

EL CAPELLÁN EN EL HOSPITAL Y EN EL COMITÉ DE BIOÉTICA

Tesina

Autor: José Joaquín Morales Arriero

Director: Vicente Bellver Capella

MASTER DE BIOÉTICA – ICEB

(Instituto para Consulta y Especialización Bioética)

3º Edición 2007/2008

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	4
I. 1. Actualidad y problemática	6
I. 2. Estado de la cuestión	9
II. RECORRIDO HISTÓRICO	11
II. 1. EL CUIDADO DEL ENFERMO DESDE JESUCRISTO	11
II. 2. EN LA HISTORIA DE LA IGLESIA	12
II. 2. 1. Hasta el Edicto de Milán	12
II. 2. 2. Desde el Edicto de Milán	15
II. 2. 3. En la Edad Media	17
II. 2. 4. Desde el Renacimiento	19
II. 2. 5. En América Latina	20
II. 2. 6. En Europa	22
II. 2. 7. En la Época Moderna	23
III. PASTORAL DE LA SALUD Y DEL ENFERMO	25
III. 1. ¿Qué es la Pastoral de la Salud?	25
III. 2. Naturaleza de la Pastoral de la Salud y sus Agentes	26
IV. LA ASISTENCIA RELIGIOSA EN LOS HOSPITALES	30
V. LEGISLACIÓN	34
V: 1. Durante la dictadura de Franco	34
V: 2. Desde la Democracia	35
V. 2. 1. Acuerdo Santa Sede con el Estado Español de 28 de julio de 1976	36
V. 2. 2. Acuerdo Santa Sede-Gobierno Español de 3 de enero de 1979	36
V. 2. 3. Ley Orgánica de Libertad Religiosa (5 de julio de 1980)	37
V. 2. 4. Acuerdo Nacional de 24 de junio de 1985	38

V. 2. 5. Convenio Nacional del 23 de abril de 1986	40
V. 3. En las Comunidades Autónomas	41
V. 3. 1. Cataluña	41
V. 3. 2. Madrid	43
V. 3. 3. Valencia	43
V. 3. 4. Andalucía	43
V. 3. 5. Castilla-León	44
VI. COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL	45
VI. 1. Hechos históricos que motivaron su nacimiento	45
VI. 2. ¿Qué es un Comité de Ética Asistencial?	48
VI. 3. Composición de un CEA	50
VI. 4. ¿Cuáles son sus funciones?	51
VI. 5. INSALUD	55
VI. 6. DECRETOS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	56
VI. 6. 1. Cataluña	57
VI. 6. 2. País Vasco	58
VI. 6. 3. Galicia	58
VI. 6. 4. Navarra	59
VI. 6. 5. Andalucía	59
VI. 6. 6. Castilla-León	60
VI. 6. 7. Madrid	61
VI. 6. 8. Comunidad Valenciana	63
VI. 6. 9. Región de Murcia	64
VI. 6. 10. Principado de Asturias	65
VI. 6. 11. Castilla la Mancha	65
VI. 6. 12. Canarias	66
VII. CONCLUSIONES	67
VII. 1. El Capellán en el Hospital	67
VII. 2. El Capellán en el Comité de Ética Asistencial	69
BIBLIOGRAFÍA	75

I. INTRODUCCIÓN

“Puede ser que la medicina, en cuanto ciencia y a la vez arte de curar descubra en el vasto terreno del sufrimiento del hombre el sector más conocido, el identificado con mayor precisión y relativamente más compensado por los métodos del 'reaccionar' (es decir, de la terapéutica). Sin embargo, éste es sólo un sector. El terreno del sufrimiento humano es mucho más vasto, mucho más variado y pluridimensional. El hombre sufre de modos diversos, no siempre considerados por la medicina, ni siquiera en sus más avanzadas ramificaciones. El sufrimiento es algo todavía más amplio que la enfermedad, más complejo y a la vez aún más profundamente enraizado en la humanidad misma. Una cierta idea de este problema nos viene de la distinción entre sufrimiento físico y sufrimiento moral. Esta distinción toma como fundamento la doble dimensión del ser humano, e indica el elemento corporal y espiritual como el inmediato o directo sujeto del sufrimiento. Aunque se puedan usar como sinónimos, hasta un cierto punto, las palabras 'sufrimiento' y 'dolor', el sufrimiento físico se da cuando de cualquier manera 'duele el cuerpo', mientras que el sufrimiento moral es 'dolor del alma'. Se trata, en efecto, del dolor de tipo espiritual, y no sólo de la dimensión 'psíquica' del dolor que acompaña tanto el sufrimiento moral como el físico. La extensión y la multiformidad del sufrimiento moral no son ciertamente menores que las del físico; pero a la vez aquél aparece como menos identificado y menos alcanzable por la terapéutica.”¹

“Dentro de cada sufrimiento experimentado por el hombre, y también en lo profundo del mundo del sufrimiento, aparece inevitablemente la pregunta: ¿por qué? Es una pregunta acerca de la causa, la razón; una pregunta acerca de la finalidad (para qué); en definitiva, acerca del sentido. Esta no sólo acompaña al sufrimiento

1 JUAN PABLO II, Carta Apost., Salvici Doloris, 11 febrero 1984, n.5

humano, sino que parece determinar incluso el contenido humano, eso por lo que el sufrimiento es propiamente sufrimiento humano.

Obviamente, el dolor, sobre todo el físico, está ampliamente difundido en el mundo de los animales. Pero solamente el hombre, cuando sufre, sabe que sufre y se pregunta por qué; y sufre de manera humanamente aún más profunda si no encuentra una respuesta satisfactoria. Esta es una pregunta difícil, como lo es otra muy afín, es decir, la que se refiere al mal: ¿Por qué el mal? ¿Por qué el mal en el mundo? Cuando ponemos la pregunta de esta manera, hacemos siempre, al menos en cierta medida, una pregunta también sobre el sufrimiento.

Ambas preguntas son difíciles cuando las hace el hombre al hombre, los hombres a los hombres, como también cuando el hombre las hace a Dios. En efecto, el hombre no hace esta pregunta al mundo, aunque muchas veces el sufrimiento provenga de él, sino que la hace a Dios como Creador y Señor del mundo.

Y es bien sabido que en la línea de esta pregunta se llega no sólo a múltiples frustraciones y conflictos en la relación del hombre con Dios, sino que sucede incluso que se llega a la negación misma de Dios. En efecto, si la existencia del mundo abre casi la mirada del alma humana a la existencia de Dios, a su sabiduría, poder y magnificencia, el mal y el sufrimiento parecen ofuscar esta imagen, a veces de modo radical, tanto más en el drama diario de tantos sufrimientos sin culpa y de tantas culpas sin una adecuada pena. Por ello, esta circunstancia -tal vez más aún que cualquier otra- indica cuán importante es la pregunta sobre el sentido del sufrimiento y con qué agudeza es preciso tratar tanto la pregunta misma como las posibles respuestas a dar.”²

2 JUAN PABLO II, Carta Apost., Salvici Doloris, 11 febrero 1984, n.9

He querido dar comienzo al presente trabajo con estas dos citas del venerado Juan Pablo II porque enmarcan perfectamente el sentido que pretendo darle.

La verdad es que si hubiese dado a mi estudio un carácter meramente legal y jurídico habría terminado en muy pocas páginas y habría sido bastante aburrido. Por ello desde el principio pensé hacerlo desde el punto de vista histórico, pastoral y jurídico, para darle una mayor amplitud e interés.

I. 1. Actualidad y problemática

Pero, mira por dónde, durante el desarrollo de mi trabajo saltó la polémica en los medios de comunicación. No voy a entrar a responder a esas críticas infundadas y malintencionadas, porque ya lo hicieron varios artículos e intervenciones en distintos medios, pero sí quiero decir que mi sencillo trabajo creo que puede servir también de respuesta fundamentada a los ataques contra la posible presencia de los capellanes en los Comités de Ética Asistencial.

De nuevo, la bioética se convierte en cuestión polémica, controvertida. En este caso, a cuenta de la noticia, aireada en el mes de abril, de la presencia de los curas en los Comités de Ética Asistencial en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid. Los medios, con frecuencia, tergiversan la realidad. Así, rezaba un titular que “los comités de Ética Asistencial son los que deciden la aplicación de la sedación o la eutanasia en los cuidados paliativos”. Es inexacto e incierto.

Los Comités de Ética Asistencial (CEA) son un órgano de carácter consultivo y entre las funciones expresamente excluidas de su

competencia está la toma de decisiones vinculantes o el subrogarse en la responsabilidad de quien presenta una consulta. Es decir, las decisiones de carácter clínico le corresponden al médico siempre. El Comité tan sólo emite informes no vinculantes a solicitud de un profesional que desea consultarle sobre aspectos éticos. No puede tampoco juzgar la corrección o incorrección ética de la actuación de un profesional.

Respecto a su composición, suele ser plural; es decir, médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, juristas, expertos en bioética, miembros “legos” ajenos a la institución, etc. En aquellas instituciones en las que se cuenta con asistencia religiosa católica, los sacerdotes suelen pertenecer a los CEA. Entre otras cosas, porque no es fácil encontrar a personas disponibles para participar en esos grupos, y los capellanes suelen estarlo.

En los hospitales públicos rige un Acuerdo Iglesia-Estado sobre Asistencia Religiosa Católica en los Centros Hospitalarios Públicos de 1985, que se enmarca en los acuerdos entre el Estado y la Santa Sede de 1979. Es en ese contexto en el que se firma el polémico Convenio entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el Arzobispado madrileño. Dicho Convenio se firmó en 1997 y ahora en 2008. En él se dice que el Servicio de Asistencia Religiosa, a través de sus legítimos representantes, formará parte del Comité de Ética y del Equipo Interdisciplinar de cuidados paliativos.

¿Deben los sacerdotes formar parte de los Comités? La tradición ha atribuido al clero cierta autoridad en el manejo de los temas morales. De algún modo, la sociedad le reconocía el papel de “guía moral” o depositarios de la verdad moral. Hoy, en la España del siglo XXI, las cosas han cambiado mucho. La pluralidad de nuestra sociedad hace que convivan diversos “universos morales”, superando el escenario del pasado en el que había un único “código moral” que era el católico. Entonces, nadie ponía en cuestión que los intérpretes del código fueran los sacerdotes.

La pregunta podría reformularse en estos términos: ¿qué sacerdotes en los Comités? El sacerdote –el creyente, en definitiva- que quiera tener cierta “autoridad” en temas de bioética y asistencia a la persona enferma, deberá ser creíble por sus actos, por su formación seria y rigurosa en bioética, por su talante abierto y dialogante, por su capacidad de reconocer en el otro, en el que no piensa como él, su parte de verdad moral, por su capacidad de trabajar en equipo como iguales.

Porque, de hecho, los miembros del Comité lo son a título personal y no en razón de su cargo; es decir, cuando un médico habla en un Comité no representa a los médicos, ni cuando una enfermera habla lo hace en nombre del colectivo de enfermería; no es así en los CEA, sino que, al contrario, cada uno habla desde su experiencia y opinión personalísima, tratando de fundamentarla racionalmente.

La inclusión de representantes religiosos en los Comités de Ética hospitalaria es una práctica habitual a nivel internacional y recomendada por la UNESCO. La UNESCO en su guía nº 1 para la Creación de Comités de bioética dice respecto a su composición que consta de: “un especialista en bioética, médicos, enfermeras, un experto en gestión del riesgo, un abogado especializado en derecho médico, un trabajador social, miembros del clero (en los países europeos suelen pertenecer a la oficina de orientación pastoral del centro) y representantes de pacientes procedentes de la comunidad local”³. En los EEUU según un estudio sobre 322 Comités de ética de los Hospitales con una experiencia media de 7 años, suele haber 4 médicos, 3 enfermeras, 1 gestor, 1 pastor (clergy), 1 especialista en riesgo, un psicólogo o trabajador social y otros.

3 UNESCO. Guía Nº 1: Creación de Comités de Bioética, Pág. 41 UNESCO, Paris, 2005

I. 2. Estado de la cuestión

El capellán en el hospital es ante todo un "testigo" ante el enfermo y su familia del amor de Dios que se hace curación, liberación y salvación. El Evangelio comienza por dar testimonio del valor y la importancia que Dios da al hombre, a todo hombre: "Tanto amó Dios al mundo, que le envió a su Hijo". Dios valora al hombre como hombre, por ser hombre, tal como El lo creó, y quiere que el hombre se salve, se realice como tal y alcance la plenitud humana enriquecido con la vida de hijo de Dios.

Una primera responsabilidad del capellán será, por tanto, manifestar en su comportamiento y en su compromiso responsable esta dignidad del hombre, este valor del hombre en cuanto tal, que él vive desde su fe en Cristo. Y, por ello una primera y básica preocupación del capellán habrá de ser

- que el enfermo se haga persona libre.
- que sea tratado como persona libre.
- que supere toda alienación y coacción.
- que jamás sea cosificado o rebajado en su dignidad.
- que se le permita y aún posibilite el ejercicio de su responsabilidad.

Y es ésta precisamente la función de la ética y ésta la tarea del juicio ético de las distintas situaciones clínicas.

La bioética y la pastoral de la salud están íntimamente unidas en su ser y en su actuar, ambas se encuentran con el dolor y el sufrimiento del hombre enfermo, de ahí que esta coincidencia haga que sus cometidos, su búsqueda de posibilidades ante los dilemas que puedan surgir, puedan

ser iluminados mutuamente y completados, porque también el fin a conseguir las une: el alivio del sufrimiento de la persona.

No obstante es también importante que ambas se sitúen de una manera abierta y con deseos de cooperación desde una fundamentación racional, desde el deseo de búsqueda del bien común y el reconocimiento de una libertad de iniciativa.

Desde ahí se hace necesaria la participación del capellán, que con una formación en el campo de la bioética, ha de estar presente en esta nueva realidad que surge con fuerza en la mayoría de las instituciones hospitalarias; teniendo en cuenta que aquí su función no se justificará como dispensador de sacramentos sino como miembro del Pueblo de Dios en el hospital que asegura la acogida amorosa de Jesucristo a los enfermos.

En el contexto laico que debe tener el comité de ética el capellán ha de ser un experto en humanidad y en humanización, garantía de una concepción antropológica del hombre abierta a lo trascendente, diálogo con quienes no piensan de la misma manera, apertura ecuménica, mediador eclesial y defensor del sagrario del hombre: la conciencia, instancia fundamental en la toma de decisiones.

Es importante, por otra parte, que ambos horizontes de sentido, el que representa la presencia del capellán y una ética civil o laica, busquen puntos de encuentro no excluyentes sino incluyentes y den marcos de referencia que puedan valer a todos los seres humanos.

II. RECORRIDO HISTÓRICO

II. 1. EL CUIDADO DEL ENFERMO DESDE JESUCRISTO

“En su actividad mesiánica en medio de Israel, Cristo se acercó incesantemente al mundo del sufrimiento humano. *'Pasó haciendo bien'* (Hechos 10, 38), y este obrar suyo se dirigía, ante todo, a los enfermos y a quienes esperaban ayuda. Curaba los enfermos, consolaba a los afligidos, alimentaba a los hambrientos, liberaba a los hombres de la sordera, de la ceguera, de la lepra, del demonio y de diversas disminuciones físicas; tres veces devolvió la vida a los muertos. Era sensible a todo sufrimiento humano, tanto al del cuerpo como al del alma. Al mismo tiempo instruía, poniendo en el centro de su enseñanza las ocho bienaventuranzas, que son dirigidas a los hombres probados por diversos sufrimientos en su vida temporal.”⁴

Si con una sola frase quisiéramos resumir la misión de Cristo Jesús, sería: "ser Jesús". El nombre, para los orientales, no es sólo la forma de llamar a la persona, sino que descubre lo más profundo de su ser, su misión y su vocación. Jesús (Yeshúa) significa: "Yahveh salva": en él y a través suyo se posibilita la salvación de todo el hombre y todos los hombres.

El ha venido a salvar al hombre completo. No sólo el alma, sino también el cuerpo y el espíritu, así como las estructuras sociales, políticas y económicas. Le interesa el hombre completo. Ni sólo el cuerpo y la comida, ni sólo el alma y la gracia, sino la persona íntegra y todas sus relaciones.

⁴ JUAN PABLO II, Carta Apost., Salvici Doloris, 11 febrero 1984, n.16

Su misión es salvar a los hombres de cualquier tiempo o latitud. El mismo sintetizó su misión en cinco puntos cuando, desde la tribuna de la sinagoga de Nazaret presentó su plan de trabajo:

“El Espíritu de Dios está sobre mí, porque me ha ungido y me ha enviado:

a anunciar la Buena Nueva a los pobres,

a proclamar la liberación a los cautivos,

a dar vista a los ciegos,

a dar libertad a los oprimidos

y proclamar el año de gracia del Señor” (Lc 4,18-19).

La enseñanza y el ejemplo de Cristo presente entre los enfermos, sordos, ciegos, cojos, paralíticos, leprosos, mudos, dementes... representa un riquísimo testimonio que el evangelio nos ofrece. Las curaciones que Jesús hacía tienen siempre un valor de signo, esto es, significan la curación total del ser humano. La presencia de Jesús entre los enfermos constituye un ejemplo a imitar y una acción que ha de recibir una justa recompensa: "cada vez que lo hagáis con uno de mis hermanos más pequeños conmigo lo hacéis" (Mt 25, 34).

II. 2. EN LA HISTORIA DE LA IGLESIA

II. 2. 1. Hasta el Edicto de Milán

Desde la primera comunidad de Jerusalén, hasta nuestra época, la Iglesia ha ofrecido el amor de Cristo a todos los débiles, a todos los

pobres, especialmente a los enfermos. Es consciente de que su misión incluye, por mandato de su fundador Cristo, la preocupación por los que sufren.

Se debe a la Iglesia la primera organización sanitaria, con la creación de hospitales, hospicios, lugares de curación y asistencia para los enfermos y huérfanos. La obra preciosa de los diáconos (Hechos 6, 1 ss.) en calidad de administradores del patrimonio de la comunidad cristiana, de adjuntos a la asistencia a los huérfanos, a las viudas, a los enfermos y a los prisioneros, constitución de grupos de trabajo en que se reparten las funciones, búsqueda, transporte. A los diáconos incumbe también el deber de llevar la administración y preparar periódicamente el informe al obispo que dispone de los fondos económicos para procurar las medicinas, pagar a los médicos y personal de servicio.

Durante los tres primeros siglos de nuestra era, marcados por una situación de persecución permanente e ilegalidad, los cristianos no podían tener instituciones públicas para la asistencia a los enfermos, que tampoco existían en la sociedad imperial. El imperio romano no organizó establecimientos hospitalarios al margen de la asistencia prestada a los soldados heridos o enfermos. Se consideraba esta actividad como despreciable, propia de esclavos.

El cristianismo, éticamente muy superior, cambia la filosofía social y asistencial, porque encuentra las bases sobre las cuales actuar, el mensaje evangélico de amor, de salvación y de esperanza predicado y testimoniado por Jesús de Nazaret. La visión del hombre cambia completamente porque siendo un ser histórico y por tanto sujeto al pecado, a la enfermedad y a la muerte no deja de ser misterio y posee un destino sobrenatural. La antropología cristiana ha visto siempre al hombre como criatura de Dios y que a Dios ha de volver, retornar después de vivir su propia historia y misión en la tierra.

En oposición a filosofías despreciativas del cuerpo (“El cuerpo, cárcel del alma”, Platón), la fe cristiana afirmará con Tertuliano (160-220): "la carne es el gozne de la salvación".

A pesar de las persecuciones, los cristianos organizaron de un modo eficaz la asistencia individualizada a los pobres y enfermos a domicilio. San Justino (100-165) comenta que en los domingos hacían colectas para ellos. El obispo era el primer responsable de la atención a los pobres y enfermos en cada comunidad. Gracias a él y a los diáconos y diaconisas, y después a las vírgenes consagradas, aparece, por primera vez en el mundo, una organización caritativa totalmente desinteresada al servicio de los pobres y enfermos. Ejemplo brillante es el diácono san Lorenzo. Antes de administrar el bautismo a los catecúmenos se les preguntaba por su atención a los enfermos, condición indispensable para aceptarlos en el seno de la comunidad: "¿Han honrado a las viudas? ¿Han visitado a los enfermos? ¿Han hecho toda suerte de obras buenas?".

San Cipriano (258) consideraba las acciones cristianas como “Las obras de nuestra justicia y de nuestra misericordia”. Evangelización y diaconía eran inseparables.

En las primeras comunidades no faltaban los médicos cristianos. San Lucas evangelista era médico (Cfr. Col. 4, 14). Alejandro el Frigio y Zenobio fueron médicos mártires. San Cosme y Damián fueron también médicos martirizados, llamados «anárgiros» (sin dinero) porque no cobraban por sus servicios. Teodoro de Laodicea fue obispo y médico, según el testimonio de Eusebio de Cesarea. En torno al año 350, San Basilio el Magno de Cesarea dirige palabras de elogio a su médico Eustacio (Cfr. Epist. 189 nº 1).

Esta solicitud cristiana hacia los enfermos y pobres llegó hasta causar admiración entre los paganos. Maravillosa fue la actuación de los cristianos en la peste de Corinto, año 250. El mismo Juliano el Apóstata

(331-363) incitaba a los sacerdotes paganos a tener el celo de los «impíos galileos». Paladio, historiador de los monjes del desierto egipcio, menciona cómo los anacoretas y cenobitas compartían sus bienes con los pobres y enfermos.

II. 2. 2. Desde el Edicto de Milán

Tras el edicto de Milán promulgado por los emperador Constantino y Magencio (313), la Iglesia ya pudo crear instituciones algo especializadas. Con la aparición de los monasterios urbanos surgen las primeras casas de la caridad para el cuidado de enfermos y pobres: nosocomios, para los enfermos; gerontocomios, para los ancianos; xenodoquios, para los peregrinos; orfanatos, para huérfanos.

Fue la madre del emperador Constantino, santa Elena, quien erigió los primeros hospitales bajo el signo del cristianismo. San Efrén (337) fundó en Edesa uno para apestados. San Juan Crisóstomo (407) informa de otro para leprosos cerca de Constantinopla. En Roma se fundaron a principios del siglo V varios hospitales regentados por dirigidos espirituales de san Jerónimo: el del patricio Panmaquio; el de santa Paula y su hija Eustaquia; el de Fabiola (400), hospital dividido en sectores según las distintas clases de enfermos. Se asume la medicina de su época, la griega, valorando mucho los textos del Corpus Hipocraticum (460-370 a. C.), por su alto imperativo de la responsabilidad.

En el 325, el concilio de Nicea recomienda a los obispos la creación de un hospital en cada ciudad. Los emperadores bizantinos desde Justiniano (530) favorecieron esta iniciativa.

El primer hospital de peregrinos del que se tiene conocimiento fue construido por el obispo Eustacio de Sebaste (365), acogiendo en el a enfermos y leprosos.

Fue san Basilio, el gran legislador del monacato oriental, quien confió por primera vez a los monjes un cometido sanitario. Funda el 3 de septiembre de 374, junto a su monasterio de Cesarea de Capadocia, un hospital bajo la advocación de san Lázaro, para atender especialmente a los leprosos Su propia hermana Macrina creó otro.

En Occidente, la regla de san Benito muestra especial solicitud por los enfermos. Diseñaba con esmero la hospedería y enfermería. En el capítulo LII de su Regla señala "se tenga mayor cuidado en el recoger a los pobres, porque con ellos se acoge a Cristo más que en los ricos y poderosos". Y en el capítulo XXXVI, "la cura de los enfermos sea ante todo y sobretodo para que de esta manera no sea causada ninguna negligencia". Es cierto que las abadías de los benedictinos no eran solo lugares de oración y de contemplación, además tenían hospederías para los peregrinos y viandantes, hospitales, y un religioso entendido en la manera de hacer curaciones médicas y en la realización de sencillos fármacos, en el cultivo de hierbas medicinales en la huerta del monasterio, medicina monástica. En los monasterios se crearon jardines botánicos y se dio una esmerada atención a la farmacopea.

Obispos, como san Agustín y san Paulino de Nola, tenían muy bien organizada la atención asistencial y pastoral a los enfermos. Papas como san Gregorio Magno fueron ejemplo exquisito de hospitalidad.

Pero poco a poco se va extendiendo una doctrina que asocia, como en el Antiguo Testamento, enfermedad con pecado y castigo, que viene de san Basilio y que influirá en la acción sanitaria de la Iglesia.

II. 2. 3. En la Edad Media

El concilio de Orleáns (511) prescribió a los obispos reservar una cuarta parte de las rentas para sustentar a pobres, peregrinos y enfermos. Y amenazó con cesar a los obispos negligentes. Hincmar, arzobispo de Reims, recuerda a los obispos de la región que son gerentes y no propietarios de los bienes eclesiásticos, especialmente de la parte destinada a los pobres y enfermos. Llegó a llamar asesinos de los pobres a los obispos descuidados en sus deberes de asistencia y solicitud pastoral y pedía a su clero que recibiese pobres diariamente a su mesa, como llegaría a hacer Luis IX de Francia.

San Cesáreo de Arlés, obispo-monje, fundó un hospital junto a su catedral, en el 512.

Los hospitales eran lugares religiosos. El cuidado de los enfermos era un culto a Dios (Cfr. Mt. 25,40). «Hotel Dieu» es el nombre significativo dado por el obispo Ladrio al hospital del siglo VII. La construcción hospitalaria resultará muchas veces majestuosa, comparable a los templos.

Durante la Alta Edad Media no faltan los médicos seculares, como pervivencia de las instituciones y usos del Imperio Romano. Pero pronto pasa la asistencia médica a manos de sacerdotes, tanto del clero regular (monjes) como secular (siglos VI-VII). Casiodoro será el primer monje-médico de comienzos de la Edad Media, quien insistía: «Aprendan a conocer las plantas medicinales. Lean a Hipócrates, estudien a Galeno». En la Baja Edad Media desaparece lentamente la figura del sacerdote médico con la fundación de facultades de medicina en las nacientes universidades (Bologna, París, Oxford, Salamanca...). El arte médico de curar establecerá definitivamente su carácter secular. Inocencio III (1139) prohíbe a los sacerdotes la medicina. Bonifacio VIII (1302) reafirmará esta prohibición.

El incremento de las peregrinaciones impulsó aún más la hospitalidad, hasta en lugares inhóspitos como el caso de los monjes de San Bernardo o los hermanos de la Caridad de Ntra. Sra. de Roncesvalles (Pirineos). También colaboró la aparición de las epidemias, el desarrollo demográfico de las ciudades (burgos), la incipiente organización de la industria y comercio, las cruzadas que conocieron la organización hospitalaria bizantina y el redescubrimiento de la Biblia y de Cristo pobre y enfermo.

Y luego vendrán desde el siglo XI las órdenes hospitalarias medievales. Todas las primeras órdenes militares tienen su origen en la fundación de un hospital para la asistencia a los peregrinos de Tierra Santa. Así surgen los hospitalarios de San Juan de Jerusalén (1048). Ordenes hospitalarias específicas fueron los Antonianos (1095), los Hospitalarios del Santo Espíritu (1198), que en el siglo XV regentaban 1.094 casas, los Crucíferos (1216), y los Caballeros de San Lázaro que llegaron a regentar más de 3.000 leproserías.

También desde el siglo XII se multiplicaron por toda Europa las fraternidades hospitalarias, comunidades laicales mixtas que se fueron convirtiendo en verdaderas formas de vida religiosa hospitalaria. En esta misma línea hospitalaria estaban las comunidades de las Beguinas. Muchos ilustres buenos samaritanos jalonan este siglo, destacando la figura de san Roque (1295-1327) por su dedicación a los apestados.

La primera institución hospitalaria psiquiátrica propiamente dicha fue creada en Valencia (España) en 1409 por el padre mercedario Fray Juan Gilabert Joffré quien desterró el tratamiento de tortura e impulsó la terapia ocupacional.

II. 2. 4. Desde el Renacimiento

En el siglo XVI empezó la preocupación de los Estados por la acción sanitaria, pero la causa es llamativa. La asistencia pública, al secularizar la virtud de la caridad cristiana reduciéndola a la categoría de socorro civil, induce a pensar que los ricos y pobres constituyen dos clases contrapuestas irreconciliables entre sí, generándose de este modo una fuerte desconfianza frente a los pobres que, de ser considerados expresiones privilegiadas del rostro de Cristo pobre del Evangelio, pasan a ser considerados un auténtico peligro social. La novedad del Renacimiento fueron los hospitales reales, municipales y gremiales que tenían éstos su origen en la Edad Media; y los creados por los nobles señores y por las asociaciones laicales de fieles como las «Compañías del divino amor» que levantaron muchos hospitales para los incurables. El campo sanitario estaba tan unido a la acción de la Iglesia que durante siglos lo consideró propio, de tal manera que cuando el Estado comenzó a fundar instituciones hospitalarias la Iglesia lo vio como grave intromisión en sus funciones, directamente derivadas del precepto evangélico de la caridad. Esta «polémica de los pobres» del siglo XVI estuvo presente hasta en las deliberaciones del concilio de Trento, quien ya no emplea las expresiones "Hotel-Dieu" o "Maison Dieu" sino "hospital".

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

Surgen figuras destacables como san Juan de Dios (1495-1550) y san Camilo de Lellis (1550-1614), declarados por Leon XIII (1886) patronos de los enfermos, hospitales y trabajadores de la salud.

A los Hermanos de San Juan de Dios se debe el nacimiento y desarrollo del hospital moderno. Es de resaltar las aportaciones que San Juan de Dios hizo: asignar una cama para cada enfermo, los separó

según sus patologías, fue el primero en poner en marcha en el mismo hospital un lugar donde acoger a los pobres sin techo, peregrinos, a los cuales daba posibilidad de comer y de descansar.

La presencia de estos santos hospitalarios, San Juan de Dios, San Camilo de Lelis, San Vicente de Paúl,... despierta en la iglesia y en la sociedad civil la conciencia por una asistencia más cualificada, más humana y cristiana, posibilitando el progreso asistencial de estas instituciones sanitarias.

II. 2. 5. En América Latina

La presencia de la Iglesia en las Instituciones sanitarias de América del Sur es muy significativa. Desde inicios de la Colonia, en el siglo XVI, se puede afirmar que fue la Iglesia la iniciadora y gestora de los primeros Hospitales, extendiendo sus beneficios más allá de los conquistadores, a la población nativa en general. Vale la pena mencionar los "Hospitales Doctrina" gestionados por Ordenes Religiosas y en los cuales, además de la dimensión médico-curativa, se realizaba la evangelización mediante enseñanza, catequesis, sacramentos y otras actividades misioneras que eran animadas desde el Hospital.

De esta manera la Iglesia continuó el Espíritu de Cristo, quien en su ministerio, se compadeció de los enfermos y les devolvía no sólo la salud física, sino también la espiritual (Mc 1,32-34; 2,1-12; 6,53-56).

Los testimonios históricos de los primeros evangelizadores, en la defensa de los indígenas en todas las dimensiones de su vida, son reconocidos y valorados. Las diversas órdenes religiosas que continuaron el proceso evangelizador como los Franciscanos, Dominicos, Agustinos, y

las Órdenes religiosas hospitalarias mantuvieron a lo largo de los siglos la obra de atención y asistencia sanitaria como una obra evangelizadora.

Desde los orígenes de nuestra Evangelización surgieron infinidad de Hospitales cuya razón de ser era expresar la misericordia cristiana; cofradías antiguas, que fundan, pagan y administran hospitales.

Los evangelizadores sintieron la necesidad tanto de construir el edificio de la iglesia para la congregación espiritual de los nuevos cristianos, en los pueblos fundados, como de crear y edificar instituciones hospitalarias, para funcionar con personal, normas y estructuras totalmente cristianas.

Esta es la razón de ser de las Cofradías del Espíritu Santo, de "El voto de hospitalidad", de los "Conventos-hospitales", de los "hospitales-doctrina". Muchos hospitales de la Iglesia católica eran conocidos con el nombre de "hospital-doctrina", porque los mismos tenían como objetivo: ser lugares de evangelización, que se proyectaba fuera de la misma estructura hospitalaria.

La acción hospitalaria se extendió por América. Un hospital se levantó en Santo Domingo. El mismo Hernán Cortés fundó uno en México en 1523. El obispo Vasco de Quiroga funda otro en Michoacán (México), 1537. El obispo Zumárraga erige un hospital en la ciudad de México, en 1540. Igualmente en 1564 fray Antonio de San Miguel crea un hospital en Cuzco para los indígenas. Admirable fue también la labor hospitalaria del obispo Loaysa en Perú, quien en 1549 levantó el hospital Santa Ana para indios. Nobles señores y religiosos hospitalarios como los Betlemitas (fundados en Guatemala en 1653 por el beato Pedro de Betancour) desplegaron una gran acción sanitaria. En Perú se destacará san Martín de Porres (1579-1639), en su atención a los enfermos de todas las razas.

Es de notar la existencia de mártires de la hospitalidad en varias naciones de América Latina. Así como recordar la erección del primer hospital del nuevo mundo en República Dominicana.

Puede afirmarse que las instituciones de salud nacieron en este continente de la mano de la Iglesia: diócesis y comunidades religiosas fundaron hospitales a lo largo y ancho del territorio.

II. 2. 6. En Europa

San Juan de Dios, de origen lusitano, actuó en España. Promovió admirablemente la asistencia a los más desvalidos, especialmente a los enfermos mentales. Sus seguidores crearon muchos hospitales fundando el primero en tierras americanas en Cartagena de Indias (1596) y en Filipinas (1617).

San Camilo, que eligió como distintivo la cruz roja (1586), humanizó, con su orden religiosa, la asistencia hospitalaria pública gravemente deteriorada, interviniendo ejemplarmente en tiempos de pestes. Escribió unas reglas para mejor atención al enfermo, promovió la formación de los asistentes, creó voluntariado de laicos (1591), impulsó la atención domiciliaria y en los campos de batalla. Legó una mística de atención al enfermo: «Los enfermos son la pupila y el corazón de Dios» y promovió una atención asistencial-espiritual completa, privilegiando a los moribundos, en una época que se prestaba mucho para una teología dolorista y maniquea sobre el dolor. Abolió en favor de los derechos de los enfermos la cláusula que obligaba a los enfermos a confesarse antes de ser atendidos. Más de 130 religiosos camilos murieron apestados atendiendo a estos enfermos, siendo verdaderos mártires de la caridad. Llegaron a América en 1666.

En esta época de pestes sobresale san Luis Gonzaga, muerto en la peste de 1591 cuidando a los enfermos en Roma. En la peste de Milán, el cardenal san Carlos Borromeo atendió personalmente a los apestados y hasta envió su armario y cama al hospital.

En el siglo XVII surge una figura señera: san Vicente de Paul (1581-1660). Introducirá el concepto de justicia social, destacando las causas estructurales de la pobreza y enfermedad, despertando una conciencia social adormecida. San Vicente es un «arquitecto de la Iglesia moderna» (Daniel Rops). Con santa Luisa de Marillac fundará la congregación de «Hijas de la Caridad» que tendrán el hospital y los lugares de necesidad y las casas de los enfermos como convento.

II. 2. 7. En la Época Moderna

En el clima de la Ilustración, la Asamblea Constituyente francesa redacta la declaración de los derechos del hombre (1789), en la que por primera vez se proclama el derecho de que todo hombre debe ser asistido en caso de enfermedad. Los gobiernos ilustrados considerarán humillantes para el hombre las «obras de misericordia». Por ello, arrebatarán a la Iglesia y a las órdenes religiosas los bienes con que atendían a los pobres y enfermos. Empezarán a proyectar y ejecutar la política sanitaria. Pero no fueron capaces de solucionar ni la pobreza ni la enfermedad, de modo que los pobres fueron más numerosos y más pobres y los enfermos más desasistidos.

Es la consumación del laicismo en salud que se venía gestando desde el renacimiento a través de estas ideas: afirmación de la razón como autoridad superior, negación de la revelación cristiana, conversión a

lo terrestre, progreso indefinido, nuevo ideal de humanidad, tolerancia civil y religiosa, nueva concepción del Estado...

El siglo XIX es el siglo de la “cuestión social”. Con la encíclica *Rerum Novarum* de León XIII (1891) empezó el gran desplazamiento terminológico y de hecho de la Iglesia hacia la justicia y el desarrollo social, la promoción de la igualdad, la justicia, la liberación de los pobres... que implicó a cientos de congregaciones religiosas y a laicos comprometidos hacia los más desatendidos: ancianos enfermos, mujeres trabajadoras, enfermos crónicos... Los círculos católicos de obreros respondieron eficaz y creativamente a una gran necesidad en salud.

En este siglo se fundaron más congregaciones que en toda la historia de la Iglesia, especialmente femeninas, con lo que propiamente puede hablarse de una feminización de la asistencia al enfermo, a la vez que se va incorporando la mujer laica al mundo sanitario.

Surge la socialización de la acción sanitaria en una sociedad pluralista, urbana, capitalista, secularizada y tecnificada. Después vendrán también tendencias neoliberales que piden una revisión del modelo sanitario con la supresión o reducción de la presencia estatal en favor de compañías privadas de salud. La nueva presencia para la Iglesia en salud se lleva a cabo en el campo institucional (creación, dirección de centros asistenciales propios), ministerial (servicios religiosos en instituciones hospitalarias), eclesial básica (parroquia, domicilio, etc.) y en el profesional. Los laicos ya son en salud la mayoría absoluta. Nace un verdadero ministerio asistencial y pastoral cristiano laical. Ya la vida religiosa consagrada hospitalaria deja de ser la “*manus longa*” de la Iglesia en la asistencia y pastoral de la salud.

La defensa de los derechos de los enfermos, la salud para todos, la lucha por la vida, la atención al moribundo, la presencia en la bioética y humanización, la preocupación por los nuevos marginados y la aceptación del derecho religioso del enfermo son el desafío actual de toda la Iglesia. .

III. PASTORAL DE LA SALUD Y DEL ENFERMO

III. 1. ¿Qué es la Pastoral de la Salud?

“Los envió a proclamar el reino de Dios y a curar” (Lc. 9,2)

Pastoral de la Salud es la presencia y la acción, en nombre del Señor Jesús, de un ministerio de relación de ayuda, específico, entusiasta, encarnado y capacitado, iluminativo, celebrativo, creativo y organizado que tiene como modelo acabado la espiritualidad del Buen Samaritano. El sale al encuentro del enfermo, de su familia, de los profesionales de la salud, de las estructuras de salud y de todas las personas para potenciar una cultura más humana y más cristiana frente al dolor, al sufrimiento, la discapacidad, la agonía, al duelo y a la defensa de la vida.

Ministerio llevado a cabo desde la fe, por el anuncio y testimonio de toda la comunidad cristiana (específicamente por el obispo, sacerdotes, diáconos, religiosas y religiosos, ministros extraordinarios de la comunión, agentes de pastoral, profesionales cristianos de la salud y por el mismo enfermo) apoyándose en los auxilios de la gracia divina que son dados en la vida sacramental, en la escucha de la palabra revelada y en la vida profunda de oración.

Su objetivo: es ofrecer salud-salvación por medio de la curación, asistencia, liberación, sanación, reconciliación, sentido vital, crecimiento humano y cristiano.

Su misión: es el encuentro con el enfermo, su familia, con los profesionales de la salud, con las estructuras de salud y con los sanos

para potenciar un cultura más humana y cristiana frente al dolor, al sufrimiento, a la discapacidad, a la agonía, a la muerte, al duelo y a la defensa de la vida.

III. 2. Naturaleza de la Pastoral de la Salud y sus Agentes

“Lo que os mando es que os améis los unos a los otros.” (Jn. 15,17)

Desde que Jesús entró en las historia, por su encarnación comienza una etapa de transformación para el hombre. La encarnación es el acto amoroso de Dios que se hace cercano y desea realizar un maravilloso intercambio con el hombre. Es la gran solidaridad con nuestra miseria, nuestro pecado, para asociarnos a la santidad (Cf. 2Cor.5, 21).

Esta proximidad de Jesús con el hombre tiene una identificación especial cuando este hombre es pobre, necesitado o está enfermo; según nos cuenta el relato de las Bienaventuranzas (Lc 6,20-26; Mt 5,3-12) ellos son los primeros que participan del Reino. Esta identificación que Jesús tiene con los pobres no sólo fue anunciada sino vivida intensamente con los que necesitaban perdón (Lc 15, 3-32; 19, 1-10; 7, 36-50; Jn 8, 1-11).

“El mandato supremo de la ley es ama a Dios de todo corazón y al prójimo como a uno mismo” (Mt 22,37). Cristo hizo suyo este mandamiento del amor al prójimo y lo enriqueció con un nuevo sentido al querer identificarse Él mismo con los hermanos como objeto único de caridad, diciendo: *“Cuántas veces hiciste eso a uno de estos mis hermanos menores, a mí me lo hiciste”* (Mt. 25,40); y estableció la caridad como distintivo de sus discípulos con estas palabras: *“En esto conocerán todos que sois mis discípulos, si tenéis caridad unos con otros”* (Jn 13,35).

Por lo cual la misericordia para con los necesitados y los enfermos y las llamadas obras de caridad y de ayuda mutua para aliviar todas las necesidades humanas son consideradas por la Iglesia con singular honor.

“Los envió a proclamar el Reino y a curar” (Lc 9, 12) es el mandato de Jesús a sus discípulos.

Para el enfermo, los centros de salud, los hogares de ancianos, y sus mismas casas, pueden ser el lugar de grandes soledades, pero también el medio para encontrarse consigo mismo, con la ayuda de otros enfermos, con el amor de los suyos, con personal sanitario que trata de forma humana y competente y con Jesús, cuyo nombre significa “Dios es la salud”.

Para el personal sanitario y los familiares de los enfermos, el centro sanitario y la casa del enfermo son a menudo fuente de dolor, angustias reprimidas y de conflictos, pero si se vive cristianamente, también puede transformarse en una de sus más hondas satisfacciones que provocan y ayudan al encuentro entre el enfermo y Jesús “El Buen Samaritano”, que se hace prójimo de aquel que sufre.

En la dinámica de un encuentro pastoral, el modo en que uno se relaciona con el enfermo le ofrece la posibilidad de esclarecer, confirmar o cambiar su percepción inicial.

Una cualidad pastoral esencial es la habilidad de "sintonizar" con la historia personal del paciente. El verse escuchado le permite expresar sus necesidades, sentirse tomado en consideración y llegar a una mayor comprensión de sí mismo.

A veces la respuesta más profunda a la vulnerabilidad del otro es un silencio lleno de comprensión.

Otra cualidad pastoral que es necesario cultivar es la capacidad de instaurar una relación de amistad con el que sufre. Convertirse en su

amigo significa quererlo, encontrarlo en su propio nivel. A menudo, aquel a quien visitamos no se reconoce en la Iglesia institucional y prefiere que la relación permanezca a un nivel no religioso. Estar abiertos a aceptar su actitud, sin sentirse personalmente ofendidos, ayuda a mantener las puertas abiertas para profundizar el tema en el futuro.

El mayor desafío para el agente de pastoral es estar con las personas cuando éstas se enfrentan a la enfermedad y a la tragedia y, en su confusión, tratan de comprender la propia relación con Dios y su papel en todo lo que está sucediendo.

Las problemáticas surgidas a raíz del sufrimiento son diversas. Hay quien se interroga sobre el sentido de la justicia en la vida: "¿Cómo es que los buenos sufren y los malos lo pasan bien?". Hay quien, angustiado por la pérdida de la salud o de un ser querido, se pregunta: "¿Cómo se puede seguir viviendo en un cuerpo mutilado o en una situación familiar que ha cambiado tanto?". Hay también quien, golpeado por continuas pruebas y tragedias, se pregunta si vale la pena seguir luchando.

El agente de pastoral se introduce en el mundo de estas existencias turbadas. Su presencia es una llamada de Dios.

Cuando los pacientes expresan irritación hacia Dios, el agente acepta sus sentimientos sin contradecirlos, ayudándolos a entender que Dios comprende su estado de ánimo.

Cuando ellos exclaman: "Estoy buscando a Dios, pero no lo siento conmigo", el agente les ayuda a comprender que también el desierto o "el silencio de Dios" forman parte de la relación con Dios.

Cuando se sienten culpables y tienen necesidad de perdón, el agente de pastoral se convierte en instrumento de reconciliación. El papel de confesor sigue siendo una de las expresiones de la guía espiritual.

Con su guía, algunos reencuentran a Dios, otros aprenden a cicatrizar sus heridas, otros incluso descubren un nuevo contexto intelectual y moral para su existencia.

En el curso de su ministerio, el agente de pastoral tiene el privilegio de ser un guía importante en el proceso de esclarecer la fe, de sostenerla cuando está presente, de despertarla cuando está adormecida.

La Oración: es un recurso precioso para ritualizar y consagrar la historia del que sufre. Cuando el enfermo está en buena disposición, es posible insertarla al acabar una visita. Ofrecer a Dios las preocupaciones y las esperanzas en forma de oración crea un sentido de presencia divina en la precariedad de la situación humana.

Los Sacramentos: constituyen otra fuente de gracia. En el ambiente hospitalario, un sacramento característico es la unción de los enfermos, concebida en la óptica de la curación no sólo a nivel físico, sino también emotivo y espiritual. Quien acepta lo que no se puede cambiar, experimenta una curación emotiva; quien se renueva interiormente, experimenta una curación espiritual. Lo importante es ofrecer, antes del rito, una adecuada catequesis para ayudar al paciente y a la familia a apreciar el significado de los símbolos y la importancia de la oración comunitaria.

IV. LA ASISTENCIA RELIGIOSA EN LOS HOSPITALES

Se pueden diferenciar tres ámbitos de asistencia religiosa en centros públicos:

1. Las fuerzas armadas, 2. los servicios de salud y 3. los institutos penitenciarios. Se trata de situaciones especiales en las que las personas se encuentran en riesgo de su salud, seguridad e incluso de su propia vida y en condiciones de sujeción que impiden el ejercicio pleno de sus derechos. Esa misma precariedad exige que el Estado, sin convertirse en un prestador de servicios religiosos, establezca condiciones que permitan restablecer el goce efectivo del derecho de la libertad religiosa.

Uno de los principios organizadores del Derecho eclesiástico del Estado es el principio de cooperación. Algunos países lo han expresado en sus textos constitucionales. Este principio se sustenta en la virtud de la solidaridad social que establece relaciones de mutua ayuda entre el Estado y las confesiones religiosas. Al mismo tiempo, se fundamenta también en el principio de participación que es el instrumento articulador de la sociedad democrática. Se trata de poner en operatividad la autonomía de las confesiones respecto del ámbito estatal y el deber del propio Estado de promover el bien común, cuyo contenido esencial son los derechos humanos, en primer lugar el derecho a la libertad religiosa.

Desde luego el principio de cooperación no implica una confusión de fines o roles: el Estado mantiene sus fines políticos y las confesiones los suyos que son los espirituales: en la cooperación cada uno mantiene su autonomía y de la cooperación no se sigue una confusión, por lo tanto las confesiones religiosas no se convierten en poder político ni éste se transforma en una “longa manus” o instrumento político de los intereses confesionales. La asistencia religiosa ha encontrado en el devenir histórico una fructuosa tradición en las formas estatales más diversas, y

desde luego nada inhibe -al contrario- su despliegue en el Estado democrático de Derecho, reforzado por la vertiente social que en los últimos siglos ha venido ha adquirir una justa prioridad.

De la valoración positiva del hecho religioso surge la cooperación, que no se identifica con la confesionalidad, sino con la laicidad. Sería un error identificar la cooperación con la confesionalidad, aunque es evidente que si hay confesionalidad hay necesariamente cooperación, pero puede darse cooperación sin confesionalidad.

Consecuentemente, la desaparición de la confesionalidad no supone que se extingue correlativamente la cooperación. La no confesionalidad no implica que el Estado deba inhibir su visión hacia lo religioso de manera de desconocerlo en su despliegue en lo público. Es decir, que el Estado, del mismo modo que no desconoce las legítimas expresiones de la cultura (invierte en el arte, instituye premios y concursos y organiza los museos) y del deporte (mediante oportunas políticas de fomento) sino que las promueve, así tampoco desconoce la dimensión religiosa de la existencia humana, valorándola positivamente y consecuentemente crea unas condiciones que sean favorables al factor religioso como socialmente relevante. Por lo tanto su actitud no es meramente pasiva: los poderes públicos no sólo garantizan los derechos fundamentales sino que los promueven. La libertad religiosa reclama una actitud de fomento o promoción de los poderes públicos, por contraposición a la hostilidad e incluso la indiferencia.

En su tarea dirigida hacia el bien común el poder político del Estado ha de promover un entendimiento con los sujetos colectivos de la libertad religiosa en orden a regular las expresiones del fenómeno religioso con trascendencia jurídica. Una expresión del principio de cooperación son los acuerdos entre el Estado y las confesiones religiosas. En tal sentido, el Estado debe procurar las condiciones adecuadas para que quienes se hallan en una peculiar circunstancia de vida caracterizada por la sujeción, puedan ejercer plenamente su derecho a la libertad

religiosa. En este caso el Estado no hace más que asegurar a los fieles el efectivo ejercicio de un derecho. No es una actitud propiamente religiosa del Estado sino respetuosa de la libertad y de la sociedad civil y de la persona y por consiguiente, pluralista: respeta a cada credo religioso su autonomía y permite que las personas que por alguna circunstancia atraviesen una situación de impedimento puedan ejercer su derecho.

En el caso de las personas que se encuentran residiendo en centros hospitalarios, los auxilios espirituales no constituyen solamente una forma de asegurar el ejercicio de un derecho, en el caso la libertad religiosa, sino que -como se ha venido evidenciando cada vez más claramente en la sensibilidad contemporánea- también son una ayuda a la curación de la persona en estado de precariedad de su salud en el sentido más amplio (física, psicológica y espiritual). El Estado cumple aquí una función subsidiaria.

Reconoce el derecho a recibir asistencia religiosa de acuerdo al propio culto, y a rechazar cualquier imposición en esa materia.

Los capellanes de los hospitales y otros centros de salud, así como las órdenes y congregaciones religiosas, especialmente las femeninas, además de los laicos, cumplen una labor callada, esforzada y a menudo heroica en la tarea de llevar alivio mediante medios espirituales y aun materiales a enfermos y sus familiares. Esta labor de caridad tiene en la Iglesia católica una riquísima tradición que se remonta a los tiempos evangélicos, y una de cuyas más recientes expresiones puede sintetizarse en la beata Madre Teresa de Calcuta y sus Misioneras de la Caridad, verdadero ejemplo para la humanidad: la tradición cristiana tiene una larga tradición en la predilección por los pobres y los enfermos.

La situación de enfermedad ha suscitado en todos los tiempos una atención de las autoridades religiosas. La carta "Salvifici doloris" de Juan Pablo II es una reflexión sobre el sufrimiento humano y su sentido. El Papa instituyó el Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes

Sanitarios mediante el Motu proprio “Dolentium Hominum” con el deseo de estimular y promover la formación, estudio y acción llevada a cabo por las diversas organizaciones internacionales católicas en el campo sanitario, además de los otros grupos, asociaciones y fuerzas que, en diversos niveles y de diferentes modos, trabajan en tal sector. Existen numerosas iniciativas cristianas de ayuda al enfermo, como los clérigos regulares ministros de los enfermos o camilos y los hermanos de san Juan de Dios y muchas otras órdenes hospitalarias, de venerable tradición en la Iglesia.

Sin embargo, hay escasez de capellanes y de voluntarios católicos en los hospitales públicos, como una expresión reflejada en el sector de la actual crisis religiosa. Muchas veces este fenómeno se explica por la falta de una legislación o acuerdo que establezca el derecho a la asistencia religiosa (con un sostenimiento básico por parte del Estado), pero otras se debe a la falta de conciencia sobre la importancia del servicio religioso hospitalario por parte de las diócesis y del conjunto de los fieles.

Este trabajo pastoral en los enfermos de los fieles católicos, personal o asociado, ha de ser naturalmente respetuoso de la libertad religiosa y de las creencias de los enfermos, de los familiares y también de trabajadores de la salud. Esta es la actitud cristiana de respeto al otro que conoce y acepta las diferencias en un mundo pluralista y es abierta al diálogo.

V. LEGISLACION

V. 1. Durante la dictadura de Franco

El 27 de agosto de 1953 se firmó el concordato entre la Santa Sede y el Estado Español. Antes estaba vigente el de 1851, pero después de la guerra civil y por los acontecimientos sucedidos que lo violaron gravísimamente (si bien no fue denunciado formalmente por la Santa Sede), hubo discusiones acerca de si subsistía o no. Se concluyó que había caducado y se produce un acuerdo nuevo en que se intenta establecer el nombramiento de obispos y se acuerda no legislar nada en materias mixtas hasta que no se haga un nuevo concordato (se mantuvieron los cuatro primeros artículos del de 1851).

Se trataba de regular todas las materias entre Iglesia y Estado, y el Derecho público. Se establece la confesionalidad del Estado, de lo que se sacan las consecuencias: no podrá el Estado legislar contra la doctrina de la Iglesia (así, tras el Concilio Vaticano II se pudo pedir una nueva ley de libertad religiosa).

Fue una época de cambios sociales (fin de la guerra española en 1939 y de la mundial en 1945), una época de emigración e inmigración, de intercambio entre estudiantes universitarios, la época del Concilio (Declaración "Dignitatis humanae" de 1965 sobre la libertad religiosa), y surge en España una corriente que pide la revisión del Concordato. La Conferencia Episcopal admite en 1966 la posibilidad de revisión y la pérdida de privilegios.

En 1968 Pablo VI pidió al Jefe de Estado que renunciase al privilegio de presentación de obispos. Respondió Franco que habría que integrarlo en una revisión de todos los puntos de acuerdo con el Concilio Vaticano II. Muere Franco en 1975.

Al tratarse de un Estado confesional católico poco hay que decir, ya que todo estaba regulado para el pleno concierto de asistencia religiosa católica, tanto de las instituciones nacionales como de los centros privados. Baste aquí sólo una cita del Concordato con la Santa Sede de 1953:

“El Estado, de acuerdo con la competente autoridad eclesiástica, proveerá lo necesario para que en los hospitales, sanatorios, establecimientos penitenciarios, orfanatos y centros similares, se asegure la conveniente asistencia religiosa a los acogidos, y para que se cuide la formación religiosa del personal adscrito a dichas instituciones.

Igualmente procurará el Estado que se observen estas normas en los establecimientos análogos de carácter privado.”⁵

V. 2. Desde la Democracia

El primer gobierno de la monarquía quiere romper el bloqueo para resolver los temas a tratar con la Iglesia. El rey manifiesta al Papa su intención de renunciar al privilegio de presentación de obispos. Se firma un acuerdo básico el 28 de julio de 1976, que recoge los principios y justificaciones para renovar y negociar los temas referidos a la relación con la Santa Sede.

⁵ CONCORDATO ENTRE LA SANTA SEDE Y EL GOBIERNO ESPAÑOL, 27 de agosto de 1953. Art.33

V. 2. 1. Acuerdo Santa Sede con el Estado Español de 28 de julio de 1976

El 28 de julio de 1976 el entonces Ministro de Asuntos Exteriores, Marcelino Oreja y el Secretario de Estado y Prefecto del Consejo para los Asuntos de la Iglesia, el Cardenal Giovanni Villot, firmaron un primer Acuerdo entre la Santa Sede y el Gobierno Español. En él se daban los primeros pasos para la revisión del Concordato de 1953, todavía vigente, derogando los artículos 7 y 16 y el párrafo segundo del artículo 8, así como el acuerdo estipulado entre la Santa Sede y el Gobierno español el 7 de junio de 1941.

V. 2. 2. Acuerdo Santa Sede-Gobierno Español de 3 de enero de 1979

La Santa Sede y el Gobierno Español, prosiguiendo la revisión del Concordato vigente entre las dos partes comenzada con el Acuerdo firmado el 28 de julio de 1976, cuyos instrumentos de ratificación fueron intercambiados el 20 de agosto del mismo año, concluyen en la Ciudad del Vaticano el Protocolo final.

En realidad fueron cuatro Acuerdos, firmados el 3 de enero de 1979: I, sobre Asuntos jurídicos; II, sobre Enseñanza y Asuntos culturales; III, sobre asistencia religiosa a las Fuerzas Armadas y Servicio militar de clérigos y religiosos, y IV, sobre Asuntos Económicos. Estos acuerdos derogan el Concordato de 1953 y, a grandes rasgos, vienen a reglamentar, acomodándolos a la realidad de nuestros días, las materias

mixtas que habían sido objeto del mismo. Se ponen las bases para el ulterior desarrollo de las relaciones Iglesia-Estado a la luz de la reciente Constitución española

De este Acuerdo destacamos lo concerniente a nuestro tema:

“1. El Estado reconoce y garantiza el ejercicio del derecho a la asistencia religiosa de los ciudadanos internados en establecimientos penitenciarios, hospitales, sanatorios, orfanatos y centros similares, tanto privados como públicos.

2. El régimen de asistencia religiosa católica y la actividad pastoral de los sacerdotes y de los religiosos en los centros mencionados que sean de carácter público serán regulados de común acuerdo entre las competentes autoridades de la Iglesia y del Estado. En todo caso, quedará salvaguardado el derecho a la libertad religiosa de las personas y el debido respeto a sus principios religiosos y éticos⁶.”

V. 2. 3. Ley Orgánica de Libertad Religiosa de 5 de julio de 1980

Al año siguiente, las Cortes Españolas promulgan la Ley Orgánica de Libertad Religiosa, que garantiza la libertad religiosa y de culto y la posibilidad de recibir asistencia religiosa en los establecimientos públicos, por supuesto en los hospitales. Destaco estas líneas:

“La libertad religiosa y de culto garantizada por la Constitución comprende, con la consiguiente inmunidad de coacción, el derecho de

⁶ BOE núm. 300/1979, de 15 de diciembre de 1979, Art. 4, 1-2, Pág. 28875

toda persona a: b) Practicar los actos de culto y recibir asistencia religiosa de su propia confesión;⁷

“Para la aplicación real y efectiva de estos derechos, los poderes públicos adoptarán las medidas necesarias para facilitar la asistencia religiosa en los establecimientos públicos, militares, hospitalarios, asistenciales, penitenciarios y otros bajo su dependencia, así como la formación religiosa en centros docentes públicos.”⁸

V. 2. 4. Acuerdo Nacional de 24 de junio de 1985

Al cabo de cinco años, el 24 de junio de 1985, los señores Ministros de Justicia y de Sanidad y Consumo y el señor Presidente de la Conferencia Episcopal Española, debidamente autorizado por la Santa Sede, firman el Acuerdo sobre Asistencia Religiosa Católica en Centros Hospitalarios Públicos (INSALUD, AISNA, Comunidades Autónomas, Diputaciones, Ayuntamientos y Fundaciones Públicas). Este es el Acuerdo marco nacional, que servirá de base a los convenios que harán posteriormente las Comunidades Autónomas, al serles transferidas las competencias en materia de Sanidad. También cada hospital público deberá recoger en sus Reglamentos y normas de régimen interno las disposiciones del presente Acuerdo.

Realmente habría que transcribir en el presente estudio la totalidad del Acuerdo, pero quiero destacar algunos de sus artículos o apartados.

En primer lugar subrayo de manera especial el artículo 2 porque en él se asientan muy claramente las bases del Servicio Religioso Católico

7 LEY ORGÁNICA 7/1980, de 5 de julio, de Libertad Religiosa (BOE., n. 177, de 24 de julio), art. 2,1b)

8 LEY ORGÁNICA 7/1980, de 5 de julio, de Libertad Religiosa (BOE., n. 177, de 24 de julio), art. 2,3

en los centros hospitalarios, vinculado a la Gerencia o Dirección general de los mismos. Se trata de ofrecer la atención pastoral no sólo a los enfermos católicos, sino también a sus familiares, al personal sanitario e incluso a los no católicos que libremente lo soliciten.

En cuanto a los medios materiales, el artículo 3 menciona la capilla, el despacho, el lugar de residencia del capellán y los recursos necesarios para el Servicio.

Quedan también muy detalladas las características y situación laboral de los capellanes. El Obispo u Ordinario del lugar será quien los designe, pero el nombramiento corresponde a la Institución titular del centro hospitalario.

También quiero mencionar el artículo 5, pues deja claro que el capellán de alguna manera forma parte del personal sanitario y, en plena colaboración con los demás servicios, tiene libertad de movimientos para poder atender a los enfermos, pudiendo recibir las informaciones pertinentes de cada uno de ellos.⁹

No dejan de tener su importancia los tres anejos de este Acuerdo, pues en ellos se fija el número de capellanes según la cantidad de camas del centro hospitalario, el sueldo a percibir y se aclara que en los centros hospitalarios que sean creados en el futuro por las Comunidades Autónomas, Diputaciones, Ayuntamientos y Fundaciones Públicas la obligación financiera relativa al servicio de asistencia religiosa católica corresponderá a las Entidades fundadoras.

Este convenio fue detallado por el posterior de 1986 con el hoy desaparecido INSALUD que se inclina por la relación contractual-laboral entre el capellán y el hospital. Estas disposiciones, una vez transferida la sanidad a las comunidades autónomas, actúan como subsidiarias.

⁹ Cf. ORDEN de 20 de diciembre de 1985 que publica el Acuerdo sobre a Asistencia religiosa católica en hospitales públicos (BOE n. 305, de 21 de diciembre), arts. 2-5.

V. 2. 5. Convenio Nacional del 23 de abril de 1986

Pero es al año siguiente, el 23 de abril de 1986, cuando el Director General del Instituto Nacional de la Salud y el Presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral, en representación de la Conferencia Episcopal Española firman el Convenio Marco sobre Asistencia Religiosa Católica en los Centros Hospitalarios del INSALUD. Este Convenio es la aplicación concreta del anterior Acuerdo y sirve de modelo referencial para los convenios que harán las Comunidades Autónomas.

Como aportación nueva hay que subrayar la enumeración concreta de las actividades a desarrollar por el capellán:

- Visita a los enfermos.
- Celebración de los actos de culto y administración de sacramentos.
- Asesoramiento en las cuestiones religiosas y morales.
- Colaboración en la humanización de la asistencia hospitalaria.

En resumen, tanto en la normativa general de asistencia sanitaria como en la referida a la libertad religiosa se reconoce el derecho a la asistencia religiosa en hospitales. Esta posibilidad se articula para las confesiones minoritarias con acuerdo, sin compromiso de financiación (art. 9 de cada uno de los Acuerdos) y, particularmente, para la Iglesia católica. Para ésta se firmó un convenio marco nacional, recogido en Orden de 20 de diciembre de 1985. El convenio crea un servicio de asistencia religiosa católica, financiado con fondos públicos, de tipo

concertado —entre las Diócesis o los capellanes y la Administración: gerencia o dirección del centro—. El servicio se asegura por concierto con la Diócesis del territorio o por contrato con el ministro de culto propuesto por la jerarquía.¹⁰

V. 3. En la Comunidades Autónomas

A lo largo de estos años distintas Comunidades Autónomas han ido ratificando el Acuerdo Nacional de 1985, el Convenio Marco Nacional de 1986 o haciendo diversos convenios o acuerdos sobre asistencia religiosa en los Centros hospitalarios. Algunos se vienen renovando automáticamente, otros se han ajustado a nuevas legislaciones, otros incluso ofrecen la posibilidad concreta de la presencia del capellán los Comités de Ética Asistencial. Haremos un recorrido sobre los que hemos tenido acceso.

V. 3. 1. Cataluña

El primer Acuerdo fue el de Cataluña con este título: “Acord sobre asistencia religiosa catòlica en els centres de la Xarxa hospitalària de utilització pública”. Fue firmado el 8 de mayo de 1986, por el Consejero de Sanidad y Seguridad social de la Generalitat de Catalunya y por el

¹⁰ Cf. CONVENIO de 23 de abril de 1986 sobre asistencia religiosa católica en los Centros hospitalarios del Instituto Nacional de la Salud

Cardenal de Barcelona, encargado de la Pastoral Sanitaria interdiocesana por los Obispos de las diócesis de Cataluña.

Según el preámbulo, se hace cumplimiento de lo previsto en el artículo IV,2 del Acuerdo sobre Asuntos Jurídicos, visto el Acuerdo Marco de 24 de julio de 1985 y teniendo en cuenta el contenido de la Carta de los Derechos de los Enfermos en los Hospitales, publicado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya (año 1984).

Consta de nueve artículos, una disposición transitoria y una final, que coinciden casi literalmente con el Acuerdo Marco.

El mismo Diario Oficial publicó la Resolución de 11 de marzo de 1992, por la que se da publicidad al Acuerdo sobre asistencia religiosa católica en los centros sanitarios de la red hospitalaria de utilización pública: “El Departament de Sanitat i Seguretat Social y la Iglesia católica de Catalunya estiman oportuno que el Servicio Catalán de Salud se adhiera al Acuerdo de 8 de mayo de 1986 sobre asistencia religiosa católica en los centros de la red hospitalaria de utilización pública,¹¹ dado que la citada red, desde la publicación de la Ley 15/1990, de 9 de julio, viene configurada por los centros y establecimientos hospitalarios integrados en el Servicio Catalán de Salud, así como los que están adscritos a él.”¹²

11 Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 780, de 19 de diciembre de 1986

12 Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 1572 de 23 de marzo de 1992, Pág. 1781

V. 3. 2. Madrid

Me remito a lo que expongo más adelante, al referirme a los Comités de Ética Asistencial, pues la Comunidad de Madrid siempre ha incorporado en un mismo documento la asistencia religiosa católica y la posible presencia del capellán en el Comité.

V. 3. 3. Valencia

El 29 de julio de 1992 se firmó el Convenio entre la Generalitat Valenciana y la Iglesia Católica sobre la asistencia religiosa católica sobre los centros hospitalarios de la red pública integrada en la Comunidad Valenciana ¹³.

Las características son prácticamente las mismas que en los demás convenios de comunidades autónomas.

V. 3. 4. Andalucía

ACUERDO de 17 de diciembre de 1986, del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza al Consejero de Salud a la firma del convenio:

“ACUERDO Autorizar al Consejero de Salud para la firma del Convenio que figura como Anexo al presente Acuerdo, de colaboración

¹³ Diari Oficial de la Generalitat Valenciana, núm. 1858 de 9 de septiembre de 1992, Pág. 9039

entre la Consejería de Salud y la Representación de los Obispos de Andalucía, para la asistencia religiosa católica en los Centros Hospitalarios de la Red Pública Integrada de Andalucía¹⁴.”

V. 3. 5. Castilla-León

El 2 de diciembre de 2004 se firmó el Convenio de colaboración entre la Gerencia Regional de Salud de la Comunidad de Castilla y León y los Obispos para la asistencia religiosa católica en los Centros Hospitalarios públicos dependientes de la Comunidad de Castilla y León. Este convenio reconoce, protege y posibilita la asistencia religiosa de los enfermos católicos y de todos aquellos internados que lo deseen en los centros hospitalarios dependientes de esta Comunidad. Se crea el Servicio de Asistencia Religiosa Católica para cada centro con las mismas funciones que indicaba el Convenio sobre Asistencia Religiosa Católica en los Centros Hospitalarios del INSALUD de 23 de abril de 1986.

¹⁴ Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 22 de 17 de marzo de 1987

VI. COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

VI. 1. Hechos históricos que motivaron su nacimiento

Después de los juicios de Nuremberg, el código de Nuremberg abordó el tema de la protección de los sujetos humanos en los estudios experimentales. Más tarde, la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1968) insistió en la necesidad de crear organismos que se encargasen de asegurar la calidad de los protocolos de investigación. A partir de este momento nacieron los Comités de Ensayos Clínicos. Algunos sucesos desgraciados colaboraron en el asentamiento de estos comités. Uno de los más famosos fue el nacimiento entre los años 1959 y 1962 de más de unos 8000 niños con malformaciones congénitas severas a consecuencia de la ingesta por la madre de Thalidomida durante la gestación. Se trataba de un medicamento estudiado en Alemania en 1953 y comercializado en 1957. Las embarazadas lo usaban para aliviar sus molestias. Tras descubrirse su acción teratógena se averiguó que actuaba entre las semanas 35 y 42 de gestación originando diversas malformaciones en dependencia de la semana en que se ingería, destacando las focomelias como las más llamativas y típicas.

Sucesos relacionados con la investigación revolucionaron también la opinión pública mundial. En los años 40, en Alabama (Estados Unidos), fueron reclutados 600 enfermos sifilíticos de raza negra para un estudio observacional auspiciado por instituciones asistenciales y universitarias norteamericanas públicas. Para poder observar la evolución natural de la enfermedad, estos pacientes fueron sometidos a controles seriados, evitando tratarlos, incluso tras el descubrimiento de la penicilina, y efectuando la autopsia a los que fallecían. En 1963, en un hospital judío

de Brooklyn, fueron inyectadas células cancerosas vivas a un grupo de ancianos. Finalmente, dentro de un protocolo de investigación, en Nueva York se inoculó el virus de la hepatitis a una serie de niños afectados de minusvalía psíquica. Aunque estos estudios fueron hechos públicos y los responsables castigados por faltas de ética, se hizo patente la necesidad imperiosa de controlar la investigación con seres humanos con el fin de protegerlos y asegurar su necesidad y la calidad de su ejecución.

Aunque ya en los años 20 se habían creado en Estados Unidos comités dirigidos a examinar una eventual esterilización de personas con deficiencia mental con fines eugenésicos o para la evaluación de posibles casos de aborto terapéutico, etc., sin embargo los comités asistenciales de ética surgieron definitivamente con ocasión de dos hechos: la constitución del Comité de Seattle y el caso legal alrededor de la paciente Ann Karen Quinlan.

Con un centro dotado de siete hemodializadores nació en Seattle la hemodiálisis periódica en los años 60. Hubo que recurrir a un sistema que seleccionase los pacientes a dializar de entre las innumerables solicitudes recibidas. Para ello se crearon 2 comités: uno de ellos era clínico mientras el otro debía juzgar los aspectos éticos y se componía de un abogado, una ama de casa, un funcionario gubernamental, un sindicalista, un religioso y un cirujano. Este último fue - podríamos decir- el primer comité ético de la historia y era conocido como "Comité de la Vida y de la Muerte".

Por otro lado, Karen Kinlan, una mujer de 21 años, había tomado en una fiesta valium, librium y barbitúricos, juntamente con alcohol. Perdió el conocimiento y sufrió una apnea de 30 minutos, que le produjo un coma vegetativo. Sus padres adoptivos solicitaron la desconexión de la ventilación asistida y sus médicos se negaron. Se produjo un proceso jurídico cuyo veredicto fue favorable a los padres. Después de desconectada, vivió 10 años más. Esta decisión de los Tribunales de Justicia, juntamente con una solicitud del congreso de EEUU a tal efecto,

condujo a principios de la década de los ochenta a la creación de los CEA hospitalarios.

El juez que falló el caso Karen Quinlan sugirió que tales casos deberían resolverse en el hospital en lugar de los tribunales, apuntando que fuera un CEA el que revisara los hechos y aconsejara a los responsables de la toma de decisiones, o sea, pacientes, familiares y sanitarios. A partir de 1976, los CEA podían tener entidad jurídica propia. El recurso a los jueces debería de reservarse para las ocasiones en que las partes implicadas son incapaces de resolver sus desacuerdos acerca de materias de cierta importancia.

La creación de los dos principales centros de bioética del mundo en los Estados Unidos –Kennedy Institute of Ethics y Hasting Center– impulsó la aparición de los primeros CEA en el país norteamericano.

En nuestro país, desde la creación del primer comité de ética en 1975 en el Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu de Barcelona por parte del Presidente del Institut Borja de Bioètica, Dr. Francesc Abel, se han creado muchos Comités de Ética Asistencial (CEA) en hospitales y centros sanitarios en España. A pesar de ello, no todos cumplen la función encargada y no por falta de conflictos éticos.

En España los centros de San Juan de Dios son pioneros en la creación de los Comités de Ética Asistencial, un recurso hospitalario que ayuda a orientar la toma de decisiones de los profesionales sanitarios en el desarrollo de la relación clínica con los pacientes y familiares, siempre bajo el prisma del asesoramiento ético y no de la imposición.

En Europa, España ha sido la pionera en la introducción de los CEA en los hospitales. En 1974 se fundó el Comité de Orientación Familiar y Terapéutica del Hospital de Sant Joan de Deu en Barcelona, origen del primer comité de ética asistencial en Europa, con la preocupación de proteger los derechos de los pacientes y del personal

sanitario y la salvaguarda de la identidad del hospital. La primera Comunidad Autónoma en contar con una legislación reguladora para la creación de estos comités fue Cataluña (Orden de 14 de diciembre de 1993). Le siguieron el País Vasco (Decreto 143/1995, de 7 de febrero) y el INSALUD (Circular 3/95, de 30 de marzo).

En Europa los CEA son muchos menos numerosos que en USA, si bien en algunos países -España entre ellos- cuentan con CEA prácticamente en todos los hospitales, tanto públicos como privados, existiendo una legislación bien determinada que determina su proceso de acreditación.

VI. 2. ¿Qué es un Comité de Ética Asistencial?

En la práctica médica, en el contexto de la complejidad de la relación clínica, surgen tomas de decisiones difíciles, derivadas del pronóstico de cada caso, de los objetivos terapéuticos, del uso de la tecnología, de los deseos del paciente y de los recursos disponibles. Con mucha frecuencia los médicos y los familiares se enfrentan, por ejemplo, al problema de decidir formas de limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes en quienes mantener medidas de soporte vital puede llegar a constituir obstinación terapéutica y daño al paciente.

Los CEA son las instancias institucionales encargadas de deliberar acerca de todas las posibles alternativas y de introducir en el análisis todos los valores implicados. Cuando un comité de ética analiza un caso clínico lo hace necesariamente en condiciones de incertidumbre, por cuanto ni en el ámbito de la medicina clínica ni en el de la ética existen certezas absolutas. La naturaleza de los CEA es la propia de un órgano consultor que analiza problemas éticos surgidos en la práctica clínica con

la finalidad de mejorar las decisiones y beneficiar al paciente. Así sus conclusiones, generalmente establecidas por consenso, son recomendaciones que tienen carácter asesor y no vinculante. En consecuencia, sus opiniones o informes no reemplazan ni disminuyen de manera alguna la responsabilidad profesional y personal de los médicos, sólo es ayuda para decidir mejor, al contar con claros fundamentos éticos.

Según las normativas, un CEA es un comité consultivo y multidisciplinar, al servicio de los profesionales y de los usuarios, que analiza los problemas éticos que surgen con el objetivo de mejorar la calidad asistencial. Su objetivo es promover la excelencia ética y asesorar en la toma de decisiones en situaciones conflictivas, de tal modo que se pueda elegir la más acorde con la dignidad humana.

Las instituciones sanitarias deberían explorar y evaluar diversas instancias administrativas posibles para revisar y consultar en materias no rutinarias acerca de la toma de decisiones. Disponer de un CEA es la mejor manera de tener en cuenta la mayor parte de lo que es mejor para todos y de mediar racional y éticamente entre usuarios-sanitarios (enfrentados) y terceras partes.

La complejidad de la medicina moderna exige del profesional de la salud algo más que conocimientos científicos, empatía y buena voluntad. Los problemas que se le plantean son en ocasiones de extraordinaria complejidad y su solución dista mucho de resultar evidente. A veces el profesional no encuentra en primera instancia el apoyo del sentido común, y en el juicio de su conciencia aparece la duda.

Para facilitar al profesional de la salud la reflexión ético-legal, aparecen en los años 70 los Comités Éticos Asistenciales (CEA). Con su labor orientadora, estos comités prestan un valioso servicio al médico, al paciente y a la sociedad, ayudando en cada caso a tomar la decisión más adecuada y evitando así el conflicto entre estas diversas instancias. De hecho, con el paso de los años los CEA han ido adquiriendo un papel

relevante en el campo de la ética profesional y hoy apenas hay en occidente un hospital con alguna complejidad tecnológica sin su propio comité.

Así pues, un CEA es una institución hospitalaria, de carácter multidisciplinar encargada de valorar y orientar la práctica asistencial de médicos y enfermeras (por tanto, es un Comité de tipo consultivo) desde los requerimientos éticos que comporta la dignidad humana, expresada en la relación clínica con las personas ingresadas y sus familias, con el fin de mejorar la calidad de la asistencia.

VI. 3. Composición de un CEA

Como ya hemos explicado un Comité de ética asistencial debe ser multidisciplinar e incluir en su composición las diferentes creencias e ideologías presentes en el medio social donde desarrolla su actividad. En él deben estar representadas las especialidades médicas más significativas, fundamentalmente las que suelen presentar problemas morales con más frecuencia (intensivos, urgencias, cirugía, anestesia, neurología, ginecología, psiquiatría, atención primaria, etc.), así como varios representantes de la enfermería (de diversas especialidades), un trabajador social (a ser posible del Servicio de atención al paciente), un abogado, un filósofo, un pastor religioso (de la creencia dominante en ese medio) y un miembro de la comunidad ajeno al ámbito sanitario.

En el comité deben estar representadas el mayor número de perspectivas posibles para poder tener en cuenta los intereses de todos los afectados por las decisiones a tomar. Si por algo se caracteriza la bioética es por manejar desde sus comienzos una metodología multidisciplinar.

VI. 4. ¿Cuáles son sus funciones?

Las funciones fundamentales de los CEA son tres:

- La formación ética de los propios miembros del CEA y de los profesionales del centro hospitalario.

- Análisis de casos clínicos problemáticos y elaborar un informe para orientar a los profesionales, pacientes o familiares que lo soliciten. Facilitar el proceso de toma de decisiones en los casos más conflictivos.

- Dar directrices sobre temas relacionados con la política sanitaria del centro. Elaborar protocolos de actuación en aquellos casos en que es frecuente el conflicto ético, como por ejemplo, en los criterios de actuación ante prematuros de muy bajo peso, criterios de selección de pacientes en la UVI, determinación de muerte cerebral, confidencialidad, protección de los derechos de los enfermos, etc.

1- La formación. El requisito fundamental para ser miembro de un CEA más que la formación previa, es el deseo de aprender bioética. Sólo después de haber aprendido, se puede enseñar a otros. Es lo que podríamos llamar la ética del comité de ética.

Se pueden dar tres tipos de formación:

- a- Hay una función educativa interna dirigida a todos los miembros del CEA, que son los primeros beneficiados.

- b- Hay otra función educativa externa enfocada a la formación del resto del personal hospitalario, sobretodo mediante la difusión razonada de sus decisiones.

c- La llamada función modélica ejemplar. Es la que se realiza cuando las decisiones del comité sobrepasan el área hospitalaria propia y llegan a otros hospitales o a la población general.

La función más importante, más dura y menos valorada es la de formación en bioética de los profesionales sanitarios y de todo el personal de la institución. La docencia, el intentar cambiar el talante de los profesionales en sus relaciones y en la toma de decisiones, la difusión del nuevo estilo de hacer Medicina que supone la bioética, es la función más importante, pero a la vez la más lenta, la más dura y menos espectacular. Generalmente es más atractiva la resolución de casos, pero lo que a la larga hace cambiar las actuaciones de los profesionales, es la educación, la formación, el conocimiento de los problemas y de la manera de solucionarlos. Esta es una tarea silenciosa e ingrata, cuyos frutos no se ven ni a corto ni a medio plazo, pero sin duda es la función principal que nunca debe abandonar el CEA.

2- Los consejos que se esperan de un CEA son, entre otros:

- Ordenes de no reanimar.
- Acciones ante neonatos con minusvalías graves.
- Quien y cuando desconectar aparatos de soporte vital.
- Creación de consentimiento informados (CI) válidos, para todo tipo de exploraciones y tratamientos. Un subgrupo especial es la creación de CI en nombre de ancianos, con disminución de su capacidad mental.
- Análisis de casos.
- Realización de protocolos (una parte técnico-diagnóstica, pronóstico y alternativas de tratamiento, y otra donde se abordan problemas éticos identificados)

- Determinación de la muerte.

- Dar directrices; es el motivo por el cual surgieron los CEA. Consiste en el estudio y resolución de casos concretos que se plantean en el hospital.

Tipos de consulta:

- Información a un paciente con patología psiquiátrica sobre su condición de seropositivo.

- Rechazo de una transfusión de sangre en un paciente Testigo de Jehová.

- Rechazo de una exploración endoscópica

- Rechazo de una transfusión

- Rechazo del tratamiento de un paciente con enfermedad infecciosa

- Utilización de contrastes en radiología

- Consentimiento de pacientes para la determinación del VIH ante un accidente profesional

- Limitación del tratamiento en un paciente en Estado Vegetativo Persistente.

- Revisión del protocolo sobre cuidados paliativos

- Limitación de tratamiento sustitutivo renal por conducta antisocial

- Incumplimiento del tratamiento

- Orientaciones de Consentimiento Informado en investigación

- Rechazo de tratamiento con antiretrovirales en gestantes seropositivas

- Rechazo de tratamiento
- Rechazo de transfusión de sangre en paciente psicótico
- Circuncisión por motivos religiosos

En definitiva, todo CEA ha de velar por el respeto y la dignidad de las personas que intervienen en la relación clínica, tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud.

El modo de acceso al CEA depende de cada centro: unas veces son los miembros del personal que se dirigen directamente; otras vienen por vía de la junta directiva del centro y en otras es el propio CEA, quien decide estudiar un tema concreto.

La palabra clave alrededor de la cual giran todas las deliberaciones del CEA es la de tolerancia. Su fuerza residirá en la autoridad que logre alcanzar por la calidad de su trabajo, la imparcialidad de sus actuaciones y la consistencia racional de sus argumentos.

Funciones excluidas del CEA:

- Amparo jurídico de los profesionales sanitarios.
- Juicio sobre la conducta ética de los profesionales del centro.
- Sustituir la toma de decisiones de otros.
- Análisis de problemas socio-económicos.

VI. 5. INSALUD

El 30 de marzo de 1995 el Instituto Nacional de la Salud publicó la Circular 3/95 en la que establecía para toda España las instrucciones para la creación y funcionamiento de los Comités Asistenciales de Ética (luego terminarán llamándose Comités de Ética Asistencial). Después de una introducción justificativa presenta once puntos en los que se detallan todas las características: definición, autorización de los comités, ámbito institucional de actuación, dependencia, dotación de medios, composición, estructura, funciones, funcionamiento, memoria anual de actividades y correspondencia.

La instrucción sexta es la que establece la composición de sus miembros: lo serán de forma voluntaria y, a título orientativo, considera conveniente que haya 3 ó 4 médicos, 3 ó 4 enfermeras/os, 3 profesionales no sanitarios de la Institución que, con preferencia, desarrollen su actividad en los servicios de Trabajo Social, de Atención al Paciente/Usuario y de Asistencia Religiosa, 1 licenciado en Derecho acreditado en legislación sanitaria y 1 ó 2 personas no sanitarias interesadas en bioética.

Como puede notarse la presencia de un representante del servicio de Asistencia Religiosa del hospital estaba indicada, y así ha venido funcionando hasta que han ido entrando en vigor las distintas legislaciones autonómicas.

VI. 6. DECRETOS DE LA COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Es de justicia hacer aquí mención expresa del pormenorizado análisis que hace Vicente Bellver Capella de las principales regulaciones autonómicas, en lo referente a los Comités de Ética Asistencial. En su obra *Por una Bioética razonable*¹⁵ dedica casi cien páginas a estudiar a fondo las distintas tipologías de CEA, haciendo un estudio comparativo y una valoración de los comités de Cataluña, País vasco, Galicia, Navarra, Andalucía, Castilla y León, Madrid, Valencia y Murcia.

Dentro del ámbito nacional, la primera regulación fue la de Cataluña en 1993, después la del País Vasco con el Decreto 143/1995, de 7 de febrero, de creación y acreditación de Comités de Ética Asistencial, y al mes siguiente salió la Circular de la Dirección General del Instituto Nacional de Salud de 30 de marzo de 1995 sobre la acreditación de Comités Asistenciales de Ética. Más tarde Galicia (año 2000) y Navarra en el 2001. Una vez transferidas las competencias del INSALUD, el resto de Comunidades Autónomas han ido promulgando normativas de distintos rango y con diferentes denominaciones.

En nuestro Ordenamiento Jurídico más reciente ha sido decisiva la promulgación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que consagra un nuevo modelo de relación asistencial basado en el principio de autonomía y avanza en el reconocimiento de los derechos de los pacientes y usuarios de la sanidad. Se ha pasado de una relación paternalista médico-paciente a la de autonomía del paciente, olvidando que un elemento fundamental de la

¹⁵ VICENTE BELLVER CAPELLA, *Por una Bioética razonable*, Comares, Granada 2006

relación es la confianza. Sin confianza la relación médico-paciente acaba convirtiéndose en un frío contrato.

Por su parte, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, fija como uno de los objetivos de la gestión clínica el de asegurar la ética asistencial. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, también contiene referencias explícitas a la bioética en el ámbito de la investigación y en el uso tutelado de técnicas, tecnologías y procedimientos en los artículos 22.2 y 47.

VI. 6. 1. Cataluña

La “Ordre de 14 de desembre de 1993 d'acreditació dels Comitès d'ètica asistencial”, firmada por Xavier Trias i Vidal de Llobatera, Conseller de Sanitat i Seguretat Social, indica los miembros que han de formar parte del comité. En su enumeración no aparece ningún representante del Servicio Religioso del hospital. Podría llegar a aceptarse como tal al miembro que cita en el artículo 2, 2.1d): “una persona ajena a la institución con interés acreditado en el campo de la ética¹⁶”.

¹⁶ Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 1835 de 24 de diciembre de 1993

VI. 6. 2. País Vasco

El 7 de febrero de 1995 se firmó en Vitoria el Decreto 143/1995 sobre creación y acreditación de Comités de Ética Asistencial.

El artículo 5,2 enumera los integrantes del Comité y, además de médicos y enfermeras, indica una persona con acreditada formación en bioética y un representante de la sociedad con experiencia y prestigio en la defensa de los derechos de las personas¹⁷.

VI. 6. 3. Galicia

El número 130 del Diario Oficial de Galicia publicó el 5 de julio de 2000 el Decreto 177/2000 de 22 de junio, que regula la creación y autorización de los Comités de Ética Asistencial. El artículo 4 presenta la composición de dicho Comité y enumera: 3 médicos, 1 diplomado en enfermería, 1 licenciado sanitario de titulación distinta a los anteriores, 2 personas ajenas a las profesiones sanitarias, siendo una de ellas licenciada en Derecho; pide que, como mínimo uno de los anteriores tenga acreditada su formación en Bioética¹⁸.

Aquí no aparece ni la posibilidad de algún representante del Servicio Religioso, a no ser que la otra de las dos personas ajenas a la profesión sanitaria con acreditada formación en Bioética sea el capellán...

17 Cfr. Boletín Oficial del País Vasco, núm. 43 ZK de 2 de marzo de 1995, Pág. 2263

18 Diario Oficial de Galicia, núm. 130 de 5 de julio de 2000, Pág. 10.482

VI. 6. 4. Navarra

El Boletín oficial de Navarra número 116 de 21 de septiembre de 2001 publica la Orden Foral 435/2001, de 24 de agosto, del Consejero de Salud, por la que se regula la creación y acreditación de los Comités de Ética Asistencial.

El artículo 6,2 cita los posibles miembros del comité de la manera más breve y simple: personal médico, de enfermería y no sanitario del centro, personal no sanitario ajeno al centro, y aconseja que haya un licenciado acreditado en legislación sanitaria y miembros del Comité Ético de Investigación Clínica.

Para nada aparece la posibilidad de la presencia del capellán, pero quizá podría entrar en lo que dice en este artículo 6,1: al final, que los Comités de Ética Asistencial contarán con una participación equilibrada de las diversas profesiones sanitarias y una cualificada presencia social. Pienso que el capellán del hospital cuenta con esa “cualificada presencia social¹⁹”.

VI. 6. 5. Andalucía

De todos los decretos estudiados éste es, si cabe, el más original. Realmente cuesta entender por lo complicado de su estructuración, lo cual me fue confirmado al comentarlo con una enfermera, miembro de uno de estas “comisiones”.

¹⁹ Boletín Oficial de la Comunidad Foral de Navarra, núm. 116 de 24 de septiembre de 2001, Pág. 7616.

El decreto 232/2002 de 17 de septiembre²⁰ regula los órganos de Ética e Investigación Sanitarias y los de Ensayos Clínicos en Andalucía: la Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitaria, el Comité Autonómico de Ensayos Clínicos, los Comités Locales de Ensayos Clínicos y las Comisiones de Ética e Investigación Sanitarias de los centros hospitalarios y distritos de atención primaria del sistema sanitario público.

En lo que nos atañe, no se llama comité, sino comisión, están unidas o mezcladas las comisiones de Ética y las de Investigación sanitarias y se crea para asesorar a la dirección del centro y como órgano de participación de los profesionales en materia de investigación y ética sanitarias, relacionada con la atención sanitaria.

Para no complicar más la exposición me limito a indicar que, al hablar de la composición de estas comisiones, tal como dice el capítulo V, artículo 19c, la única posibilidad de entrada del capellán sería si se lo admite como “una persona con formación en bioética, a propuesta del responsable médico del centro ²¹.”

VI. 6. 6. Castilla-León

Esta Comunidad Autónoma publicó el Decreto 108/2002 de 12 de septiembre, por el que estableció el régimen jurídico de los Comités de Ética Asistencial ²².

20 Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 122 de 19 de octubre de 2002, Págs. 20.339-20.345

21 Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 122 de 19 de octubre de 2002, Pág. 20.345

22 Boletín Oficial de Castilla y León, núm. 181 de 18 de septiembre de 2002, Pág. 12121

El artículo 5,2 señala la composición del Comité y prácticamente coincide el apartado e) con lo que dice el decreto de Cataluña: “Una persona ajena al centro, servicio o establecimiento, no vinculada a las profesiones sanitarias, con interés acreditado en bioética.”

VI. 6. 7. Madrid

El 31 de marzo de 1988 se firmó un convenio entre la Comunidad de Madrid y el Arzobispado de Madrid-Alcalá, el cual fue sustituido por otro del 8 de abril de 1997.

Este documento vuelve a enumerar las actividades pastorales del Servicio Religioso, tal como indicó el Convenio sobre Asistencia Religiosa Católica en los Centros Hospitalarios del INSALUD de 23 de abril de 1986, pero en ese mismo artículo tercero, en su apartado segundo dice: “El Servicio de Asistencia Religiosa Católica, a través de sus legítimos representantes, formará parte del Comité de Ética y del Equipo Interdisciplinar de cuidados paliativos.”

Mediante Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, se traspasaron a la Comunidad de Madrid, en los términos que en el mismo se recogen, las funciones y servicios que venía realizando el Instituto Nacional de la Salud en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, así como los bienes, derechos y obligaciones, el personal y los créditos presupuestarios que resulten del propio acuerdo.

El 8 de mayo de 2003, el entonces presidente de la Comunidad Alberto Ruiz-Gallardón con el consejero de Sanidad, José Ignacio Echániz, firmaron el Decreto 61/2003 para regular el régimen jurídico, de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la

Asistencia Sanitaria, y para crear y regular la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y el Comité Asesor de Bioética de la Comunidad de Madrid.

Al tocar el punto de los miembros que componen el Comité, en su artículo 4, 1e) indica que también podrán incorporarse al CEA las personas que proporcionan asistencia religiosa.

Decreto 61/2003, de 8 de mayo, por el que se regula el régimen jurídico, de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria y se crean y regulan la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y el Comité Asesor de Bioética de la Comunidad de Madrid²³.

Orden 355/2004, de 13 de abril, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se crea la Comisión de Acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria.

El último convenio firmado (el que provocó tanta polémica) es el de 2 de enero de 2008. Este Convenio sustituye al convenio suscrito entre la Comunidad de Madrid y la Provincia Eclesiástica de Madrid el 28 de junio de 2004, así como a los de fechas 8 de abril de 1997 y 17 de octubre de 2001.

Es, sin lugar a dudas, el más amplio convenio de toda España, pues aborda, con muy buen trato, los distintos aspectos de la Pastoral Sanitaria en los centros hospitalarios, incluido el Voluntariado Católico. En su tercera cláusula, apartado 2, reitera el compromiso de que los capellanes formarán parte de los Comités de Ética y del equipo de cuidados paliativos.

²³ Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, núm. 124, de 27 de mayo de 2003, Págs. 14 ss.

VI. 6. 8. Comunidad Valenciana

El Diario Oficial de la Generalidad Valenciana n.º 4782 publicó el Decreto 99/2004, de 11 de junio, del Consell de la Generalitat, por el que se regula la creación y acreditación de los Comités de Bioética Asistencial²⁴.

Como puede notarse hay un pequeño matiz de nombre, pues se denomina “de Bioética”, no simplemente “de Ética”. Quizá se deba a que en ese mismo Diario Oficial se habla del Consejo Asesor de Bioética de la Comunidad Valenciana (al que se ha de solicitar la acreditación del comité) y de que el Gobierno Valenciano haya querido darle a estos comités una más clara significación bioética, tal como expone en la introducción, haciendo referencia al Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, indicando que no siempre resulta fácil discernir la decisión más respetuosa con la dignidad humana en el campo de la biomedicina, y porque entre sus funciones va a estar la de impulsar la investigación bioética en el centro.

Quiero también subrayar lo claro que deja este Decreto la finalidad y la fuerza de estos comités. Están para ofrecer recomendaciones garantizadas por la deliberación colegial de sus miembros. Su autoridad dependerá de la calidad de su trabajo, la imparcialidad de sus actuaciones y sobre todo la consistencia racional de sus argumentos. Sus dictámenes y recomendaciones nunca suplantarán la responsabilidad de quien tiene que tomar la decisión. Están para examinar y asesorar en los posibles conflictos éticos que les presenten, para amparar la dignidad de las personas y la calidad de la asistencia sanitaria.

El artículo 4,3 detalla la composición interdisciplinar que debe tener este comité y menciona expresamente “una persona encargada de la

²⁴ Diari Oficial de la Generalitat Valenciana, núm. 4782, de 24 de junio de 2004, Pág. 17067

asistencia religiosa en el centro sanitario”. Por lo tanto está claro que el capellán puede formar parte del grupo asesor. Digo “puede” porque, todos los miembros del comité lo son de manera voluntaria.

De todos los decretos que he revisado, a la hora de enumerar y especificar los posibles componentes del comité, indudablemente éste de la Comunidad Valenciana es el más completo y detallado, indicando la presencia entre sus miembros, por ejemplo, de un farmacéutico, un especialista en medicina legal y forense y una persona no sanitaria ajena a la institución.

El Decreto 99/2005, de 20 de mayo, del Consell de la Generalitat, modificó parcialmente el anterior Decreto 99/2004, de 11 de junio, por el que se regula la creación y acreditación de los comités de bioética asistencial.²⁵

VI. 6. 9. Región de Murcia

Decreto 26/2005, de 4 de marzo, por el que se regula el Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial «Dr. D. Juan Gómez Rubí» y los Comités de Ética Asistencial.²⁶ El artículo 15 enumera los miembros del comité y para nada aparece la posibilidad de que el capellán o algún miembro del servicio religioso pueda formar parte de él.

²⁵ Diari Oficial de la Generalitat Valenciana, núm. 5013, de 25 de mayo de 2005, Págs. 17905 ss.

²⁶ Boletín Oficial de la Región de Murcia, núm. 59 de 12 de marzo de 2005, Págs. 6303-6305

VI. 6. 10. Principado de Asturias

Decreto 109/2005, de 27 de octubre, por el que se establece el régimen jurídico para la creación y acreditación de los comités de ética para la atención sanitaria señala que los miembros de un CEA deben demostrar un interés por la ética o acreditar formación en bioética y, que tiene que formar parte, entre otros, “una persona ajena a las profesiones sanitarias con interés acreditado en la bioética” (Art.6).²⁷ En esta misma regulación se prevé la participación ciudadana dentro del comité.

VI. 6. 11. Castilla-la Mancha

A nivel autonómico, la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, preveía en su artículo 6.4 la constitución, mediante norma reglamentaria, de Comités de Ética Asistenciales para que informen y asesoren las actuaciones individuales de asistencia.

Con esta norma se posibilita, tanto la constitución de Comités en aquellas Áreas de Salud en las que venían funcionando grupos promotores, como la renovación de los Comités constituidos antes del año 2002 al amparo de la normativa del INSALUD.

El Consejo de Gobierno de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha aprueba el Decreto sobre Comités de Ética Asistencial en el ámbito del SESCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha). Es el Decreto 95/2006, de 17 de julio de 2006.

²⁷ Boletín Oficial del Principado de Asturias, núm. 257 de 7 de noviembre de 2005, Págs. 19518-19521

El Decreto establece el régimen básico del funcionamiento y funciones de estos Comités, y faculta a la Dirección Gerencia del SESCAM para la adopción de cuantas medidas sean necesarias para su ejecución.

La disposición final primera de este documento establece lo siguiente: “No serán de aplicación en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, a partir de la entrada en vigor de este Decreto, las Instrucciones del Instituto Nacional de la Salud sobre Comités Asistenciales de Ética.” Por lo tanto ya no es necesaria la indicación de la conveniencia de la presencia de un miembro del servicio de Asistencia Religiosa del hospital en el CEA. Efectivamente, el artículo 3 enumera los miembros que deberán componer el Comité y no nombra al capellán o miembro del Servicio Religioso. Quizá podría entrar de alguna manera dentro de las características que marcan los números 1d): “Una persona de reconocido prestigio, ajena al ámbito sanitario y preferentemente con formación acreditada en ética”; ó 2e): “Un profesional no sanitario con amplia formación en materia de derechos humanos.”²⁸

VI. 6. 12. Canarias

Decreto 94/2007, de 8 de mayo, por el que se crean y regulan la Comisión Asesora de Bioética de Canarias y los Comités de Ética Asistencial. El decreto canario también precisa “la formación acreditada en bioética” tanto del personal vinculado al centro como del ajeno (art. 9c y d).²⁹

²⁸ Diario Oficial de Castilla la Mancha núm. 149 de 21 de julio de 2006, pág. 15981

²⁹ Boletín Oficial de Canarias, núm. 103 de 23 de mayo de 2007, Págs. 10881-10885.

VII. CONCLUSIONES

VII. 1. El Capellán en el Hospital

Es de justicia reconocer el importantísimo papel que la institución eclesial ha jugado y juega en la asistencia sanitaria en nuestro país.

Me parece que, dentro de la letra y el espíritu de las actividades de los convenios marcos, el capellán puede desarrollar su misión pastoral con amplia libertad y responsabilidad, en plena colaboración con todo el personal sanitario. Yo diría más: al moverse por todos los lugares del hospital el capellán puede ir creando lazos de cercanía y amistad con muchos. De hecho, con bastante frecuencia es requerido para la administración del matrimonio, bautismo de hijos, etc. del mismo personal sanitario que lo tiene como “su párroco”, su “pater”. Añado, como opinión personal, que el capellán quizá está llamado a ser como el “alma” del hospital, alentando en todos el buen ánimo, la convivencia fraterna y respetuosa, y el ejercicio gozoso de la vocación sanitaria.

Por lo tanto, la tarea del capellán no queda reducida a visitar enfermos, confesarlos, llevarles la Comunión, administrarles la Unción y celebrar la Eucaristía en la capilla, sino que además habla con los familiares de los enfermos, aconseja en distintas ocasiones (por ejemplo para la donación de órganos), acompaña en los duelos y colabora con su testimonio y presencia cercana para que las relaciones personales sean más humanas y cordiales.

No se trata de un privilegio, ni de una intromisión de la Iglesia. La asistencia religiosa y la participación de los capellanes en los comités de

ética de los hospitales públicos responde al derecho de todo ciudadano a ser atendido, desde un punto de vista espiritual, en un momento especialmente difícil como es la enfermedad.

Las personas no son aconfesionales como el Estado y, por ello, tienen «derecho» a la asistencia religiosa. Los capellanes hacen un acompañamiento, no sólo administran los sacramentos. Son un alivio para muchos que necesitan que le tiendan una mano, le brinden una palabra de consuelo.

El capellán ha de anunciar la Buena Nueva y de comunicar el amor redentor de Cristo a cuantos sufren en el cuerpo y en el espíritu las consecuencias de una situación de enfermedad, acompañándolos desde el amor y la solidaridad.

Esta visión integral del hombre ha de caracterizar a la medicina, no solo desde una perspectiva científica o somática sino desde las dimensiones espiritual y moral. Es fundamental para la conservación y recuperación de la salud.

El capellán debe ser hombre de una profunda espiritualidad que le permita estar en contacto con el enfermo y hacer junto a él la experiencia de Dios, un ministerio de consolación y de esperanza, de Dios mismo que se hace presente y acoge y consuela aquellos que están afligidos por el dolor (cfr. 2Cor 1, 4). Pero como todos los profesionales el capellán debe cuidar su formación continuada y puesta al día, sobre todo en las ciencias humanas y en la problemática ética y bioética para colaborar en la respuesta a los retos que la medicina actual plantea.

Asimismo, al capellán debe ser garante de humanización, dando calidad humana en su apoyo y acompañamiento pastoral. “Experto en humanidad”, ha de ser propuesta válida que emerge de la Palabra de Dios, de la oración y de los sacramentos.

En la actualidad, más de 1.000 sacerdotes realizan labores de asistencia religiosa en los distintos centros públicos españoles.

VII. 2. El Capellán en el Comité de Ética Asistencial

La Iglesia desde siempre empeñada en la promoción de la vida y de la salud del hombre ha desarrollado toda una doctrina moral sobre la medicina y sus aplicaciones colaborando de una manera inigualable al nacimiento y desarrollo de la bioética. De gran importancia son los discursos de Pío XII dirigidos a los médicos, los documentos del Concilio Vaticano II, *Gaudium et Spes*, la *Humanae Vitae* de Pablo VI, la *Familiaris Consortio* y *Evangelium Vitae* de Juan Pablo II, y las declaraciones sobre el aborto, la eutanasia, sobre la moral sexual, siempre invitando al respeto de la vida humana que nace y la dignidad de la procreación, (*Donum vitae*).

La nueva tecnología en el campo biomédico no siempre orientada convenientemente a la tutela de la salud del hombre plantea nuevos problemas de carácter ético hoy todavía no resueltos. La investigación de nuevos fármacos, la experimentación incontrolada ha hecho que muchos comités de ética hayan reaccionado como aquellos espacios que en un contexto plural y con una metodología interdisciplinar busquen los caminos más adecuados para el cuidado de la salud del ser humano. En tal espacio y desde una conveniente preparación se dará respuesta a los problemas éticos que surgen, desde la búsqueda de soluciones operativas fundamentadas siempre en unos principios y valores que el mismo comité ha de señalar.

Habría que mencionar, especialmente, la fecundación "in vitro" con lo que supone para la conservación y eliminación de los embriones, la ingeniería genética con la posibilidad de combatir ciertas enfermedades pero también con los excesos de manipular el patrimonio genético, la experimentación farmacológica usando al hombre y a los animales. El problema del transexualismo y del cambio de sexo, de la reanimación en situaciones extremas, transplantes de órganos, eutanasia, aborto, contracepción y contragestación, esterilización... son muchos los problemas y los campos que están aún sin resolver y donde la ética ha de posibilitar respuestas que salven siempre lo mejor para el ser humano.

Será necesario definir el límite entre lo técnicamente posible y lo que es moralmente lícito y aquí los CEA pueden tener una gran importancia en el futuro de la humanidad, ya que estos tendrán siempre que salvar la dignidad del hombre. Su misma existencia, aparte de los que puedan surgir "ad hoc" y desaparecer una vez solucionado el tema a debate o el dilema a iluminar, habrá tener siempre una función pedagógica y educativa.

Si se piensa en lo difícil que ya es lograr que se comprenda el "ser" y el "obrar" del capellán dentro del hospital, bien se podrá percibir más difícil su aceptación dentro de un CEA. El primer asunto, por tanto, es que la presencia del capellán de hospital en el comité comporta una comprensión de su renovada identidad dentro de la pastoral sanitaria. Sólo si se concibe una pastoral no exclusiva o reductivamente sacramental se podrá entender adecuadamente qué pinta un capellán en un CEA.

Como miembros de los comités de bioética, los capellanes pueden tener una misión crucial en la reflexión bioética. Las cuestiones filosóficas y teológicas, los valores humanos, los aspectos éticos que nacen frecuentemente en un Comité de Bioética plenamente definidos dentro de un contexto cultural y religioso, de la personalidad y formación individual de los pacientes, de las familias y de los demás agentes implicados en la

decisión. Aunque algunos capellanes pueden tener una formación ética, su misión es diferente a la del moralista. El capellán identifica y dilucida las perspectivas espirituales como elementos esenciales del proceso de reflexión bioética. La integración de estas perspectivas, así como las de otros ámbitos sanitarios, son las que hacen posible una aproximación global a la bioética.

Los capellanes deben ser puntos de referencia para las dimensiones espirituales de la enfermedad y de la salud, tanto ante la comunidad como en el comité ético, incluso cuando los pacientes y sus familias no tengan una aparente fe religiosa.

Los capellanes deben desarrollar un plan de formación permanente, tanto para ellos mismos como para sus colegas sobre los principios éticos que se refieren a los valores espirituales, religiosos, culturales y filosóficos presentes en la persona servida en la propia institución sanitaria y contribuir a los planes formativos de la institución misma. Los capellanes están invitados a estudiar regularmente la literatura bioética, a tener una formación de base en orden a los principios bioéticos y a buscar caminos para aprender y adquirir experiencia en las reflexiones bioéticas, integradas con las dimensiones y los valores espirituales que los capellanes están llamados a orientar. Deben participar y servir como puntos de referencia en los programas de formación bioética que la institución promueva en relación con los pacientes. Los capellanes pueden llevar la experiencia de los valores espirituales, teológicos, éticos y morales a la reflexión y a las confrontaciones multidisciplinares concernientes a los problemas éticos, a los dilemas, al estudio de los casos y a las revisiones retrospectivas.

Los capellanes ofrecen una aportación sustancial ayudando al paciente, a las familias y a las personas a identificar adecuados valores espirituales, morales, religiosos, culturales y filosóficos. Estos valores destacan los principios que se refieren a las diferentes opciones en el tratamiento y en las decisiones del paciente.

El ministerio del capellán incluye un amplio repertorio de servicios, incluida la 'presencia pastoral', la 'conversación pastoral', el servicio y el asesoramiento pastoral. Con la experiencia de estos servicios, los pacientes, los familiares y el personal se sienten escuchados, comprendidos y apoyados en sus necesidades particulares y en el derecho a tener una atención personal. Por tanto, los que están implicados en el proceso deben estar a la altura de poder analizar la relación de los problemas de la salud y de la enfermedad con la dimensión psicológica de la situación, por ejemplo el ansia, el miedo, etc., y los problemas de orden espiritual, como el significado, la esperanza, las realidades últimas y la presencia de Dios. Los problemas variarán notablemente de una persona a otra en relación con la situación y vivencia religiosa del individuo. El mismo proceso de servicio pastoral se convierte en terapéutico para todos los que están implicados dentro del contexto decisional en bioética.

Los capellanes tienen la responsabilidad de poder ser interpelados sobre los valores espirituales específicos del paciente, de la familia y del personal. La misión de los capellanes consiste en ayudar y asegurar que el proceso de reflexión bioética sea respetuoso y atento, e incluya en la medida de lo posible los valores y deseos de las personas implicadas.

Experto en humanidad. Si la Iglesia, según la famosa definición de Pablo VI, es "experta en humanidad", el capellán, como exponente suyo privilegiado dentro de la estructura hospitalaria, debe serlo por su misión. Y para conseguirlo debe cultivar una "pasión por el hombre", por sus problemas, por sus anhelos, por sus dificultades y por sus derechos, pues todo esto constituye el objeto del radio de acción del comité.

Tutor de la trascendencia. Quizá pueda parecer una expresión altisonante, y de alguna manera lo es, probablemente por su objeto específico. En efecto, precisamente el contexto "laico" del comité hace que esté necesariamente abierto al pluralismo. La instancia religiosa, por

tanto, aunque no se comparta, no puede dejar de ser tenida en la debida consideración.

Defensor de la conciencia. El respeto por la conciencia que el Concilio Vaticano II define "sagrario del hombre" (*Gaudium et Spes*, 16b) y que la *Veritatis Splendor* confirma como "norma próxima de la moralidad personal" (VS n. 60), debe ser también prerrogativa del ministro del culto. La fácil mala comprensión de esta realidad como una libertad de conciencia -creadora de valores por un lado, y por otro su frecuente infravaloración en favor de la del médico- (como en el caso de la falta de consentimiento informado), exige que el capellán se convierta en su primer tutor.

En cuanto a la presencia del capellán en los Comités de Ética Asistenciales, los sacerdotes sí pueden participar en estos comités, aunque no sólo como religiosos sino también como expertos o especializados en temas de bioética. Hasta estos comités llegan aquellos asuntos delicados y ante los que un médico puede tener dudas éticas. Sin embargo, este comité sólo asesora al médico responsable y, por tanto, no tiene carácter vinculante sino consultivo. El médico puede tomar una decisión contraria.

¿El sacerdote en el Comité? Sí, en cuanto experto en bioética y no en cuanto representante de una confesión religiosa. Lo que los CEA necesitan son personas abiertas al diálogo, prudentes y con conocimientos en bioética. Sean o no sacerdotes.

En último término, los sacerdotes pueden formar parte de los mismos en uno de estos dos casos: como personal de plantilla del hospital, si acaso son médicos, enfermeros, trabajadores sociales, además de "magíster" en Bioética, o como "legos", es decir, como representantes de la ciudadanía, la opinión pública, la sociedad, no vinculada a la actividad de un determinado centro hospitalario, que también han hecho el master de Bioética.

Ni los sacerdotes están, pues, en los comités para imponer su moral ni la Iglesia Católica interfiere en el ejercicio de los derechos de los ciudadanos. Los capellanes sanitarios tratan de cumplir su función de samaritanos.

Además, la realidad es que son pocos los capellanes que participan en los comités de ética, ya que se trata de una actividad que, pese a estar contemplada en varios convenios, es voluntaria. En los casos de cuidados paliativos, el soporte que hace el sacerdote siempre es emocional y espiritual y sólo para quienes así lo deseen.

BIBLIOGRAFÍA

- Me remito, en primer lugar, a todos los Decretos de los Boletines y Diarios Oficiales de las Comunidades Autónomas, citados en las notas a pie de página del presente trabajo.
- Constitución Española de 1978.
- SPAGNOLO A. G. - SGRECCIA E., *I comitati di bioetica, sviluppo storico, presupposti e tipologie*, Vita e Pensiero, Milano 1989.
- SGRECCIA E., *Manuale di Bioetica*, I vol. - Fondamenti ed etica biomedica. Vita e Pensiero, Milano 1994.
- Convenio del Consejo de Europa de 4 de abril de 1997, relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina.
- Convenio de Oviedo de 24 junio de 2000.
- Declaración Universal sobre Derechos Humanos y Bioética. UNESCO, octubre 2005.
- Declaración Universal sobre el Genoma y los Derechos Humanos de la UNESCO DE 1997.
- Conferencia General de la UNESCO 11 de noviembre de 1997.

- Decreto de la Comunidad de Aragón 26/2003 de 14 de febrero por el que se crea el Comité Ético de Investigación clínica.
- RD 223/2004 de 6 de febrero por el que se establece los requisitos de realización de ensayos clínicos con medicamentos. Adecuación con la Directiva Europea 2001/20.
- Decreto de la Comunidad de Galicia 32/1996 de 25 de enero sobre acreditación de los Comités Éticos de Investigación Clínica.
- Decreto de la Comunidad del País Vasco 3/2005 de 14 de enero sobre los Comités Éticos de Investigación Clínica.
- Asturias: Decreto 109/2005, de 27 de octubre, por el que se establece el régimen jurídico para la creación y acreditación de los comités de ética para la atención sanitaria.
- ABEL, F., *Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento*. Rev. Labor Hospitalaria, 1993;
- VV AA. *Comités de bioética*, Rev. Labor hospitalaria (Número monográfico); 1993.
- CORTINA A., *Comités de ética*, en: Guariglia O. (Ed.), *Cuestiones morales*, Trotta, Madrid, 1996, 291-306.
- ÁLVAREZ JC., *Comités de ética asistencial: Reflexión sobre sus funciones y funcionamiento*, en: Ferrer JJ. y Martínez JL., *Bioética: un diálogo plural*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2002, 367-384.
- ÁLVAREZ JC., *Comités de ética asistencial: problemas prácticos*, en: Martínez JL. (Ed.), *Comités de bioética*,

Bilbao/Madrid, Desclée De Brouwer/Universidad Pontificia Comillas, 2003, 71-90.

- Guía Fundación CESM, Amaya Rico. V, González Cajal J., Junquera de Estéfani, R. (dir.), *Bioética y bioderecho. Reflexiones Jurídicas ante los retos bioéticos y breve recopilación normativa*, Granada, Comares, 2007 (en prensa).
- JOSÉ SARABIA Y ALVAREZUDE y MANUEL DE LOS REYES LÓPEZ (eds.), *Comités de Ética Asistencial*, Asociación Española de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid, 2000.
- JULIO L. MARTÍNEZ (ed.), *Comités de Bioética*, Pontificia Universidad de Comillas-Desclée de Brouwer, Bilbao, 2003
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, Comisión Episcopal de Pastoral, Departamento de Pastoral de la Salud, *La asistencia religiosa en el hospital*. Edice, Madrid, 2ª ed. 2007
- VICENTE BELLVER CAPELLA, *Por una Bioética razonable*, Comares, Granada, 2006
- Ley 1471986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.
- Ley 7/2003 Comunidad de Andalucía de 20 de octubre por la que se regula la investigación en Andalucía con preembriones humanos no viables para la fecundación in vitro.

- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica aprobada el 6 de julio de 2007. BOE número 159 de 4 de julio de 2007.
- Orden de 20 de septiembre de 1995 de Generalitat de Cataluña sobre la creación de la Comisión Asesora de Bioética, modificada por la Orden de 17 de octubre de 2000.

NOTA.- La regulación jurídica sobre los Comités de Ética Asistencial e Investigación Clínica de las Comunidades Autónomas son todas muy análogas; por dicho motivo no citamos todas y cada una de ellas.