

PLURALIDAD RELIGIOSA Y ASISTENCIA SANITARIA

Desde nuestros orígenes comunes, las poblaciones humanas se dispersaron e inventaron tantas lenguas, culturas y técnicas como representaciones del mundo; luego se han ido reencontrando, al hilo de las circunstancias de la historia. Se trata de la misma humanidad, rica en diversidad y digna de todos los elogios
Pascal Picq

Los conceptos de salud, enfermedad y asistencia sanitaria han tenido una notable y larga historia de influencia cultural religiosa, fundamentalmente judeo-cristiana en nuestro entorno, que ha condicionado enormemente las interpretaciones del origen y final de la vida humana, ha influido en la explicación de la causa de las enfermedades y en el modo de curarlas o prevenirlas, así como en desarrollo de la relación clínica.

Para entender esta relación hay que volver la mirada al inicio de los tiempos cuando el género Homo domina el fuego y entierra a sus muertos y, de algún modo, una muy elemental "medicina" de base empírica comienza a coexistir con una medicina más ritualizada. Desde el paleolítico, las creencias (tanto en las primeras religiones animistas como en los diferentes monoteísmos) alejan al hombre su condición natural y la concepción mítico-mágica de la salud y enfermedad se convierte en un fenómeno universal y perdurable.

Respecto a la figura del médico, en las culturas primitivas se confunde con la del *chamán* o *sacerdote*, tratándose ya de un personaje poderoso e impune que mantendrá sus privilegios a lo largo de la historia.

Hace 25 siglos, el *médico hipocrático* deja de considerar las fuerzas sobrenaturales y elabora una teoría lógica y natural de la salud y la enfermedad. Conserva, sin embargo, prebendas típicamente sacerdotales, como el no estar sometido al derecho ordinario y disponer de su propio código ético (juramento hipocrático). Al inicio de la Edad Media se habla de *medicina monástica* por su enorme ligazón con los cuidados que los monjes ofrecían en los monasterios cristianos, más adelante se redescubre la medicina griega (los antiguos textos clásicos, perdidos para los médicos occidentales, fueron transmitidos por los árabes) y se desarrolla la enseñanza reglada de la medicina en Europa (Escuela de Salerno, siglo X y Universidad de Bolonia, siglo XI).

Comienza la secularización de la medicina, por medio de las primeras investigaciones sobre el cuerpo humano, el germen del pensamiento científico (que comenzará a dar frutos en el Renacimiento), su enseñanza en las universidades y el tímido inicio del alejamiento de la iglesia tanto en su vertiente docente como práctica.

En el siglo XVIII, la Ilustración supone un muy importante punto de inflexión: el hombre se hace cargo de su destino, erigiendo la libertad como condición necesaria, y apelando a su conciencia como norma de moralidad. La declaración de los derechos del hombre y el ciudadano, el "alumbramiento" de la razón y el cuestionamiento de las éticas heterónomas influirán enormemente en el futuro desarrollo de las sociedades democráticas y, en lo que a la medicina se refiere, supondrán un paso más en su secularización y un referente ético y político para el derecho de la autonomía del paciente que aún tardaría casi dos siglos en ser reconocido.

La medicina moderna (finales del XVIII y el XIX), se caracteriza por el *médico profesional* de ejercicio liberal, con un planteamiento todavía paternalista, que defiende su privilegiada posición social y que se dota de un código moral propio (códigos deontológicos).

Durante el siglo XX la medicina sufre una profunda transformación: la especialización de la profesión, la pérdida de status social del médico, los grandes avances científico-técnicos en el campo de la biomedicina, la creación de los estados de bienestar y de los servicios públicos de salud, junto con el aseguramiento de la población, son algunos de los elementos del cambio.

Hoy, la medicina es un servicio de la comunidad y la salud un derecho. El médico actual pierde (aunque quizás no del todo) su rol sacerdotal y, con él, su impunidad jurídica.

Además, se encuentra, muy a menudo, con que la toma de decisiones técnicas está unida a decisiones éticas y que necesariamente ha de incorporar el mundo de los valores al mundo de los hechos clínicos. Por otro lado, y es éste el cambio más relevante de los tiempos que vivimos, el profesional sanitario tiene en el *respeto de la autonomía del paciente* el mejor recurso para librarse de los rasgos autoritarios del "viejo chamán o sacerdote".

Decía, al inicio, que lo religioso impregna los conceptos de salud, enfermedad y relación sanitaria y aunque han evolucionado, especialmente desde el siglo pasado, a planteamientos científicos, laicos y

autonomistas, aún pervive su influjo en muchas concepciones y actitudes, tanto de los pacientes como de los profesionales.

Es fácil identificar los numerosos y diversos modos con que las confesiones siguen influyendo en la salud de las personas. Un ejemplo paradigmático es el concerniente a la salud sexual y reproductiva, donde la iglesia católica lleva siglos haciéndolo de un modo muy activo, acorde, entre otras cuestiones, con su concepción sagrada de la vida humana y del matrimonio, con la negación del derecho de autodeterminación de las personas en algunas cuestiones de este ámbito de su salud y con el apoyo y legitimación de una secular cultura de desigualdad por razón de género. Podemos encontrar ejemplos similares en otras culturas o pueblos.

Este recorrido se ha referido fundamentalmente a la medicina occidental que hoy posee un modelo sanitario biomédico hegemónico (con sus defectos y virtudes) basado en la medicina científica, que ha de caminar hacia un modelo más biopsicosocial y entender las circunstancias socioculturales que rodean al enfermo, máxime cuando los movimientos migratorios han ido mezclando a lo largo del mundo a personas que aportan al país de acogida diversas cosmovisiones, responden de muy diferentes maneras ante el proceso de enfermar y morir, conservan una interpretación mítico-mágica de la enfermedad, o simplemente una valoración distinta del síntoma, no renuncian a medicinas tradicionales y especulativas y, en muchas ocasiones, tienen preceptos ligados a creencias religiosas que afectan a los cuidados de salud.

Y llegamos al siglo XXI, y a nuestro país, donde la sociedad se caracteriza por la pluralidad cultural y religiosa de su población como consecuencia de los variados flujos inmigratorios de las últimas décadas.

La Constitución Española reconoce los derechos a la libertad, la dignidad, la igualdad y la no discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición y garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades. Por ende, los servicios sanitarios públicos están obligados a respetarlos y para ello es necesario un proceso de *reconocimiento* de esta pluralidad y de *adaptación* de la asistencia sanitaria a la misma.

La sociedad civil, como verdadera protagonista del pluralismo moral, ha dado un paso en la superación de la dependencia del poder eclesiástico al otorgarse un estado no confesional y entender que las creencias religiosas pertenecen al ámbito privado de las personas. Este proceso de secularización (creciente y propio de las sociedades occidentales) provoca un encendido debate sobre la separación Iglesia-Estado y sobre si nuestra constitución (no confesional) habría de ser de otra manera (laica, laicista, confesional) y qué peso ha de tener lo religioso en la sociedad civil.

Así las cosas y bajando al ámbito sanitario, la gestión de la diversidad religiosa tiene una cierta complejidad por converger dos situaciones un tanto dispares: por un lado, se sigue avanzado hacia una concepción laica de la profesión que supere lo negativo de esta larga simbiosis medicina-religión, salvaguardando lo positivo como son los valores de justicia, compasión y solidaridad y, por otro lado, las nuevas propuestas o demandas relacionadas con creencias religioso-culturales o convicciones morales, obligan a los sanitarios a repensar la relación clínica.

Algunas de estas demandas pueden colisionar con el concepto tradicional, no participativo, de la relación asistencial pero también puede poner en aprietos al modelo autonomista emergente que, siendo respetuoso con las creencias y valores, trata de conjugar la eficiencia y la beneficencia con el buen quehacer clínico.

La cultura democrática entiende la diversidad como algo positivo e, incluso, como un bien a proteger. Que la pluralidad cultural, religiosa y moral genere problemas es lo esperable, ello obliga a los sanitarios a estar abiertos a la búsqueda, a través del respeto y de la deliberación participativa, de acuerdos prudentes que respeten a las partes involucradas, sin perder de vista dos cuestiones sumamente importantes como son el *enfoque* (ejercicio de una profesión cuyo fin último es el alivio del dolor del ser humano) y el *contexto* (sociedad democrática y plural que comparte un acuerdo moral mínimo y se dota de unas leyes para protegerlo).

Hay mucho escrito y trabajado sobre cómo orientar la asistencia sanitaria en situaciones de diversidad cultural, pero no tanto sobre lo específicamente religioso, no siendo fácil, en ocasiones, dilucidar entre cultura y religión.

El documento "Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud" del Comité consultivo de Bioética de Cataluña propone:

- Acceso justo e igualitario a la atención sanitaria.
- Respeto a la diversidad cultural como valor inherente a la dignidad de la persona.
- Sensibilización sobre las diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas de una atención culturalmente competente.
- Ejercicio real de la autonomía personal y derecho a la información.
- Respeto a la confidencialidad de la información.

Estos principios del texto catalán recogen los deberes profesionales de corrección clínica, de garantizar igual trato sanitario a todos los usuarios y de respetar los valores y el derecho de autonomía del paciente competente adecuadamente informado. Estos deberes se corresponden con los principios bioéticos de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.

Pues bien, para poder ejercerlos hay una primera condición necesaria que es garantizar la comunicación y el entendimiento precisos para la relación asistencial. Ello supone superar los problemas derivados del idioma y las características culturales, exige unas actitudes como la empatía, escucha y respeto y unas habilidades, mediante la entrevista clínica, para establecer una adecuada comunicación, así como unos conocimientos o herramientas que mejoren la *competencia cultural del sanitario* (encaminada a eliminar prejuicios que pueden distorsionar su criterio profesional y entender que su percepción de la salud y del “enfermar” no es ni mejor ni peor, es simplemente diferente a la de otras culturas).

Veamos ahora algunos conflictos de valor relacionados con creencias religiosas:

- Rechazo de tratamientos médicos eficaces: testigos de Jehová, otros.
- Dificultad de acceso a la asistencia religiosa (todas las confesiones, sin limitación horaria).
- Símbolos religiosos en espacios sanitarios no destinados al culto.
- Relacionados con el comienzo y final de la vida:
 - prácticas religiosas ligadas al nacimiento.
 - reproducción asistida, interrupción voluntaria del embarazo, anticoncepción.
 - obstinación terapéutica por motivos ideológicos o religiosos.
 - petición de acompañamiento ritual en la muerte y de alternativas al entierro regulado en nuestro país.
- Solicitud de certificados de virginidad.
- Circuncisión por motivos culturales o religiosos.
- Dificultades en relación con la alimentación:
 - alimentos considerados “prohibidos” en algunas religiones.
 - diferentes modos de sacrificar los animales o de manipular los alimentos.
 - ayuno y situaciones especiales de salud (Ramadán).
- Relevancia del papel de la familia o la comunidad religiosa en la toma de decisiones que puede suponer una seria interferencia en el ejercicio de la autonomía sanitaria.
- Mutilación genital femenina: está tipificada como delito, es una clara excepción ético-penal que conlleva un manejo diferente. Se insiste desde muchos ámbitos en no considerarla una práctica sustentada en razones religiosas.
- Objeción del profesional sanitario ante demandas que no asume moralmente.

El tratamiento de los mismos ha de basarse en el respeto a la libertad de religión y de culto y el derecho al ejercicio social de la religión, junto con el ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria. Existen propuestas en esta línea, como son:

- Garantizar que los pacientes puedan recibir asistencia religiosa y procurar que los hospitales dispongan de un espacio neutro adecuado a las necesidades de culto de las diferentes confesiones.
- Incorporar a la oferta alimentaria menús y características culinarias de otras culturas.
- Formar específicamente a los profesionales sanitarios, incentivar la contratación de mediadores interculturales y facilitar servicios de traducción.

Algunas Comunidades Autónomas ya las tienen incorporadas pero habrá que seguir avanzando en la prevención y gestión de problemas, teniendo presente algunas consideraciones:

- Los valores que han de guiar la relación clínica son el respeto de la dignidad de la persona y de su autonomía moral, por tanto, de su alteridad religiosa.
- Son moralmente pluralistas las sociedades que no abordan las cuestiones morales desde un único código moral, sino que tienen voluntad para descubrir y construir acuerdos. El diálogo moral se sustenta en el respeto (un paso más allá de la tolerancia) de las opiniones que no compartimos pero que representan un punto de vista moral, siendo, en cambio, rechazables las opiniones claramente inmorales.
- La libre expresión religiosa tiene un encuadre general en el respeto de los valores, derechos y deberes (ética cívica) de nuestra sociedad.
- Las demandas de los pacientes deben ser satisfechas siempre que no haya una limitación legal o ética. No podrán suponer un atentado contra las buenas prácticas clínicas, una quiebra importante de la eficiencia del servicio sanitario o una vulneración de la autodeterminación del paciente.
- La mejora en competencia cultural y conocimientos de bioética de los profesionales supone una gran ayuda para prevenir y solucionar problemas de valores y redundará en una mejora de la calidad de la relación asistencial así como la de los servicios sanitarios en general.
- Los deberes para con todos y cada uno de los seres humanos, tanto en el orden de su vida biológica (principio de no maleficencia) como en el de su vida social (principio de justicia) corresponden a una ética de mínimos (nivel público), tienen por ello un mayor nivel de exigencia y suelen tener prioridad sobre los deberes de máximos (nivel privado), como son los de beneficencia y autonomía. Ante un conflicto ético será

preciso un análisis que tenga en cuenta la jerarquía de los principios, sin considerarlos absolutos, así como las consecuencias de los cursos de acción elegidos

-Cuando la complejidad del problema lo exija se podrá consultar con el Comité de ética asistencial de referencia. El debate bioético utiliza la deliberación como método de abordaje de los problemas en la relación clínica, su objetivo es buscar soluciones prudentes (no necesariamente consensos) en situaciones de incertidumbre, a través del análisis, el diálogo y el respeto de los valores de las partes implicadas.

“PLURALISMO, RELIGIÓN Y CONVIVENCIA”

Jornadas organizadas por AlhóndigaBilbao, junio 2010

Ponencia del taller sobre sistema sanitario y religión

Autor: Agurtzane Ortego, comité de ética asistencial de comarca interior, Osakidetza

BIBLIOGRAFÍA

- Constitución Española.1978.
- Ley 7/1980 de 5 de julio, de Libertad Religiosa.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.2005.
- 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.
- II Plan vasco de inmigración (2007-2009). Gobierno Vasco, Dirección de Inmigración del Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales.
- www.ikuspegi.org/documentos/documentos_externos/Plan_DEF_junio.pdf
- Gracia D. “*Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*”. Ed. Triacastella. 2006
- Gracia D. “*Fundamentos de bioética*”.Ed. Triacastella, 2007
- Pick P. “*Nueva historia del hombre*”. Ed. Destino. 2008
- Maalouf A. “*Identidades asesinas*”. Ed. Alianza. 1999.
- Velez J (coord.). “*Bioéticas para el siglo XXI*”. Ed. Universidad de Deusto. 2003
- Cortina A. “*La ética de la sociedad civil*”. Ed. Anaya.1994
- Cortina A. “*Ética sin moral*”. Ed. Anaya.1990
- Camps V. “*Virtudes públicas*”. Ed. Espasa Calpe.1990
- Esteban M.L. (ed.). “*Introducción a la antropología de la salud*”.Ed. OSALDE .2007
- Velasco J.M. “*La bioética y el principio de solidaridad*”.Ed. Universidad de Deusto.2003.
- Hastings Center Report. “*Las metas de la medicina*”. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.1996
- ABFyC. “*La bioética, mosaico de valores*”. Ed. Asociación de bioética fundamental y clínica (libro VI congreso nacional).2005
- Gimenez S. (coord.). “*Paciente inmigrante, un problema de comunicación*”
www.semergen.es/semergen/contentFiles/11248/es/15.pdf.
- Gimenez S. (coord.)- “*La libertad religiosa en el ámbito sanitario*”
www.semergen.es/semergen/contentFiles/8185/es/religion.pdf
- Lázaro J., Gracia D. “*La relación médico-enfermo a través de la historia*”.An. Sist. Sanit. Navar.2006 Vol.29, suplemento 3.
- Gracia D: “*Ética profesional y ética institucional: ¿convergencia o conflicto?*”
www.coem.org.es/pdf/Inauguracion_ciclo_cientifico.pdf
- Martincano J.L “*Retos en la consulta del inmigrante*”. Ponencia XVII Jornadas AP: Atención al paciente inmigrante.Org. Comarca Uribe, Osakidetza). 2010
- Fundación La Caixa. “*Mediación intercultural en el ámbito de la salud*” Programa de formación (Libro interactivo). 2009.
- Comité consultivo de bioética de Cataluña “*Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud.*”2007.
www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir101/diversitatcast.pdf
- Departament de Salut i Departament de la Presidència. Generalitat de Catalunya
“*Guia per al respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari*”. 2005.
www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/guiaplurireli.pdf
- Osakidetza. Plan vasco de emigración “*Recomendaciones para la asistencia médica al niño emigrante*”. 2008.