (una resonancia con otros ensayos de este número que abogan por culturas y teologías del encuentro). Por último, *Elizabeth Antus*, una académica cuyo trabajo se ha centrado en la salud mental, especialmente en torno a la omnipresencia del suicidio entre las poblaciones vulnerables, afirma que la ignorancia estigmatizante en torno al suicidio requiere encuentro, diálogo y acompañamiento. Además, estas actitudes de compasión son también promulgaciones de importancia política y teológica.

Por último, nuestro ensayo del *Foro teológico*, escrito por *Juan José Tamayo*, celebra apropiadamente la vida de tres pensadores latinoamericanos recientemente fallecidos cuya obra ha influido profundamente en la teología latinoamericana: Franz Hinkelammert, Víctor Codina y Enrique Dussel. Como afirma Tamayo, estos teólogos no temían los encuentros, especialmente con múltiples disciplinas y discursos, precisamente porque esos encuentros intelectuales y espirituales profundizaron la llamada a la liberación en América Latina y en el mundo. Este artículo reúne múltiples hilos en el tema: la llamada al acompañamiento, al encuentro y a la presencia respetuosa es tan profundamente católica como latinoamericana. De hecho, los grandes teólogos que nos han precedido nos han dejado el mandato de sanar y liberar al mundo de sus múltiples formas de sufrimiento.

(Traducido del inglés por José Pérez Escobar)

DISCAPACIDAD, CURACIÓN Y EL PROBLEMA DE LOS MILAGROS: PELIGROS Y POSIBILIDADES PARA LA ESPERANZA DE LOS DISCAPACITADOS

Los relatos bíblicos de curaciones milagrosas se presentan a menudo como emblemas de esperanza. Sin embargo, los estudios de la discapacidad llaman la atención sobre diversos problemas teológicos y pastorales que perpetúan estos relatos. Con el objetivo de interrogar críticamente el carácter de esperanza de los discapacitados, este artículo explora las dificultades ineludibles de los relatos de milagros y destaca las percepciones que emergen a través de sus grietas. Cuando se contemplan con una hermenéutica de la discapacidad, estas historias reflejan una poderosa asociación entre discapacidad, potencia y agencia. Aquí, la esperanza discapacitada duradera emerge como una realidad interdependiente inseparable del reconocimiento de la agencia discapacitada y de la creación de espacios sociopolíticos en los que pueda ejercerse.

Introducción

Hace unos años, cuando salía de la biblioteca, una mujer se me acercó y entabló conversación. Poco después de una presentación (poco natu-

* MADELINE JARRETT es candidata al doctorado en Teología Sistemática en el Boston College. Su investigación aborda cuestiones de antropología teológica, en particular en lo que se refiere a las experiencias encarnadas de la gracia y la limitación. También está interesada en la temporalidad, la discapacidad y la teología de Karl Rahner.

Dirección: Boston College Theology Department, Stokes 310N, 140 Commonwealth Ave., Chestnut Hill, MA, 02467 (Estados Unidos). Correo electrónico: jarrettm@bc.edu.

ral) amistosa, me preguntó si todo iba «bien con [mis] piernas». Le di toda la información que estaba dispuesta a dar a una desconocida ese día: que me habían operado varias veces y que estaba «muy bien, gracias». Parecía que no había oído o creído lo de «muy bien», porque, poco después de mi respuesta, me miró con ojos muy abiertos y brillantes: «¿Le importa si rezo para que se curen sus piernas?». Me quedé en silencio, atónita. Ella se apresuró con entusiasmo a llenar el espacio vacío: «Bueno, es que uno de mis amigos ha podido curar a otros con la oración, y he oído tantas historias de milagros... Los milagros pueden ocurrir». Mi personalidad servicial, mi incomodidad con los conflictos y mi capacitismo interiorizado conspiraron contra la expresión de mis verdaderos deseos, y me oí murmurar un vacilante «claro». Puso sus manos sobre mis piernas y rezó enfáticamente a Jesús por mi curación. Inmediatamente después del «amén», respiró hondo y volvió a mirarme con los ojos muy abiertos: «¡¿Ha sentido algo?!».

Para muchos observadores no discapacitados, la esperanza en las personas con discapacidad suele equipararse a la curación. En algunas comunidades religiosas, la esperanza de curación puede manifestarse a través de oraciones individuales o comunitarias por una curación milagrosa. En comunidades religiosas no religiosas o liberales, la esperanza de curación suele manifestarse como fe en los avances médicos y científicos. Aunque ninguno de estos mediadores de la esperanza es intrínsecamente perjudicial, ambos pueden tener implicaciones problemáticas para las experiencias de las personas y comunidades de discapacitados. Este artículo interrogará a las fuentes más a menudo identificadas como mediadoras de la esperanza de los discapacitados, prestando especial atención a los relatos evangélicos de milagros. Aunque estos relatos presentan varios retos teológicos y pastorales serios, una hermenéutica de la discapacidad revela temas que pueden ofrecer un camino a seguir en la construcción de una auténtica esperanza discapacitada.

I. Modelos de discapacidad

Para comprender plenamente las implicaciones del énfasis desequilibrado (milagroso o médico) en la curación para las personas y co-

munidades de discapacitados, es importante señalar brevemente el significado de la discapacidad, que dista mucho de ser evidente para los estudiosos de la discapacidad¹. Estas perspectivas sobre la discapacidad conforman los deseos curativos de formas particulares. El modelo individual de la discapacidad considera la deficiencia principalmente como un problema personal que se aborda mejor mediante la fortaleza de carácter y la resolución ante las dificultades individuales. Este modelo carece de toda concepción de los factores comunitarios, culturales o medioambientales que repercuten en la experiencia de la discapacidad de un individuo. El modelo individual se parece mucho al modelo médico (también denominado modelo de limitación funcional), que concibe la discapacidad como un fenómeno puramente médico. Aquí, los cuerpos y las mentes atípicos se consideran desviados o defectuosos, y «resolver» el «problema» de la discapacidad implica corregir y normalizar a los individuos principalmente a través de la investigación, la intervención y la curación médicas. El modelo médico hace hincapié en tratar al individuo, en lugar de las políticas, estructuras y actitudes sociales que constriñen el florecimiento de los discapacitados. Tanto el modelo individual como el médico avivan el deseo de curación sin matices, presentando la resolución individual, la vaga «superación» y la intervención médica como las principales soluciones a la realidad de la discapacidad.

En reacción contra los modelos individuales y médicos, algunos estudiosos y activistas de la discapacidad han abrazado los modelos sociales de la discapacidad, que no ven la discapacidad como una realidad objetiva, sino como un producto enteramente de las relaciones sociales. Estos modelos se centran en los efectos discapacitantes de la sociedad, calificando toda deficiencia de neutra y considerando la discapacidad como algo totalmente impuesto por la sociedad. A menudo se critican los modelos sociales por no reconocer las dificultades físicas y emocionales muy reales (por ejemplo, el dolor crónico, la pérdida de capacidad, la reducción de los niveles

¹ Véase Alison Kafer, *Feminist, Queer, Crip* (Bloomington, IN: Indiana University Press, 2013), 4-24, o Deborah Creamer, *Disability and Christian Theology: Embodied Limits and Constructive Possibilities* (Nueva York: Oxford University Press, 2009), 13-33.

de energía) que pueden asociarse (aunque no siempre) a la discapacidad.

A la luz de las deficiencias de los modelos individual, médico y social, la estudiosa de la discapacidad Alison Kafer propone un modelo híbrido político-relacional, que sitúa el problema de la discapacidad en los entornos y patrones sociales que excluyen o marginan a ciertos tipos de cuerpos, mentes y comportamientos². Aquí, las actitudes discriminatorias, los edificios inaccesibles y las estrechas ideologías de la normalidad necesitan «tratamiento». El modelo político-relacional afirma la importancia de la investigación y la intervención médicas, al tiempo que reclama la reforma de las estructuras, los entornos y los patrones sociales por los que se excluyen o estigmatizan determinados tipos de cuerpos, mentes y formas de ser. Este modelo también reconoce que la discapacidad no puede equipararse directamente al sufrimiento o al dolor, y que gran parte del sufrimiento que experimentan las comunidades discapacitadas se debe al fracaso de los sistemas políticos o sociales.

En este punto, es importante señalar brevemente una distinción que hacen muchos estudiosos de la discapacidad entre curación [*cure*] y sanación [*healing*]³. La curación es un término técnico, médico, asociado a la eliminación fisiológica de una dolencia concreta determinada médicamente. La sanación, sin embargo, es un término mucho más amplio que afirma que la plenitud puede existir al margen de un resultado médico específico. La sanación implica una transformación socio-relacional. Los imaginarios esperanzadores basados en la sanación, más que en la cura, afirman que la plenitud y la discapacidad pueden coexistir y de hecho lo hacen. El modelo político-relacional afirma que el futuro de las personas discapacitadas debe implicar tanto la atención e intervención médicas, cuando sea posible, como la modificación de las estructuras y actitudes sociopolíticas en favor de la inclusión, el acceso y la sanación. El modelo político-relacional no valoriza ni se opone a la atención médica. Re-

² Véase Kafer, *Feminist, Queer, Crip*, 4-6.

³ Véase Julia Watts Belser, *Loving Our Own Bones: Disability Wisdom and the Spiritual Subversiveness of Knowing Ourselves Whole* (Boston, MA: Beacon, 2023), 135-137.

conoce que el deseo de curación puede coexistir con el deseo de identificarse con orgullo como discapacitado, participar en el activismo sociopolítico y trabajar para dismantlar las estructuras capacitistas.

II. Localizar la esperanza discapacitada

En el contexto norteamericano, el deseo de generar esperanza para las personas discapacitadas se manifiesta a menudo en un compromiso excesivo e incluso obsesivo con los sistemas médicos al servicio del individuo y los modelos médicos de discapacidad. Los paradigmas de esperanza y florecimiento para las personas discapacitadas se hacen inseparables de la intervención médica curativa. Aunque el desarrollo científico y el acceso a la atención médica siguen siendo esenciales, la excesiva confianza en las visiones curativas debe ser interrogada críticamente desde varios puntos de vista. La confianza ilimitada en la capacidad tecnológica para acabar con el sufrimiento puede transformarse rápidamente en una forma pseudopelagiana de soteriología. Stahl escribe de forma conmovedora:

[...] la investigación genética se ha convertido en algo parecido a una forma de salvación en manos de la razón técnica y el poder de la ciencia moderna porque propugna una esperanza escatológica de escapar de la finitud y vivir una vida perfeccionada dentro de una sociedad perfeccionada (y perfectamente controlada)⁴.

Surgen múltiples peligros cuando imaginamos que las experiencias de sufrimiento, dolor e incluso muerte podrían controlarse o erradicarse mediante desarrollos tecnológicos cada vez más avanzados. El desarrollo científico ilimitado y acrítico alimenta los movimientos eugenésicos, que a menudo se basan en el supuesto incorrecto y capacitista de que la discapacidad y el sufrimiento son realidades sinónimas y estrictamente médicas. En este caso, las vidas y experiencias de los discapacitados pasan a definirse y reducirse a

⁴ Devan Stahl, *Disability's Challenge to Theology: Genes, Eugenics, and the Metaphysics of Modern Medicine* (Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press, 2022), 79.

su «defectuosidad», y los paradigmas de salud estrechamente definidos se convierten en fines en sí mismos en lugar de en componentes individuales de una buena vida. Además, muchas personas discapacitadas son muy conscientes de la falibilidad de la medicina y de sus acompañantes sociopolíticos (por ejemplo, los sistemas sanitarios rotos y sesgados). Aunque la búsqueda de curas sigue siendo importante, hay que reconocer las dimensiones ineficaces y limitadas de la intervención médica. La realidad para muchas personas discapacitadas es la imposibilidad o la ineficacia de la curación. Tal vez lo más significativo sea que la atención a las experiencias de los discapacitados ayuda a exponer la forma en que el deseo curativo puede dirigir cantidades desequilibradas de tiempo, financiación y energía a intentar prevenir o negar el declive, el envejecimiento, la discapacidad y la enfermedad, descuidando drásticamente el desarrollo de la capacidad de afrontar, aceptar, encontrar valor e incluso prosperar en medio de estas realidades inevitables. Las visiones curativas sin matices perpetúan las creencias capacitistas de que la discapacidad es incompatible con la posibilidad de prosperar, la alegría y la libertad existencial, y se pasa por alto, se descarta o se desacredita la presencia real de estas realidades en la vida de las personas discapacitadas.

Se pueden establecer interesantes paralelismos entre la excesiva confianza en la «salvación» médica curativa y la excesiva confianza en la expectativa de una curación milagrosa. Ambos intentan proporcionar una sensación de esperanza a las personas discapacitadas, pero, como ya se ha señalado, estos intentos se basan en ecuaciones problemáticas de la discapacidad con el sufrimiento inevitable, y hacen caso omiso de las dimensiones sociopolíticas de la aflicción discapacitante. El énfasis excesivo en los elementos individuales y médicos de la experiencia de los discapacitados desvía y distrae la atención de la urgente necesidad de dismantelar la omnipresente influencia del capacitismo, que sigue siendo para muchos la causa más siniestra del sufrimiento de los discapacitados. También resta poder tanto a los discapacitados como a los no discapacitados para reconocer la belleza, la alegría, la interconexión, la sabiduría y la bondad que surgen en y a través de los cuerpos-mentes discapacitados.

Las deficiencias del imaginario curativo plantean interrogantes sobre la naturaleza de la esperanza no solo en la vida de las personas

discapacitadas, sino también en la de cualquier criatura finita que se enfrente a las inevitables realidades de la limitación y la pérdida de capacidad. ¿Dónde debemos situar la esperanza cuando los sistemas médicos no consiguen ofrecer tratamientos o curas eficaces? ¿Qué puede ofrecer aquí el cristianismo? Los relatos de milagros se presentan a menudo como emblemas de esperanza para las personas discapacitadas. Pero, ¿cómo podemos entender la realización de milagros curativos por parte de Jesús al tiempo que afirmamos la bondad inherente de los cuerpos discapacitados? Algunas personas rezan desesperadamente pidiendo milagros y estos no se producen. ¿Cómo deben entender su relación con Dios las personas con deseos curativos insatisfechos? ¿Qué significa para ellos la esperanza? Algunas personas imaginan las historias de milagros como promesas de curación escatológica. ¿Está condenada la esperanza discapacitada a ser lanzada siempre al *eschaton*? ¿Qué pasa en el ahora con la esperanza discapacitada?

III. La discapacidad y los milagros sanadores

Para empezar a explorar estas cuestiones, recurramos a las Escrituras. Una amplia gama de estudiosos de la discapacidad explora las diversas y complejas manifestaciones de la discapacidad en las Escrituras judías y cristianas⁵. En los evangelios, la discapacidad aparece de tres maneras: 1) en relatos de curaciones milagrosas, 2) como metáfora del pecado, la ignorancia o algún otro fallo moral, o 3) en momentos o relatos en los que el lector tradicional ha asumido la capacidad en el texto⁶. En contextos pastorales, eclesiales y teológicos, la discapacidad suele entrar en la conversación a través del vector de las historias de curación milagrosa. Se suele hacer referencia a estas historias como indicadores del poder del Dios todopoderoso para liberarnos de cualquier «carga», sanar cualquier afección o co-

⁵ Por ejemplo, véase Belser, *Loving*, y Sarah J. Melcher, Mikeal C. Parsons y Amos Yong (eds.), *The Bible and Disability: A Commentary* (Waco, TX: Baylor, 2017).

⁶ Candida R. Moss, «Mark and Matthew», en Sarah J. Melcher, Mikeal C. Parsons y Amos Yong (eds.), *The Bible and Disability: A Commentary* (Waco, TX: Baylor, 2017), 275-302, aquí 275.

mo símbolos de la «totalidad» que se manifestará en el reinado escatológico de Dios⁷. La intención que subyace tras estas interpretaciones suele ser la de encender la esperanza tanto de los discapacitados como de los no discapacitados. Rara vez se presta atención a las desafortunadas consecuencias que estas interpretaciones tienen para los propios discapacitados.

Muchos teólogos contemporáneos de la discapacidad consideran problemáticas las historias bíblicas de curaciones milagrosas por varias razones. En primer lugar, muchos de los relatos milagrosos parecen implicar que la salvación y la discapacidad son experiencias mutuamente excluyentes. En varios puntos del evangelio de Juan, Jesús afirma (por ejemplo, Jn 5,14) y niega (por ejemplo, Jn 9,2-3) una conexión entre discapacidad y pecado, lo que hace que el deslizamiento hacia la búsqueda de discapacitados como chivos expiatorios sea bastante resbaladizo. En los relatos sinópticos de curación, la fe y la curación están íntimamente ligadas, al igual que la discapacidad y el pecado (por ejemplo, Mc 2,1-12; véase también Lc 5,17-26)⁸. Estos relatos apoyan la suposición de que la discapacidad es un defecto o una disminución, en lugar de una faceta neutral de la diversidad humana, y parecen situar el problema de la discapacidad principalmente en los cuerpos discapacitados, en lugar de en las imposiciones políticas y sociales del capacitismo. Las historias de milagros también pueden resultar problemáticas por la forma en que parecen confiar en la erradicación de la deficiencia para resolver la exclusión provocada por el ser humano, desviando la atención y la energía del desarrollo de estructuras políticas y sociales accesibles e inclusivas. La dimensión escatológica de los milagros también es significativa, ya que algunos interpretan los milagros como indicaciones de que no habrá discapacidad en el cielo⁹. Los estudiosos de la discapacidad cuestionan esta suposición,

⁷ Aquí es interesante observar que el cuerpo resucitado de Jesús conservaba las marcas de las heridas de la cruz, que Nancy Eiesland presenta como una imagen de un Dios simultáneamente discapacitado y resucitado; véase Nancy Eiesland, *The Disabled God: Toward a Liberatory Theology of Disability* (Nashville, TN: Abingdon Press, 1994).

⁸ Moss, «Mark», 284.

⁹ Esta suposición puede complejizarse utilizando los relatos de autoamputación, véase Moss, «Mark», 291-294; o utilizando la imagen de Jesús resucitado

señalando que su discapacidad es una parte absolutamente fundamental de su autocomprensión, por lo que eliminarla sería borrar una parte importante y valiosa de la identidad que Dios les ha dado.

Aquí también hay varias implicaciones pastorales que considerar. En las homilías o en las aplicaciones interpersonales, a menudo se hace referencia a los milagros de curación de formas que instrumentalizan o reducen los cuerpos, las mentes y las experiencias de las personas discapacitadas a lecciones que edifican e inspiran a los oyentes no discapacitados. En casos extremos, también se han utilizado para sugerir que la falta de curación milagrosa se debe al fracaso de la fe del discapacitado¹⁰. Como mínimo, plantean difíciles cuestiones pastorales: ¿Cómo debemos entender las situaciones en las que no se produce una curación milagrosa? ¿La falta de un milagro apasionadamente deseado señala la insuficiencia de la vida de fe de una persona discapacitada? ¿Utiliza Dios el sufrimiento de una persona para manifestar su voluntad? Las implicaciones de estas preguntas se deslizan con demasiada facilidad hacia la perpetuación del chivo expiatorio de los discapacitados, su instrumentalización y/o su exclusión de los espacios eclesiales. Para las personas discapacitadas, el énfasis en la curación milagrosa también puede distorsionar su relación con su mismidad discapacitada: mientras uno sigue esperando y deseando una curación, la posibilidad de la experiencia encarnada de la bondad, la esperanza y el florecimiento parece quedar siempre aplazada para el futuro, lo que resta poder a la propia capacidad de comprometerse de forma significativa con el presente como mediador de la vitalidad agraciada.

Aunque las lecturas tradicionales de los milagros evangélicos parecen sugerir que la discapacidad es un problema cuya respuesta más adecuada es la curación por parte de Jesús (y la cantidad adecuada de fe), entre las grietas de las dificultades ineludibles de estos textos surgen valiosas reflexiones sobre la subjetividad discapacitada¹¹. La teóloga y rabina Julia Watts Belser ofrece una perspicaz inter-

y herido, véase Eiesland, *The Disabled God*, 98-105.

¹⁰ Véase Moss, «Mark», 284-285 para un relato inquietante de la muerte de un niño autista durante una liturgia de oración.

¹¹ Véase Moss, «Mark», 299. Existen numerosas pruebas que apoyan estas lecturas y, como ya se ha señalado, es importante prestar atención a sus implicaciones.

pretación de la curación del hombre en el estanque de Betesda (Jn 5,1-15)¹². En el relato, Jesús cura a un hombre que llevaba enfermo treinta y ocho años. El hombre había estado esperando junto a las aguas curativas, pero no había nadie que quisiera meterlo en el estanque. Jesús pregunta al hombre si quiere ser curado y, tras la respuesta afirmativa del hombre, Jesús le invita a levantarse y caminar. En primer lugar, Watts Belser señala los elementos ineludiblemente problemáticos del texto: su tono antisemita (vv. 16.18) y la asociación que se hace entre pecado y enfermedad (v. 14). Junto a estas dificultades, Watts Belser destaca lo que para ella es el momento más importante del relato: «[...] no es el momento en que el hombre levanta su estera ni el momento en que deja atrás la piscina. Es el momento en que Jesús le ofrece una elección, cuando le plantea la pregunta»¹³. En la pregunta que Jesús hace («¿quieres ser curado?», v. 6), Jesús reconoce e invita a la vez al ejercicio del albedrío del hombre discapacitado. Dada su respuesta a Jesús en el versículo 7, podemos suponer sin temor a equivocarnos que nadie más se detuvo a preguntarle si quería ayuda para acceder a la piscina; durante treinta y ocho años, las aguas curativas permanecieron inaccesibles para él. La interacción de Jesús con este hombre ofrece un ejemplo de lo que significa crear acceso e invitar al ejercicio de la agencia de los discapacitados, que tan a menudo se ve socavada en interacciones paternalistas y/o instrumentalizadoras entre discapacitados y no discapacitados.

La porosidad, que parece estar relacionada con la agencia, es otro tema que surge en las lecturas cercanas de algunos milagros de curación del evangelio. Candida Moss ofrece una interpretación de la curación milagrosa de la mujer con flujo de sangre, que se produce en medio del viaje de Jesús para curar a la hija enferma de Jairo (Mc 5,21-43; véase también Lc 8,43-48)¹⁴. Moss señala que la progresión de la condición de la mujer de enferma y femenina a seca, sana y masculina es típica de las curaciones basadas en la fe de Marcos. Sin embargo, la mecánica de este relato de curación en particular es inusual. En los versículos 27-30, la mujer con el flujo de san-

¹² Véase Belser, *Loving*, 137-138.

¹³ Belser, *Loving*, 137.

¹⁴ Véase Moss, «Mark», 289-291.

gre inicia su propia curación «arrancando poder de un Jesús desprevenido»¹⁵. Jesús se sorprende al sentir que su poder fluye incontrolablemente de su cuerpo al contacto de la mujer. Aquí, su cuerpo es representado como poroso –incontrolablemente agujereado– al igual que la mujer con el flujo de sangre. Aunque el evangelio de Marcos suele promover asociaciones problemáticas entre la fe y la capacidad corporal/salud, la representación de Jesús como poroso, agujereado e incapaz de regular su flujo de poder en este relato es significativa. Socava las interpretaciones directas de la relación entre enfermedad y poder. Moss escribe: «Puede que la naturaleza de su porosidad permita al Jesús de Marcos curar a los demás, pero su constitución fisiológica se asemeja a la de los enfermos y las personas enfermas. [...] Sus poderes funcionan siguiendo las vías de la debilidad corporal y la enfermedad, filtrándose incontrolablemente a través de su piel rota»¹⁶. Los medios por los que Jesús ejerce su poder no son controlados ni limpios, sino desordenados e inevitablemente impactados por la gente que le rodea. Llamativamente, la mujer discapacitada ejerce control sobre el cuerpo del salvador sanador, lo que sugiere que la potencia divina tiene un carácter altamente interdependiente. La subjetividad de Jesús aquí no es independiente ni impenetrable, sino que responde ineludiblemente al ejercicio del albedrío de la mujer discapacitada. La porosidad –uno de los rasgos distintivos de los cuerpos inferiores y enfermizos– se representa aquí como algo simultáneamente vulnerable, relacional y poderoso.

La historia del ciego de Betsaida también refleja la porosidad desordenada del poder de Jesús. En Marcos 8,22-25, un ciego y sus amigos piden a Jesús que los cure. Una vez apartado de los ojos (presumiblemente embobados) de la gente del pueblo, Jesús escupe sobre los ojos del hombre y le toca. Entonces, «Jesús preguntó: “¿Ves algo?”. El ciego levantó la vista y dijo: “Veo a unos hombres. Parecen árboles, que caminan”. Jesús volvió a poner sus manos sobre los ojos del hombre y le dijo que mirara hacia arriba. Entonces quedó curado y lo vio todo bien» (vv. 23-25). El contacto íntimo con la saliva de Jesús que pareció requerirse en este encuentro milagroso afirma

¹⁵ Moss, «Mark», 289.

¹⁶ Moss, «Mark», 290-291.

la porosidad como mediadora de la potencia. Además, nótese que, tras su primer contacto, Jesús no sabía (ni suponía saber) lo que el ciego podía ver. Jesús preguntó al hombre por su experiencia y reaccionó en consecuencia. Como en el relato de la mujer con el flujo de sangre, el ejercicio del poder a través de la porosidad está mediado por una interacción interdependiente entre Jesús y el individuo, lo que sugiere que el funcionamiento del poder divino está relacionado con la agencia y la aportación de la persona discapacitada. Cada uno de los relatos milagrosos mencionados desplaza la cuestión de dónde residen la autoridad y el poder en las interacciones curativas. De forma sutil pero crítica, Jesús reconoce la agencia, el poder y la autoridad epistemológica del hombre de la piscina, de la mujer con flujo de sangre y del ciego de Betsaida. En una sociedad asolada por el capacitismo (y su infantilización, paternalismo y desempoderamiento concomitantes) estas historias recuerdan a los lectores –discapacitados y no discapacitados por igual– la importancia de reconocer a las personas discapacitadas como fuentes de sabiduría y poder agencial por derecho propio.

IV. Conclusión

A la luz de las implicaciones perjudiciales que pueden tener para las comunidades de discapacitados, no debemos arrendarnos ante las dificultades que presentan los milagros de curación evangélicos. Junto a sus dificultades, sin embargo, emergen percepciones de importancia crítica sobre el papel de las personas y comunidades discapacitadas en nuestros tejidos sociopolíticos y eclesiales. Donde las vidas de los discapacitados se reducen a nada más que un sufrimiento sombrío e indefenso; donde las experiencias de los discapacitados se instrumentalizan como objetos sobre los que se puede proyectar la edificación de los no discapacitados; donde los no discapacitados presumen de saber qué es lo mejor para los discapacitados y les niegan el poder de determinar su futuro mediante la participación en las estructuras políticas, eclesiales e institucionales; donde el poder se identifica como una realidad independiente y ordenada que fluye desde el centro de la sociedad; y donde, aparte de la posibilidad de una curación milagrosa o médica, se niega cualquier sentido

de esperanza auténtica, texturizada y discapacitada, las historias milagrosas abren pequeñas ventanas por las que emerge otra visión de la esperanza discapacitada como la reclamación de la presencia, la agencia, la defensa y el poder interdependiente en los espacios políticos, sociales y eclesiales. Aquí, la esperanza (y la auténtica curación) no dirige su energía principalmente hacia los milagros ni se aferra a lejanas posibilidades de curación, sino que se nutre a través del reconocimiento, el cultivo y la puesta en práctica comunitarios del ejercicio de la agencia de los discapacitados.

(Traducido del inglés por José Pérez Escobar)