

**Conciencia y catolicismo:** Derechos, responsabilidades y respuestas institucionales; editado por David E. DeCosse y Kristin E. Heyer

**11.**

**De Catholic Healthcare West a Dignity Health**

## **Conflictos de conciencia en el cuidado de salud católica estadounidense**

**Por Carol Bayley**

La formación de nuestra conciencia se produce a través de la lucha constante por ser buenos. Podemos experimentar esto primero cuando aprendemos las ideas de nuestros padres sobre el bien y el mal y luego interiorizamos esas ideas a medida que se desarrolla el superego. Pero gradualmente la formación de la conciencia moral tiene lugar, distinta de la voz del subconsciente, a medida que entramos en los complicados retos de la edad adulta y descubrimos que los problemas morales que merecen la pena son raramente blancos o negros; a medida que vivimos nuestras vidas de opciones morales reales: a medida que nos enfrentamos a los fallos sistémicos de nuestra sociedad para llevar adelante el reino de Dios. En la tradición católica, la formación de la conciencia debe incluir también una escucha atenta de la sabiduría acumulada de la Iglesia, mientras el Espíritu Santo la guía en el amor hacia la unión con Dios, que es el fin de la humanidad.

Pero conocer todas y cada una de las palabras de la enseñanza magisterial de los últimos mil años, incluso si eso fuera posible, no equipa a una persona para ejercer su conciencia en una situación determinada. Tal situación estaría llena de particularidades contingentes, que requerirían la aplicación prudencial de los principios al caso real en toda su arena humana, desorden e incertidumbre. Aunque se aleja de las ideas de Gaudium et Spes en otros aspectos, la tradición manualista, en la que los confesores tenían listas de las muchas maneras en que las personas pueden ofender a Dios y las utilizaban para calcular la culpabilidad relativa, la gravedad y el castigo, reconocía la importancia o la complejidad y la casi singularidad de cualquier situación.<sup>1</sup> No basta con conocer los principios. Uno no puede leerse a sí mismo una conciencia bien formada.

En los años que siguieron al Concilio Vaticano II, los teólogos exploraron las implicaciones de la comprensión del concilio sobre la interioridad o la conciencia y su relación y distinción con conceptos psicológicos como el "yo" y el "superego". Uno de estos teólogos, John W. Glaser, escribe que mientras que en el superego está el impulso subconsciente de la persona para restablecer su pertenencia a la comunidad de la que se ha aislado por su mala acción, la conciencia es una realidad totalmente diferente. Glaser escribe que mientras que una "buena conciencia" puede describirse como la armonía

entre Dios y el yo creada por el acto libre de la persona, la conciencia también puede llamar a uno a una posición extremadamente aislada. Escribe que la conciencia es una visión del amor y una "llamada emitida por el valor fundamental y la promesa del amor".<sup>2</sup>

En este ensayo describo dos situaciones contemporáneas, llenas de particularidades contingentes, en las que la decisión de la conciencia fue relativamente sencilla.<sup>3</sup> Si la conciencia es como un músculo, que se fortalece con el uso, estas decisiones fueron como los músculos que la madre necesita para arrojar el camión y salvarle la vida a su hijo: es un músculo mucho más fuerte de lo que nadie sabía, y la decisión se toma casi sin pensar, porque los requisitos de la conciencia, la respuesta a la llamada del amor, son tan absoluta e inmediatamente claros. En ambas situaciones, una individual y otra institucional, el reto no estaba en que la conciencia determinara los requisitos del amor, sino en aceptar las consecuencias de actuar de acuerdo con ellos. En el marco de Glaser, la armonía estaba ahí, pero también el aislamiento.

---

<sup>1</sup> Albert R. Jansen y Stephen Toulmin, *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning* (Los Ángeles y Berkeley: University of California Press, 1988): ver también James F. Keenan, -- "Vatican II and Theological Ethics". *Theological Studies* 74 (2013): 162--90.

<sup>2</sup> John W. Glaser, S.J., "Conscience and Supererogation: A Key Distinction", *Theological Studies* 32 (1971): 31.

<sup>3</sup> Yo era el especialista en ética del sistema en el momento en que se produjeron los acontecimientos de estas historias. Formé parte de las conversaciones originales con los obispos cuando los hospitales no católicos se unieron a Catholic Healthcare West (CHW) y en el momento en que CHW se convirtió en Dignity Health; escribí la "Declaración de Valores Comunes" revisada: y en la primera historia. Fui la persona que trató directamente con la hermana y su abogado canónico. redacté la opinión inicial de 1hc para el obispo, conseguí la opinión moral formal de un teólogo independiente, consulté con nuestra mesa directiva y con otros especialistas en ética del sistema para evaluar la idoneidad moral de nuestra posición, y trabajé con nuestro equipo de comunicación tanto para representar honestamente nuestra posición como para preservar lo que pudiera quedar de una relación con el obispo.

---

## **Dos casos**

Esta es la historia de dos decisiones de conciencia, dos actos de amor, ambos muy parecidos a la madre y al camión. El primero se refiere a la aprobación de un hospital o a la interrupción del embarazo para salvar la vida de una mujer con insuficiencia cardíaca inducida por el embarazo y la aceptación de las consecuencias de ello cuando el obispo local, después del hecho, no estaba de acuerdo. La segunda implicaba la decisión de una organización católica de mantener su integridad ante el cambio de prioridades eclesiales. Ambas decisiones, y las acciones subsiguientes, surgieron de convicciones profundamente arraigadas, informadas por la fidelidad a la enseñanza católica, para manifestar el amor sanador de Dios en el contexto de la asistencia médica del siglo XXI en los Estados Unidos.

## **Cuidado de salud y los límites de la autoridad magisterial: La conciencia en la Iglesia católica**

Este caso ilustra la cuestión de qué tipo de discernimiento realiza exactamente el católico cuando invoca la conciencia. ¿Es la conciencia, en el lenguaje de Gaudium et Spes, "el núcleo más secreto y el santuario del ser humano" (nº 16)? ¿Es una escucha en la fe de la ley en el propio corazón escrita por Dios? ¿O debe un católico, para serlo, someterse a una autoridad jerárquica ajena a él? ¿Se manifiesta principalmente la conciencia en la obediencia o en el amor?

En octubre de 2010, una mujer con hipertensión pulmonar primaria descubrió que su método anticonceptivo había fallado y que estaba embarazada de siete semanas. La hipertensión pulmonar se presenta en un continuo de gravedad. La afección en el embarazo conlleva un 25 por ciento de riesgo de muerte en general, pero en quienes tienen una enfermedad más leve el riesgo es menor y en quienes tienen una enfermedad grave el riesgo es mucho mayor. Para entender la hipertensión pulmonar en el embarazo, piense en una bomba de sumidero defectuosa en un sótano húmedo. Para la tormenta ordinaria, la bomba debilitada trabaja duro y se las arregla para el trabajo. Pero cuando llega la inundación de cien años, la bomba es inadecuada para la tarea. Se quema y se para.

Una mujer, antes de quedarse embarazada, tiene un determinado volumen de sangre; al final del embarazo, ese volumen ha aumentado en un 50%: para una mujer con una enfermedad pulmonar grave, es similar a la inundación de cien años. El corazón de una persona con hipertensión pulmonar puede arreglárselas con el volumen de sangre estándar, pero cuando el volumen aumenta, el corazón puede verse sobrepasado, inadecuado para la tarea, y simplemente falla. Por eso su médico, conociendo la gravedad de la enfermedad de la mujer antes del embarazo, le aconsejó, a las siete semanas, que interrumpiera el embarazo. No lo hizo.

Cuatro semanas después, su volumen sanguíneo había aumentado previsiblemente y, a pesar de la medicación, su corazón había empezado a fallar. Fue admitida en la UCI del hospital católico local, donde sus médicos le advirtieron que, si no interrumpía el embarazo inmediatamente, moriría. Con otros cuatro hijos en casa y su propia madre animándola a interrumpir el embarazo, finalmente accedió.

Como se trataba de un hospital católico, se consultó a su comité de ética sobre la permisibilidad de interrumpir el embarazo. El aborto no está permitido en un hospital católico, según las Directivas Éticas y Religiosas para los Servicios de Salud Católicos (ERD son sus siglas en inglés). Las ERD definen el aborto como la interrupción directamente intencionada del embarazo antes de la viabilidad, o la destrucción directamente intencionada de un feto viable, y especifican además que "todo procedimiento cuyo único efecto inmediato es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad" es un aborto. <sup>4</sup> Sin embargo, según la Directiva 47, "las operaciones, los tratamientos y los medicamentos que tengan como finalidad directa la curación de un estado patológico proporcionalmente grave de una mujer embarazada están permitidos cuando no puedan posponerse con seguridad hasta que el feto sea viable, aunque vayan a provocar la muerte del feto". El comité de ética decidió que la interrupción del embarazo estaba justificada en virtud de la Directiva 47. A las once semanas, el único procedimiento para interrumpir un embarazo es la dilatación y el raspado. En este caso,

el objetivo del procedimiento era salvar la vida de la madre mediante la extracción de la placenta, que producía la hormona del aumento del volumen sanguíneo. La intención no era acabar con la vida del feto, pero era un efecto secundario inevitable y previsto. La interrupción se produjo y la mujer sobrevivió.

Después del hecho, durante el análisis teológico moral, categorías como la "intención", "el objeto del acto" y "lo que realmente estaban haciendo" se volvieron relevantes.<sup>5</sup> En el mundo práctico de la medicina de urgencias, esos puntos teológicos no son el centro de atención. Si se hubiera preguntado a los miembros del equipo médico de la mujer qué estaban haciendo, habrían dicho que estaban salvando la única vida que podían salvar. No estaban practicando un aborto, ni interrumpiendo un embarazo, ni extirpando la placenta, ni siquiera realizando "una operación que tiene como finalidad directa el estado patológico proporcionalmente grave" de la mujer. Estaban salvando una vida.

Varios meses después, el administrador del hospital y la Hermana de la Misericordia, que había comunicado al médico la decisión del comité de ética, fueron citados en la oficina del obispo local. Al enterarse (por un sacerdote cuya madre trabajaba en el hospital) de la interrupción del embarazo, el obispo acusó a ambos de autorizar un aborto. Ninguna explicación, incluso después de que se corrigiera la versión del obispo sobre los hechos médicamente relevantes, le disuadió de la postura de que el hospital había actuado en contra de las ERD y que, al autorizar un aborto que sabía que iba en contra de la enseñanza de la Iglesia, la hermana se había excomulgado. Se le dijo al administrador que, a menos que el hospital y el sistema que lo patrocinaba admitieran públicamente su fechoría y prometieran no volver a hacerlo, el obispo dejaría de reconocer al hospital como hospital católico. Tras una conversación sostenida con el obispo y reuniones al más alto nivel de la organización católica propietaria del hospital en el que se produjo el caso y cuatro días antes de Navidad, el obispo anunció públicamente que retiraba su reconocimiento de la identidad católica del hospital y se negaba a permitir que se celebrara una misa en su capilla.

Durante las negociaciones con el obispo, mientras la mesa directiva y los patrocinadores de las Hermanas de la Misericordia evaluaban sus opciones, consulté a varios teólogos, expertos en moral por teléfono y correo electrónico. Entre ellos se encontraban teólogos de universidades y seminarios, así como aquellos que trabajan para los sistemas de salud católicos en calidad de éticistas. He utilizado una red muy amplia, consultando a aquellos con los que he discrepado profesionalmente en el pasado sobre una serie de cuestiones éticas en la salud católica, aunque nunca sobre este tema. También discutí la cuestión con varios obispos.

---

4 Conferencia de Obispos Católicos de Estados Unidos, *The Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, 5ª ed. (Washington, DC: USCCB). (Washington, DC: USCCB, 2009), 26.

5 Véase Cathleen Kaveny, "What ss 'Abortion'. Anyway", *dotCommonweal* (20 de mayo de 2010), <http://www.commonwealmagazine.org>; véase también Therese Lysaught, "Moral Analysis of a Procedure at Phoenix Hospital", *Origins* 40/33 (27 de enero de 2011): 537-47.

---

Todos los obispos o teólogos que consulté coincidieron en que el hospital había hecho lo único razonable que podía hacer. Cuando les pregunté por qué era así, sus respuestas se dividieron en tres categorías. Un teólogo dijo que la posición de la Iglesia es "cruel pero clara". Con esto quería decir que, independientemente de la intención de hacer el bien, el acto de poner fin a un embarazo que requiere la destrucción de un feto cuenta como un aborto injustificado y se considera inmoral en la enseñanza católica. También creía que, dadas las circunstancias, salvar la vida de la mujer era un requisito más importante que seguir la (cruel) enseñanza de la Iglesia.

El segundo punto de vista, con diferencia el más extendido entre los teólogos empleados como especialistas en ética en los sistemas sanitarios católicos, era que, en virtud de la regla del doble efecto, la interrupción del embarazo de la mujer estaba totalmente justificada. En la formulación tradicional, para que una acción esté justificada por el doble efecto debe cumplir cuatro condiciones: (1) el acto en sí debe ser bueno o, al menos, neutro, (2) el efecto bueno (y no el malo) debe ser intencionado, (3) el efecto bueno no debe alcanzarse mediante el efecto malo, y (4) debe haber una razón proporcionada para permitir el efecto malo.

Estos teólogos sostenían que el único acto o la interrupción del embarazo tenía dos efectos, salvar la vida de la mujer y acabar con la del feto, y que sólo el primero era el que realmente se pretendía como objeto o acto. Argumentaron que el acto no era malo en sí mismo; poner fin a un embarazo extirpando un útero canceroso, aunque grávido, por ejemplo, es uno de los casos estándar en la enseñanza sobre el doble efecto. El tercer requisito en la aplicación tradicional de la regla del doble efecto es que el efecto malo no sea el medio por el que se consigue el efecto bueno. Satisfaciendo esta tercera condición, el efecto bueno no se aseguró por medio de la terminación de la vida del feto; si hubiera habido una manera de terminar la producción de la hormona por la placenta sin dañar al feto, se habría hecho. La destrucción del feto no era necesaria, pero sí inevitable. Por último, la gravedad necesaria para el cálculo del doble efecto estaba ciertamente presente. Si no se realizaba la interrupción, tanto la mujer como el feto morirían. De hecho, la muerte del feto era segura, en cualquier caso.

La tercera respuesta fue de un teólogo que dijo que casos como éste muestran los límites de la enseñanza católica. Las propias ERD reconocen que no se aborda en detalle todas las complejas cuestiones a las que se enfrenta la salud católica hoy en día.<sup>6</sup> En estos casos, las decisiones prudentiales deben tomarse a la luz del conjunto de la enseñanza católica.

Estas opiniones se emitieron inmediatamente después del pronunciamiento del obispo en el caso. Posteriormente, dado que el caso atrajo tanta atención tanto en la prensa secular como en la literatura teológica, varios teólogos, entre ellos Kevin O'Rourke, Bernard Prusak y Gerald Magill, utilizaron el caso tanto para opinar sobre el mismo como para explorar los límites de las doctrinas teológicas utilizadas para analizarlo.<sup>7</sup> Se expusieron buenos argumentos para considerar el caso no simplemente a través de la lente del doble efecto, a la que suele recurrir la ética médica, sino también a través de la lente de la elección del menor de los males y del derecho a la autodefensa.

Este caso, y las decisiones de conciencia que requirió, tuvieron lugar a varios niveles. En el más básico, esta mujer católica se resistió a interrumpir su embarazo porque era católica, hasta el momento en que su propia vida estaba en juego. No contó con la probabilidad, que era alta, de que su propia vida se viera amenazada. Sólo cuando estuvo realmente amenazada aceptó interrumpir el embarazo. Es evidente que su conciencia actuó, primero al resistirse al aborto y luego, a la luz de sus responsabilidades con sus otros hijos, al aceptarlo.

A nivel del administrador y de la hermana que dirigían el comité de ética, las exigencias de conciencia eran algo diferentes. Como hospital católico, identificado como un ministerio formal de la Iglesia católica, el hospital tenía la responsabilidad de defender la enseñanza católica. Por eso, en lugar de limitarse a aprobar un aborto para salvar la vida de una mujer embarazada, el comité de ética revisó el caso y llegó a la conclusión de que la enseñanza católica, explícitamente en las ERD y más generalmente en la tradición moral de la regla de doble efecto apoyaría la interrupción del embarazo por el bien proporcionado o por salvar la vida de la mujer.

---

Conferencia Episcopal de Estados Unidos, *The Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, 4.

7 Sec Kevin O'Rourke, O.P., "What Happened in Phoenix? Las complicadas razones de un aborto en un hospital católico:- América (.lune 21, 2010)idem, "Complications: A Catholic Hospital. a Pregnant Mother. and a Questionable Excommunication", *America* (2 de agosto de 2010) idem, "From Intuition to Moral Principle: Examining the Phoenix Case in Light of Church Tradition:- *America* (15 de noviembre de 2010) idem, "Rights of Conscience Responding to a Bishop's Disciplinary Decisions", *America*(1 de agosto de 2010); Bernard Prusak, "Double Effect, All Over Again: El caso de la hermana Margaret McBride", *Theoretical Medicine and Bioethics* 32/4 (agosto de 2011): 271-83; y Gerald Magill. "Amenaza de muerte inminente en el embarazo: Un papel para el razonamiento de doble efecto", *Estudios Teológicos* 72/4 (diciembre de 2011): 848-78.

---

A medida que las consecuencias de esa decisión se desarrollaban -después del ultimátum del obispo-, el administrador y el consejo de administración y las hermanas patrocinadoras de la organización matriz no sólo se fijaron en la doctrina católica, que creían que justificaba su acción, sino también en los requisitos para dirigir una empresa de asistencia médica en una sociedad pluralista con sus propias normas y reglamentos para operar en el interés público. Para poder seguir prestando los servicios a todas las personas de su comunidad local que dependían de ellos, la empresa matriz se negó a decir a las mujeres que, si la única forma de salvar su vida era interrumpir su embarazo, la doctrina católica exigía la muerte de la mujer.

Este caso ilustra el ejercicio de la conciencia, en los tres niveles, que se ha formado a la luz de las exigencias del amor y en la fidelidad a la enseñanza católica. La mujer sabía que el aborto estaba mal. La dirección del hospital entendía las implicaciones de las ERD. La razón principal de ser del hospital -seguir siendo el ministerio de sanación de Jesús en un mundo herido - fue precisamente la razón por la que perdió el reconocimiento del obispo como hospital católico. Estas decisiones no eran el ejercicio de la conciencia que requería apartarse de la enseñanza católica. Eran decisiones que requerían la interpretación de esa enseñanza a las circunstancias supeditadas a un caso real.

## **Cuidado de salud y los límites de la autoridad magisterial: La conciencia, la Iglesia y el mundo pluralista**

Para entender el segundo caso, son necesarios algunos antecedentes. Fundada en 1986, Catholic Healthcare West (CHW) comenzó como una pequeña organización de doce hospitales formada para el apoyo mutuo y la administración eficaz de los recursos por parte de dos comunidades de Hermanas de la Misericordia. Aunque la mayoría de los hospitales que poseían estas hermanas se llamaban en realidad Mercy Hospital, cuando bautizaron el nuevo sistema eligieron lo que consideraron que sería un nombre más inclusivo: Catholic Healthcare West. En el siglo XXI, los sistemas con hospitales múltiples son la norma. En 1986, la esperanza era que otras congregaciones religiosas cuyo número se estaba quedando pequeño para sostener sus hospitales católicos se unieran a CHW cuando las condiciones locales empezaron a amenazar a los hospitales como empresas independientes, basadas en la comunidad y sin ánimo de lucro. Las hermanas estaban, y siguen siendo asignadas como miembros del consejo de administración, líderes de la misión, capellanas y, en algunos casos, como enfermeras y defensoras de los pacientes, pero funciones como la administración, las finanzas, la planificación, las compras y el área legal (donde tradicionalmente trabajaban pocas hermanas) se confiaron a personas laicas. Estos colaboradores eran profesionales que entendían tanto el asunto de la salud médica como su identidad como responsabilidad social y derecho humano. De hecho, la visión de las fundadoras de la Misericordia se hizo realidad, y el sistema atrajo el patrocinio de otras cinco congregaciones religiosas, que aportaron sus hospitales al sistema y su liderazgo al gobierno de la organización.

A mediados de los años noventa, el CHW era lo suficientemente fuerte como para atraer incluso a hospitales no católicos, cuyas mesas directivas y liderazgo compartían los valores fundamentales de la misión, especialmente en las zonas geográficas donde el CHW ya estaba presente. Ante la reducción de los reembolsos y los retos de capital que resultaban difíciles de afrontar como prestatarios aislados en Wall Street, estos hospitales buscaron una forma de preservar tanto su condición de entidad sin fines de lucro como sus responsabilidades con sus comunidades locales. Sus opciones eran escasas, sobre todo porque también era una época de gran consolidación y adquisición entre los sistemas de salud con ánimo de lucro como Tenet y HCA Columbia. Como forma de preservar y fortalecer la asistencia de salud católica y promover la misión de la organización de atender las necesidades sanitarias de todos, CHW emprendió un proceso para incorporar a estos hospitales como miembros de pleno derecho. Ese proceso dio lugar a la elaboración de la "Declaración de Valores Comunes", una especie de línea de fondo moral para la asociación. Su primera versión era un reflejo de las ERD con una importante diferencia. Mientras que las ERD prohíben la esterilización, este documento no aborda la cuestión de la anticoncepción permanente o temporal, ya que no es un valor que la CHW tenga en común con estos hospitales.

Algunos de los hospitales habían practicado abortos en el pasado, y la "Declaración de Valores Comunes" aseguraba que esto se acabaría. Tampoco un hospital de la red practicaría nunca el suicidio asistido por un médico o la eutanasia, en caso de que se legalizaran en las jurisdicciones de CHW. Además, los hospitales se comprometieron a

cumplir los elevados estándares de CHW en cuanto a beneficios para la comunidad; a aplicar unos estándares de cuidados paliativos que se encontraban entre los más estrictos del país; a atender a la persona en su totalidad contratando capellanes profesionales, no voluntarios, y a dar voz a sus empleados en las condiciones de su trabajo. Los obispos parecían estar de acuerdo en que formar parte de la CHW era una forma de que estos hospitales no católicos avanzaran en la misión de la salud católica sin convertirse en un ministerio de la Iglesia.

En todos los casos, en todas las zonas en las que el hospital no católico pidió a la CHW, se consultó al obispo local y se discutió la "Declaración de valores comunes", con la disposición de que el hospital seguiría prestando servicios de esterilización. Como los hospitales no iban a convertirse en católicos, la amenaza de escándalo era mínima. Los obispos que aprobaron estas fusiones nunca lo hicieron por escrito ni emitieron un *nihil obstat*. Pero sí dejaron claro a la CHW su pensar en las reuniones con los representantes del sistema en previsión de las fusiones. Estaban convencidos de lo que los hospitales no católicos acordaron hacer (en la "Declaración de Valores Comunes"); el mal de la esterilización, en el juicio prudencial de los obispos, parecía ser superado por el bien que harían estos hospitales. Un obispo lo calificó de "oportunidad de evangelización".

### **CHW se disuelve**

Esa era la situación en 2010, algunos años después de la última adquisición de un hospital no católico por parte de la CHW. Varios años antes, un obispo nuevo en una diócesis en la que CHW tenía un hospital no católico (y, por tanto, no el obispo que entendió y aceptó el acuerdo) dijo a CHW que no aprobaba la relación y que debía interrumpirla. Durante siete años, los administradores de CHW, las hermanas patrocinadoras y su departamento jurídico se reunieron con el obispo para explicarle la relación contractual con el hospital, que no era un hospital católico, que el obispo anterior y muchos otros obispos de CHW habían aceptado tales acuerdos, y que no era posible obligar al hospital a dejar de realizar esterilizaciones anticonceptivas sin faltar a la palabra de CHW, violar su contrato y ser responsable de ello ante los tribunales. Un aspecto importante de las negociaciones originales -durante las cuales los hospitales no católicos acordaron, entre otras cosas, dejar de practicar abortos- fue el reconocimiento por parte de CHW de que la prestación de servicios anticonceptivos a sus comunidades era, en un sentido muy real aunque no matizado teológicamente, una cuestión de conciencia para ellos. Consideraban una parte fundamental de su responsabilidad ante sus comunidades mantener un servicio que muchas mujeres, en conciencia, creen que es la opción moral adecuada para ellas y sus familias.

Al no poder lograr su objetivo directamente con CHW, en 2010 el obispo se puso en contacto con la Conferencia Episcopal de Estados Unidos (USCCB son sus siglas en inglés) y planteó una sencilla pregunta: ¿Debe un hospital de un sistema católico cumplir todas las disposiciones de las ERD? Algún tiempo después, todos los obispos católicos de Estados Unidos recibieron una carta de tres párrafos en la que se respondía afirmativamente.



Esta carta no sólo fue preparada y enviada sin responder al correo o a las llamadas telefónicas de CHW para explicar cómo se había llegado a los acuerdos o qué los motivaba, sino que USCCB también llegó a su conclusión sin el beneficio de ninguna consulta con otros obispos que habían acordado la inclusión o los hospitales no católicos en el ministerio de CHW en primer lugar. Ciertamente, los obispos de la USCCB deben haber hablado entre ellos, pero su acción mostró una profunda falta de respeto por cualquier diálogo externo, incluso los siete años de diálogo que CHW tuvo con el obispo que les planteó su pregunta. No hubo ninguna conversación con los dirigentes de CHW, ni con ningún miembro de la comunidad en la que operan estos hospitales, ni con nadie sobre los requisitos legales que conlleva la conversión de un hospital secular en uno católico, ni ningún diálogo sobre el impacto de tal decisión, no sólo en CHW, sino en el futuro del apostolado de salud católica en Estados Unidos. Parece que ha habido una ausencia total del tipo de diálogo con el mundo moderno al que el Vaticano II llamó.

Claramente, el panorama eclesial había cambiado. Ahora, más preocupados por la pureza de la enseñanza católica y la claridad del testimonio que por lo que los obispos anteriores consideraban la evangelización y la preservación de los valores católicos en la sanidad secular estadounidense, los obispos de California, Arizona y Nevada se reunieron y dieron a CHW tres opciones. La primera era hacer que todos los hospitales no católicos fueran católicos. Esto no era posible, por todas las razones descritas anteriormente; por contrato legal, los hospitales se atenían a la "Declaración de Valores Comunes", preservando su condición de no católicos, y no estaban dispuestos a "convertirse". La segunda opción ofrecida por los obispos era que CHW simplemente vendiera los hospitales no católicos. CHW tenía entonces cuarenta hospitales, trece de los cuales no eran católicos. Estos cuarenta hospitales dependían unos de otros para obtener contratos favorables con terceros pagadores, para pedir préstamos para mejoras de capital y para compartir servicios a nivel del sistema; estaban entrelazados entre sí de muchas otras maneras. La venta de más de un tercio de ellos, si es que se pueden encontrar compradores, dejaría al resto del sistema en un estado de colapso. Esta opción mostraba, desde el punto de vista ético, una profunda ignorancia de la economía y el funcionamiento de la sanidad o una profunda apatía hacia ella.

La última opción, y la que finalmente eligieron las hermanas patrocinadoras y el gobierno de CHW, fue dejar de utilizar el: nombre de católica y reorganizar el gobierno para que las congregaciones religiosas pontificias dejaran de estar al frente de la organización que habían fundado.<sup>8</sup> Especialmente para las hermanas, pero también para los miembros laicos del consejo de administración, fue doloroso darse cuenta de que para preservar un ministerio con cincuenta y cinco mil empleados y cuarenta hospitales, muchos de los cuales son la red de seguridad médica en sus comunidades, tendrían que renunciar a la asociación de ese ministerio con la Iglesia católica, en la que fueron fundados, sobre la base del deseo de los obispos de ser fieles a la enseñanza católica sobre la esterilización.

Uno recuerda la historia del sabio rey Salomón en el Antiguo Testamento. Dos mujeres se presentan ante él con un bebé, cada una de las cuales afirma ser su madre. El rey pide su espada: un bebé y dos madres es un problema matemático que pretende resolver cortando al bebé en dos y dando la mitad a cada mujer. Lo que ocurre, por supuesto, es

precisamente con lo que contaba Salomón para revelar a la verdadera madre. Aquella que grita: "¡Dale el bebé a ella!". Esa es la madre real.

---

8 Agbonkhanmeghc E. Orobator, S.J., señala que la misma amenaza perversa que experimentan las congregaciones patrocinadoras de la CHW es la que sienten las religiosas de Uganda, Tanzania y Kenia, que, al tratar de frenar la propagación del VIH/SIDA, sienten la tensión entre la doctrina de la Iglesia contra el uso de preservativos y su deber compasivo de educar a la gente y aconsejar su uso. Las comunidades religiosas "de derecho pontificio" están reconocidas por Roma; la retirada de este reconocimiento destruye de hecho la comunidad religiosa ("To Pardon What Conscience Dreads': Navegar por los contornos y el contexto de la vida", cap. 12 de este volumen).

---

En la historia de CHW, las hermanas patrocinadoras y los obispos afirmaron ser cada uno el "verdadero" padre. Las hermanas dieron a luz a CHW, pero los obispos insistieron, en cierto modo, en que llevara su nombre. Cuando se propuso dividir al bebé, las verdaderas madres hicieron lo necesario para salvar a CHW. Por muy doloroso que fuera, se desprendieron de CHW.

Especialmente en el caso de las hermanas, impregnadas de las enseñanzas católicas y habiendo vivido vidas en las que muchas decisiones han estado voluntariamente limitadas por sus votos y por su compromiso con la Iglesia y la comunidad, sería absurdo decir que sus conciencias no estaban bien formadas. Su decisión de "salvar al bebé" fue el resultado de un conocimiento profundo y minucioso de la realidad de la asistencia de salud en los Estados Unidos hoy en día, donde millones de personas todavía no tienen acceso a la ayuda médica más que a una sala de urgencias y donde los valores empresariales de eficiencia y contención de costes a menudo socavan los valores humanos de compasión y servicio.

El final de estas historias completa el cuadro. La mujer a la que el aborto le salvó la vida está criando a sus cuatro hijos. La hermana que se había "excomulgado" sigue en buena posición en su comunidad religiosa y continúa en un papel de liderazgo en la administración del hospital. El hospital, aunque no es reconocido por el obispo como católico, de hecho, es reconocido por todos los demás como tal: sigue acatando las ERD, sigue siendo propiamente eclesial y no ha sido alienado por Roma, y sigue patrocinado por sus fundadores religiosos. Camina como un pato y grazna como un pato.

Aunque sigue siendo doloroso para sus fundadores religiosos que CHW se haya disuelto como corporación y que su sucesora ya no sea un ministerio formal de la Iglesia católica, esa organización sucesora, Dignity Health, sigue educando a sus líderes en la tradición del pensamiento social católico, continúa con el ministerio de curar a la persona en su totalidad, sigue levantando la importancia de la voz del trabajador en el lugar laboral, y sigue dedicando millones de dólares en cuidados y servicios de caridad en beneficio de la comunidad. Las consecuencias de estas decisiones de conciencia fueron duras, pero en las palabras de Glaser fueron una respuesta a la llamada del amor.

## **Conclusión**

En conjunto, estos dos casos suscitan una interesante observación sobre la visión católica de la conciencia. Brian Patrick Green sugiere que existe una tensión en la enseñanza católica entre la necesidad de seguir la propia conciencia, por un lado, y la expectativa de que una conciencia correctamente formada coincida con las enseñanzas de la Iglesia, por otro.<sup>9</sup>

---

9 Brian Patrick Green. "Catholicism and Conscience", Santa Clara University, Markula Center for Applied Ethics (mayo de 2013) <http://www.scu.edu>

---

Esa tensión queda atestiguada por el número de católicos que, por ejemplo, creen que el uso de métodos anticonceptivos es moralmente apropiado. ¿Es eso lo que ocurre aquí? Como hemos visto anteriormente, resulta difícilmente creíble sugerir que las hermanas - la persona que aprobó la interrupción del embarazo y las que fundaron CHW- tengan conciencias poco formadas. Ciertamente, en el primer caso, tanto la hermana como el hospital pensaron que se atenían a una interpretación cuidadosa de las ERD, al igual que muchos comentaristas posteriores. En el segundo caso, al fundar CHW y entablar la negociación con el mundo a la que invitaba el Vaticano II, las hermanas patrocinadoras y los obispos que aprobaron los acuerdos originales también creyeron que estaban coincidiendo con las enseñanzas o la Iglesia. Aunque estoy de acuerdo con Green en que esta tensión existe, no explica lo que ocurrió en el primer caso.

Puede haber otra forma de ver la tensión, una que reconozca que al igual que una persona individual (o institución) debe escuchar la voz de Dios en su interior, así como las enseñanzas de la Iglesia, la opinión de un solo obispo no representa a todo el magisterio. Puede que un obispo, o un grupo de obispos, se equivoque en un momento dado de la historia sobre lo que enseña la Iglesia, como puede hacerlo cualquier individuo. Al igual que el resto de los fieles, un obispo puede seguir su conciencia y aun así estar equivocado. Su conciencia, como la de todos los demás, está formada por la familia, la política, la experiencia religiosa, la ley y sus propias opciones morales anteriores. Esto puede explicar el choque que se produjo en el primer caso.

El choque en el segundo caso tiene que ver más con la interpretación de la enseñanza de la Iglesia, y aquí la dicotomía de Green puede explicar más. No se puede ignorar que el tema de la enseñanza en cuestión es uno que ha plagado a la Iglesia desde principios de la década de 1960: la anticoncepción (en este caso, la anticoncepción permanente para las mujeres, ya que se practica en un ministerio institucional de la Iglesia). El ministerio institucional está sujeto a normas más estrictas por parte de la jerarquía que cualquier persona individual, ya que se considera parte de la función de enseñanza de la Iglesia. Esta cuestión -si una obra apostólica *debe* considerarse parte de la función docente de la Iglesia- es una cuestión que se está debatiendo actualmente, pero las partes en el debate son desiguales. Los hospitales católicos de Estados Unidos fueron fundados y dirigidos principalmente por religiosas. Pero los propietarios de la marca católica, por así decirlo, son los obispos ordenados y consagrados. Ellos tienen el poder de permitir que una organización se llame católica. Esta es la misma tensión que Orobator identifica como el tirón entre la retórica y la práctica.<sup>10</sup>

Esto no contradice la perspectiva de que, con el tiempo, el Espíritu Santo obrará bien. Como escribe John Noonan: "El desarrollo [de la doctrina moral] procede dirigido por esta regla. El amor a Dios genera, refuerza y sella el amor al prójimo. Lo que se requiere se encuentra en la experiencia de la comunidad al probar lo que es vital. En la superficie, aparecen contradicciones. La sabiduría de la Iglesia es la sabiduría de una comunidad que dialoga, de personas que se reúnen como iguales morales, aunque provengan de perspectivas diferentes, de posiciones diferentes o de ningún puestos en la jerarquía. Este tipo de diálogo faltó en los casos anteriores.

Esta es la idea fundamental de reorientación del Vaticano II, que la Iglesia es, de manera real, todo el pueblo de Dios.

---

10 Orobator, "To Pardon What Conscience Dreads".

11 John T. Noonan, Jr, *A Church than Can and Cannot Change: The Development of Catholic Moral Theology* (Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press, 2005). 222.