

# Directivas éticas y religiosas para organizaciones católicas de servicios médicos y de cuidado de salud

*Sexta edición*

CONFERENCIA DE OBISPOS CATÓLICOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

*Directivas éticas y religiosas para organizaciones católicas de servicios médicos y de cuidado de salud, Sexta edición*

Esta sexta edición de las *Directivas éticas y religiosas para organizaciones católicas de servicios médicos y de cuidado de salud* fue desarrollada por el Comité de Doctrina de la Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos (USCCB) y aprobada por la USCCB en su Asamblea Plenaria de junio de 2018. Esta edición de las *Directivas* reemplaza todas las ediciones anteriores, se recomienda para su implementación por el obispo diocesano y está autorizada para su publicación por el abajo firmante.

Mons. J. Brian Bransfield, STD  
Secretario general, USCCB

Las citas de los documentos del Concilio Vaticano II han sido extraídas de la página web oficial del Vaticano. Todos los derechos reservados.

Los textos de la Sagrada Escritura utilizados en esta obra han sido tomados de los *Leccionarios I, II y III*, propiedad de la Comisión Episcopal de Pastoral Litúrgica de la Conferencia Episcopal Mexicana, copyright © 1987, quinta edición de septiembre de 2011. Utilizados con permiso. Todos los derechos reservados.

Las citas del papa Juan XXIII, *Mater et Magistra*, copyright © 1961, LEV. Se reservan todos los derechos.

Copyright © 2013, 2018, United States Conference of Catholic Bishops, Washington, DC. Se reservan todos los derechos. Ninguna porción de este trabajo puede reproducirse o ser transmitida en forma o medio alguno, ya sea electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones, o por cualquier sistema de recuperación y almacenaje de información, sin el permiso por escrito del propietario de los derechos.

## Contenido

|    |   |
|----|---|
| 4  | Preámbulo   |
| 6  | Introducción general  |
| 9  | <b>PRIMERA PARTE</b><br>La responsabilidad social de los servicios católicos de cuidado de salud          |
| 12 | <b>SEGUNDA PARTE</b><br>La responsabilidad pastoral y espiritual del cuidado católico de salud            |
| 15 | <b>TERCERA PARTE</b><br>La relación entre el paciente y el profesional                                    |
| 19 | <b>CUARTA PARTE</b><br>Cuestiones en el cuidado del inicio de la vida                                     |
| 24 | <b>QUINTA PARTE</b><br>Cuestiones en el cuidado de los gravemente enfermos y los moribundos               |
| 28 | <b>SEXTA PARTE</b><br>Acuerdos de colaboración con otras organizaciones y proveedores de cuidado de salud |
| 33 | Conclusión  |

## Preámbulo

El cuidado de salud en los Estados Unidos se ha caracterizado por un cambio extraordinario. No solamente se están dando cambios continuos en la práctica clínica debidos a los avances tecnológicos, sino que el sistema de cuidado de salud en los Estados Unidos también se está enfrentando a factores institucionales y sociales. Al mismo tiempo, hay un número de acontecimientos dentro de la Iglesia Católica que afectan la misión eclesial de cuidado de salud. Entre estos se encuentran: los cambios significativos en las órdenes religiosas y en las congregaciones; un mayor involucramiento de laicos, hombres y mujeres; una mayor concientización del papel social de la Iglesia en el mundo, y los desarrollos en el campo de la teología moral desde el Concilio Vaticano II. Una comprensión actual del ministerio católico de cuidado de salud debe tener en cuenta los nuevos retos que se presentan debido a las transiciones, tanto en la Iglesia como en la sociedad norteamericana.

A lo largo de los siglos ha surgido, con la ayuda de otras ciencias, un cuerpo de principios morales que expresa la doctrina de la Iglesia en asuntos médicos y morales. Este ha probado ser eficaz y aplicable tanto a las circunstancias siempre cambiantes de cuidado de salud como a su transmisión. En respuesta a los desafíos de hoy, esos mismos principios morales de la doctrina católica sientan las bases e indican la dirección para esta revisión de las *Directivas éticas y religiosas para organizaciones católicas de servicios médicos y de cuidado de salud*.

Estas directivas toman en consideración nuestra declaración *Salud y cuidado de salud* publicada en 1981.<sup>1</sup> Ahí presentamos los principios teológicos que guían la visión de la Iglesia en el cuidado de salud y pedimos a todos los católicos que contribuyeran con la misión de curación de la Iglesia. En el documento también expresamos nuestro compromiso total con el ministerio de cuidado de salud y alentamos a todos aquellos que estaban involucrados en él. Hoy en día, con los cambios aún más dramáticos que está enfrentando el cuidado de salud norteamericano, reafirmamos el compromiso de la Iglesia con el ministerio de cuidado de salud y también con la identidad católica que distingue a los servicios de cuidado de salud institucionales de la Iglesia.<sup>2</sup> El propósito de estas *Directivas éticas y religiosas para organizaciones católicas de servicios médicos y de cuidado de salud* es entonces doble. Primero, reafirmar los estándares éticos de

---

<sup>1</sup> Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos, *Salud y cuidado de salud: Carta pastoral de los obispos norteamericanos* (Título original en inglés: “Health and Health Care: A Pastoral Letter of the American Catholic Bishops”) (Washington, DC: United States Conference of Catholic Bishops, 1981, Pub. No. 830-4).

<sup>2</sup> Los servicios de cuidado de la salud bajo el auspicio católico se llevan a cabo en una variedad de entornos institucionales (por ejemplo: hospitales, clínicas, centros para pacientes ambulatorios, unidades de urgencias médicas, hospicios, asilos de ancianos y parroquias). Dependiendo del contexto, estas Directivas emplearán los términos “institución” y/o “servicios” para abarcar la variedad de entornos en los cuales se provee cuidado de salud católico.

conducta en el cuidado de salud que emanan de la doctrina de la Iglesia sobre la dignidad de la persona humana. Segundo, proporcionar una guía autorizada sobre ciertas cuestiones morales con las que se enfrenta el cuidado de salud católico hoy en día.

Las *Directivas éticas y religiosas para organizaciones católicas de servicios médicos y de cuidado de salud* tienen que ver primordialmente con los servicios católicos de cuidado de salud de carácter institucional. Estas se dirigen a los miembros del patronato y del consejo de administración, a los administradores, a los capellanes, a los médicos, al personal de cuidado de salud y a los pacientes y residentes de estas instituciones y servicios. Estas Directivas también serán útiles a los profesionistas católicos que se dedican al cuidado de salud en otros ámbitos, ya que expresan la doctrina moral de la Iglesia. Las doctrinas morales que expresamos aquí emanan principalmente del derecho natural, entendido a la luz de la revelación que Cristo ha confiado a su Iglesia. De esta fuente, la Iglesia ha basado su noción de la naturaleza de la persona humana, de los actos humanos, y de las metas que dan forma a la actividad humana.

Las Directivas han sido perfeccionadas a través de un proceso extenso de consultas con obispos, teólogos, miembros del patronato, administradores, médicos y otros proveedores de cuidado de salud. Aun cuando se proporcionan las normas y una guía, las Directivas no cubren con detalle todos los complejos problemas que enfrenta el cuidado de salud católico hoy en día. Además, las Directivas serán revisadas periódicamente por la Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos (antiguamente llamada Conferencia Nacional de Obispos Católicos), a la luz de la doctrina autorizada de la Iglesia, para tratar las nuevas ideas, producto de la investigación médica y teológica, o los nuevos requerimientos de las políticas públicas.

Las Directivas comienzan con una introducción general que presenta las bases teológicas para el ministerio católico de cuidado de salud. Cada una de las seis partes siguientes está dividida en dos secciones. La primera sección se presenta en forma expositiva, sirve como introducción y da el contexto en el cual cuestiones concretas pueden ser discutidas desde la perspectiva de la fe católica. La segunda sección se presenta en forma prescriptiva. Las Directivas promueven y protegen las verdades de la fe católica ya que esas verdades son evocadas para abordar problemas concretos en el cuidado de salud.

## Introducción general

La Iglesia siempre ha buscado plasmar la preocupación de nuestro Salvador por los enfermos. Las narraciones del ministerio de Jesús hacen especial hincapié en sus actos de curación: limpió a un hombre con lepra (Mt 8:1-4; Mc 1:40-42); devolvió la vista a dos personas ciegas (Mt 20:29-34; Mc 10:46-52); hizo hablar a un mudo (Lc 11:14); curó a una mujer que padecía de hemorragias (Mt 9:20-22; Mc 5:25-34); y trajo de nuevo a la vida a una niña (Mt 9:18,23-25; Mc 5:35-42). De hecho, los Evangelios están repletos de ejemplos sobre cómo el Señor curó todo tipo de dolor y enfermedad (Mt 9:35). En la narración de Mateo, la misión de Jesús cumplió la profecía de Isaías: “Él hizo suyas nuestras debilidades y cargó con nuestros dolores” (Mt 8:17; cf. Is 53:4).

La misión de curación de Jesús fue más allá del simple cuidado de la aflicción física. Tocó a la gente en lo más profundo de su existencia. Buscó su curación física, mental y espiritual (Jn 6:35; 11:25-27); y vino “para que tengan vida y la tengan en abundancia” (Jn 10:10).

El misterio de Cristo brinda una luz a cada faceta del cuidado de salud: para ver a la caridad cristiana como el principio que anima el cuidado de salud; para ver a la curación y a la compasión como una continuación de la misión de Cristo; para ver el sufrimiento como una participación en el poder redentor de la pasión, muerte y resurrección de Cristo; y para ver a la muerte, transformada por la resurrección, como una oportunidad para un acto final de comunión con Cristo.

Para el cristiano, nuestro encuentro con el sufrimiento y con la muerte puede adquirir un significado positivo y distintivo a través del poder redentor del sufrimiento y la muerte de Jesús. Como dice san Pablo: “llevamos siempre y por todas partes la muerte de Jesús en nuestro cuerpo, para que en este mismo cuerpo se manifieste también la vida en Jesús” (2 Co 4:10). Esta verdad no disminuye ni el dolor ni el miedo, pero da la confianza y la gracia para soportar el sufrimiento en lugar de ser abatido por este. El ministerio católico de cuidado de salud da testimonio de esta verdad: para los que están en Cristo, el sufrimiento y la muerte son los dolores de parto de la nueva creación. “Vivirá con ellos como su Dios y ellos serán su pueblo. Dios les enjugará todas sus lágrimas y ya no habrá muerte ni duelo, ni penas ni llantos, porque ya todo lo antiguo terminó” (Ap 21:3-4).

A imitación fiel de Cristo, la Iglesia ha servido de diversas formas a lo largo de la historia a los enfermos, a los que sufren y a los moribundos. El ferviente servicio de individuos y comunidades ha brindado refugio para el viajero, enfermerías para el enfermo y albergues para niños, adultos y ancianos.<sup>3</sup> En los Estados Unidos las diversas comunidades religiosas, así como las diócesis que patrocinan y proveen personal a las instituciones católicas de cuidado de salud y servicios de este país, han establecido una presencia católica efectiva en el cuidado de salud. Conformando sus esfuerzos según la Parábola del Buen Samaritano del Evangelio, estas comunidades de hombres y mujeres han dado ejemplo de una auténtica cercanía con los que están en necesidad (Lc 10:25-37). La Iglesia busca asegurar que el servicio que se ha ofrecido en el pasado, seguirá brindándose en el futuro.

---

<sup>3</sup> *Health and Health Care*, 5.

A la par que muchas comunidades religiosas continúan su compromiso con el ministerio de cuidado de salud, cada vez más los laicos católicos han dado un paso hacia adelante en la colaboración con este ministerio. Inspirados por el ejemplo de Cristo e instruidos por el Concilio Vaticano II, los fieles laicos están invitados a participar en un más amplio e intenso campo de apostolado que en el pasado.<sup>4</sup> En virtud de su Bautismo, los fieles laicos están llamados a participar activamente en la vida y misión de la Iglesia.<sup>5</sup> Su participación y liderazgo en el ministerio de cuidado de salud, a través de nuevas formas de patronato y gestión del cuidado de salud institucional católico, son básicos para que la Iglesia continúe con su ministerio de curación y de compasión. A ellos se les unen, en esta misión del cuidado de salud de la Iglesia, muchos hombres y mujeres que no son católicos.

El cuidado de salud católico expresa el ministerio de curación de Cristo en una forma específica dentro de la Iglesia particular. Aquí, el obispo diocesano ejerce responsabilidades que tienen su raíz en su oficio como pastor, maestro y sacerdote. Como centro de unidad en la diócesis y como coordinador de los ministerios en la Iglesia particular, el obispo diocesano fomenta la misión del cuidado de salud de forma que promueve la colaboración entre líderes del cuidado de salud, proveedores, profesionistas de la medicina, teólogos y otros especialistas. Como pastor, el obispo diocesano se encuentra en una posición única para alentar a los fieles a una mayor responsabilidad en el ministerio de curación de la Iglesia. Como maestro, el obispo diocesano asegura que la identidad moral y religiosa del ministerio de cuidado de salud se lleve a cabo en cualquier ámbito en la diócesis. Como sacerdote, el obispo diocesano supervisa el cuidado sacramental de los enfermos. Estas responsabilidades requerirán que los proveedores católicos de cuidado de salud y el obispo diocesano se involucren en una comunicación continua sobre asuntos éticos y pastorales que requieran de su atención.

En una época de nuevos descubrimientos médicos, rápidos desarrollos tecnológicos y cambio social, lo nuevo puede ser una oportunidad para un avance genuino en la cultura humana, pero también puede llevar a políticas y acciones contrarias a la verdadera dignidad y vocación de la persona humana. En consultas con los profesionistas médicos, los líderes de la Iglesia revisan estos desarrollos, los juzgan de acuerdo con los principios de la recta razón y el estándar supremo de la verdad revelada, y ofrecen una doctrina autorizada y una orientación sobre las responsabilidades morales y pastorales que supone la fe cristiana.<sup>6</sup> Aunque la Iglesia no puede brindar una respuesta

---

<sup>4</sup> Concilio Ecuménico Vaticano II, *Decreto sobre el apostolado de los laicos (Apostolicam Actuositatem)* (1965), no. 1.

<sup>5</sup> Papa Juan Pablo II, Exhortación apostólica post-sinodal, *Sobre la vocación y misión de los laicos en la Iglesia y en el mundo (Christifideles Laici)* (1988), no. 29.

<sup>6</sup> Como ejemplos, véase Congregación para la Doctrina de la Fe, *Declaración sobre el aborto* (1974); Congregación para la Doctrina de la Fe, *Declaración sobre la eutanasia* (1980); Congregación para la Doctrina de la Fe, *Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la*

fácil ante cada dilema moral, hay muchas preguntas sobre las cuales proporciona una orientación normativa y da indicaciones a seguir. Ante la ausencia de una resolución del magisterio, y siempre que no sea contraria a la doctrina de la Iglesia, la orientación de autores acreditados puede ofrecer una guía apropiada para la toma de decisiones éticas.

Creados a imagen y semejanza de Dios, la familia humana participa en el dominio que Cristo manifestó en su ministerio de curación. Esta participación implica una administración de toda la creación (Gn 1:26), la cual no debe abusarse ni tampoco dilapidar los recursos de la naturaleza. A través de la ciencia, la raza humana llega a entender la maravillosa obra de Dios y por medio de la tecnología debe conservar, proteger y perfeccionar la naturaleza en armonía con los propósitos de Dios. Los profesionistas del cuidado de salud ejercen una vocación especial para llevar a cabo la obra vivificadora y curativa de Dios.

El diálogo entre la ciencia médica y la fe cristiana tiene como propósito primario el bien común de todas las personas humanas. Este presupone que la ciencia y la fe no se contradicen entre ellas, ambas están cimentadas en el respeto a la verdad y a la libertad. Al expandirse el conocimiento y las nuevas tecnologías, cada persona debe formarse una conciencia correcta, basada en las normas morales para el adecuado cuidado de salud.

---

*procreación (Donum Vitae)* (Washington, DC: United States Conference of Catholic Bishops, 1987, Pub. No. 7-296).



## PRIMERA PARTE

# La responsabilidad social de los servicios católicos de cuidado de salud

### *Introducción*

La adhesión a la misión de curación de Cristo ha llevado a los servicios católicos de cuidado de salud de carácter institucional en los Estados Unidos, a convertirse en una parte integral del sistema de cuidado de salud de la nación. Hoy en día, este complejo sistema de cuidado de salud se enfrenta a una variedad de desafíos económicos, tecnológicos, sociales y morales. La respuesta de las instituciones y servicios católicos de cuidado de salud a estos desafíos se guía por principios normativos en los que se basa el ministerio de curación de la Iglesia.

Primero. El ministerio católico de cuidado de salud tiene su raíz en un compromiso para promover y defender la dignidad humana. Esta es la base de su preocupación por respetar la sacralidad de cada vida humana desde el momento de la concepción hasta la muerte. El primer derecho de la persona humana, el derecho a vivir, supone un derecho a los medios para el desarrollo apropiado de la vida, tal como el adecuado cuidado de salud.<sup>7</sup>

Segundo. El mandato bíblico de cuidar de los pobres nos obliga a expresar esto en la acción concreta en todos los niveles del cuidado de salud católico. Este mandato nos mueve a trabajar para asegurarnos que nuestro sistema de atención a la salud del país provea un adecuado cuidado de salud para los pobres. En las instituciones católicas se debe brindar una particular atención a las necesidades de cuidado de salud de los pobres, de los que no tienen seguro médico y de aquellos cuyas coberturas de seguro médico son insuficientes.<sup>8</sup>

Tercero. El ministerio católico de cuidado de salud busca contribuir al bien común. El bien común se logra cuando las condiciones económicas, políticas y sociales aseguran la protección de los derechos fundamentales de todos los individuos y permiten a todos cumplir con su propósito común y alcanzar sus metas comunes.<sup>9</sup>

Cuarto. El ministerio católico de cuidado de salud ejerce una administración responsable de los recursos de cuidado de salud disponibles. Un sistema de cuidado de salud justo se preocupará por promover la equidad de la atención, para asegurar que el derecho al cuidado de salud básico

---

<sup>7</sup> Papa Juan XXIII, Encíclica, *Sobre la paz entre los pueblos (Pacem in Terris)* (1963), no. 11; *Health and Health Care*, 5,17-18; Catecismo de la Iglesia Católica, (1997), no. 2211.

<sup>8</sup> Papa Juan Pablo II, Encíclica, *Al cumplirse el vigésimo aniversario de la Populorum Progressio, (Sollicitudo Rei Socialis)* (1987), no. 43.

<sup>9</sup> Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos, *Justicia económica para todos: carta pastoral sobre la enseñanza social católica y la economía norteamericana* (Título original en inglés: “Economic Justice for All: Pastoral Letter on Catholic Social Teaching and the U.S. Economy”) (Washington, DC: United States Conference of Catholic Bishops, 1986), no. 80.

de cada persona sea respetado y por promover la buena salud de todos en la comunidad. La administración responsable de los recursos de cuidado de salud puede cumplirse de mejor forma en diálogo con la gente en todos los niveles de la sociedad, de acuerdo con el principio de subsidiariedad y el respeto a los principios morales que guían a las instituciones y a las personas.

Quinto. Dentro de una sociedad plural, los servicios católicos de cuidado de salud se toparán con peticiones para procedimientos médicos que son contrarias a la doctrina moral de la Iglesia. El cuidado católico de salud no ofende los derechos de la conciencia individual cuando rechaza proporcionar, o permitir procedimientos médicos que sean juzgados moralmente malos por la autoridad doctrinal de la Iglesia.

### *Directivas*

1. Un servicio católico de cuidado de salud institucional es una comunidad que provee cuidado de salud a aquellos que lo necesitan. Este servicio debe estar animado por el Evangelio de Jesucristo y orientado por la tradición moral de la Iglesia.
2. El cuidado católico de salud deberá estar marcado por un espíritu de respeto mutuo entre las personas encargadas de este cuidado, que los disponga a tratar con aquellos a quienes se sirve y con sus familias con la compasión de Cristo, sensibles a su vulnerabilidad en un período de necesidad especial.
3. De acuerdo con su misión, el cuidado de salud católico deberá distinguirse por el servicio y la defensa de aquellas personas cuya condición social las coloca en los márgenes de nuestra sociedad y las hace particularmente vulnerables a la discriminación: los pobres; los que carecen de seguro médico y aquellos cuya cobertura de seguro médico es insuficiente; los niños y los no nacidos; los padres solteros; los ancianos; aquellos con enfermedades incurables y tóxico dependientes; las minorías raciales; los inmigrantes y los refugiados. En particular, la persona con discapacidades mentales o físicas, independientemente de la causa o la severidad, debe ser tratada como una persona única de incomparable valor, con el mismo derecho a la vida, y a un cuidado de salud adecuado, como todas las demás personas.
4. Una institución católica de cuidado de salud, especialmente en un hospital de enseñanza, promoverá la investigación médica coherente con su misión de proporcionar cuidado de salud y con el interés en una administración responsable de los recursos de cuidado de salud. Dicha investigación médica debe cumplir con los principios de la moral católica.
5. Los servicios católicos de cuidado de salud deben adoptar estas Directivas como norma y requerir el cumplimiento de ellas dentro de la institución, como condición para los privilegios médicos y el empleo, así como proporcionar una instrucción apropiada sobre las Directivas a la administración, al personal médico y de enfermería y otro tipo de personal.
6. Una organización católica de cuidado de salud deberá ser una administradora responsable de los recursos de cuidado de salud que tiene disponibles. La colaboración con otros

- proveedores de cuidado de salud, de manera que no comprometan la doctrina social y moral de la Iglesia, puede ser un medio efectivo de dicha administración.<sup>10</sup>
7. Una institución católica de cuidado de salud debe tratar a sus empleados respetuosamente y con justicia. Esta responsabilidad incluye: igualdad de oportunidades de empleo para cualquier persona calificada para la labor sin distinción de raza, sexo, edad, origen nacional, o discapacidad de la persona; un lugar de trabajo que promueva la participación del empleado; un ambiente de trabajo que vele por la seguridad y el bienestar del empleado; una compensación justa y beneficios; y el reconocimiento de los derechos de los empleados de organización y negociación colectiva sin perjuicio del bien común.
  8. Las instituciones católicas de cuidado de salud tienen una relación única tanto con la Iglesia como con la extensa comunidad a la que sirven. Debido a la naturaleza eclesial de esta relación, los requisitos pertinentes de derecho canónico deben observarse en relación con: la fundación de una nueva institución católica de cuidado de salud; la revisión substancial de la misión de una institución; y la venta, transferencia de patronato, o cierre definitivo de una institución existente.
  9. Los empleados de una institución católica de cuidado de salud deben respetar y mantener la misión religiosa de la institución y cumplir con estas Directivas. Deberán mantener las normas profesionales y promover el compromiso de la institución con la dignidad humana y el bien común.

---

<sup>10</sup> El deber de una administración responsable exige una colaboración responsable. Pero en los esfuerzos de colaboración, los servicios católicos de cuidado de salud de carácter institucional deben estar atentos a las ocasiones en que las políticas y prácticas de otras instituciones no sean compatibles con la autoridad moral doctrinal de la Iglesia. En dichas ocasiones, las instituciones católicas de cuidado de salud deberán determinar si, y hasta qué grado, la colaboración sería moralmente permisible. Para hacer ese juicio, los consejos de gobierno de las instituciones católicas deberán adherirse a los principios morales sobre la cooperación. Véase la Parte VI.

## SEGUNDA PARTE

# La responsabilidad pastoral y espiritual del cuidado de salud católico

### *Introducción*

La dignidad de la vida humana emana de la creación a imagen de Dios (Gn 1:26), de la redención por Jesucristo (Ef 1:10; 1 Tm 2:4-6), y de nuestro destino común para compartir una vida con Dios más allá de toda corruptibilidad (1 Co 15:42-57). El cuidado de salud católico tiene la responsabilidad de tratar a aquellos que están necesitados de forma que se respete la dignidad humana y el destino eterno de todos. Las palabras de Cristo han dado inspiración al cuidado católico de salud: “estuve enfermo y me visitaste” (Mt 25:36). El cuidado que se proporciona ayuda a que los que están en necesidad, experimenten su propia dignidad y valor, especialmente cuando estos se ensombrecen por el peso de la enfermedad o la ansiedad de la muerte inminente.

Ya que una institución de cuidado católico es una comunidad de curación y de compasión, el cuidado ofrecido no se limita al tratamiento de una enfermedad o de una dolencia corporal sino que abarca las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona humana. La experiencia médica ofrecida a través del cuidado de salud católico se combina con otras formas de cuidado para promover la salud y mitigar el sufrimiento humano. Por esta razón, el cuidado de salud católico se extiende a la naturaleza espiritual de la persona. “Sin la salud del espíritu, la avanzada tecnología enfocada estrictamente en el cuerpo, ofrece una limitada esperanza para la curación de la persona en su totalidad”<sup>11</sup>. Dirigido a las necesidades espirituales, las cuales son frecuentemente apreciadas más profundamente en tiempos de enfermedad, el cuidado pastoral es una parte integral del cuidado de salud católico. El cuidado pastoral abarca un rango completo de servicios espirituales que incluyen: una presencia de escucha; la ayuda para tratar con la incapacidad, el dolor y la alienación; y la asistencia para reconocer y responder a la voluntad de Dios con mayor alegría y paz. Ciertamente se debe reconocer que los avances tecnológicos en la medicina han reducido dramáticamente la duración de las estadías hospitalarias. Se sigue entonces que el cuidado pastoral de los pacientes, especialmente la administración de los sacramentos, será proporcionada por lo general a nivel parroquial, antes y después de la hospitalización. Por este motivo, es esencial que haya relaciones muy cordiales y de cooperación entre el personal de los departamentos de cuidado pastoral, el clero local y los ministros de cuidado de salud.

Sacerdotes, diáconos, religiosos y religiosas, y laicos ejercen roles diversos pero complementarios en este cuidado pastoral. Debido a que muchas áreas de cuidado pastoral requieren la respuesta creativa de los que proporcionan el cuidado pastoral, ante las necesidades particulares de los pacientes o de los residentes, las siguientes directivas tratan sólo un número limitado de actividades pastorales específicas.

---

<sup>11</sup> *Health and Health Care*, 12.

## Directivas

10. Una organización católica de cuidado de salud deberá proporcionar cuidado pastoral para atender ministerialmente las necesidades espirituales y religiosas de todos aquellos a quienes sirve. El personal de cuidado pastoral, clero, religiosos y religiosas, y laicos por igual, deberán tener una preparación profesional adecuada, incluyendo el conocimiento de estas Directivas.
11. El personal de cuidado pastoral deberá trabajar en estrecha colaboración con las parroquias locales y el clero de la comunidad. Servicios pastorales adecuados y/o de referencia deberán estar disponibles para todos, de acuerdo con sus creencias o afiliación religiosas.
12. La administración de los sacramentos a los pacientes o residentes católicos es una parte especialmente importante del ministerio católico de cuidado de salud. Se deberán hacer todos los esfuerzos para tener sacerdotes asignados a hospitales e instituciones de cuidado de salud para celebrar la Eucaristía y proporcionar los sacramentos a los pacientes y al personal.
13. Se deberá poner particular cuidado en proporcionar y anunciar públicamente las ocasiones en que los pacientes o residentes puedan recibir el sacramento de la Penitencia.
14. Los laicos católicos adecuadamente preparados pueden ser asignados para servir como ministros extraordinarios de la Sagrada Comunión, de acuerdo con el derecho canónico y las políticas locales de la diócesis. Ellos deberán asistir al personal de cuidado pastoral (clero, religiosos y religiosas, y laicos) haciendo visitas de apoyo, informando a los pacientes sobre la disponibilidad de sacerdotes para el sacramento de la Penitencia y distribuyendo la Sagrada Comunión a los fieles que lo soliciten.
15. Siendo accesibles a los deseos y a la condición del paciente, todos los que están involucrados en el cuidado pastoral deberán facilitar la disponibilidad de los sacerdotes para proporcionar el sacramento de la Unción de los Enfermos, reconociendo que a través de este sacramento Cristo otorga la gracia y el apoyo a aquellos que están enfermos de gravedad o que están debilitados a causa de la avanzada edad. En condiciones normales, el sacramento se celebra cuando la persona enferma está totalmente consciente. Este podrá ser conferido al enfermo que haya perdido la consciencia o el uso de razón, si hay un motivo para creer que hubieran pedido el sacramento, estando en control de sus facultades.
16. Todos los católicos que estén en condiciones para recibir la Comunión deberán recibir el *Viaticum* cuando estén en peligro de muerte, al estar aún en plena posesión de sus facultades.<sup>12</sup>
17. Salvo en casos de emergencia (por ejemplo en peligro de muerte) cualquier petición de Bautismo hecha por adultos, o para niños, deberá ser referida al capellán de la institución.

---

<sup>12</sup> Cf. *Código de Derecho Canónico* (1983), cc. 921-923.

Los niños recién nacidos en peligro de muerte, incluyendo aquellos que se perdieron, deberán ser bautizados si esto es posible.<sup>13</sup> En caso de emergencia, si un sacerdote o un diácono no están disponibles, cualquiera puede bautizar válidamente.<sup>14</sup> En el caso de un Bautismo de emergencia, el capellán o el director del cuidado pastoral deberá ser notificado.

18. Cuando un católico que ha sido bautizado, pero que todavía no esté confirmado, esté en peligro de muerte, cualquier sacerdote podrá confirmar a la persona.<sup>15</sup>
19. Una constancia de que el Bautismo o la Confirmación fueron administrados, deberá enviarse a la parroquia en la cual se encuentre la institución y debe anotarse en sus registros de bautismo/confirmación.
20. Por lo regular la disciplina católica reserva la recepción de los sacramentos a los católicos. De acuerdo con el canon 844 § 3, los ministros católicos podrán administrar los sacramentos de la Eucaristía, la Penitencia y la Unción de los Enfermos a los miembros de las iglesias orientales que no estén en plena comunión con la Iglesia católica, o de otras iglesias que a juicio de la Santa Sede, estén en la misma condición que las iglesias orientales, si dichas personas solicitan los sacramentos espontáneamente y están bien dispuestas.

Con respecto a otros cristianos que no estén en plena comunión con la Iglesia católica, cuando se presente el peligro de muerte u otra grave necesidad, se deben dar también las cuatro condiciones del canon 844 § 4: que no puedan acudir a un ministro de su propia comunidad; que lo pidan espontáneamente; que manifiesten la fe católica en estos sacramentos y que estén bien dispuestos.

21. El nombramiento de sacerdotes y diáconos como parte del personal de cuidado pastoral de una institución católica debe contar con la explícita aprobación o confirmación del obispo local, en colaboración con la administración de la institución. El nombramiento del director del personal de cuidado pastoral deberá hacerse en consultas con el obispo diocesano.
22. Con el propósito de mantener relaciones ecuménicas e interreligiosas apropiadas, deberá desarrollarse una política diocesana en relación con el nombramiento de miembros no católicos como personal de cuidado pastoral de una institución católica de cuidado de salud. El director de cuidado pastoral de una institución católica deberá ser católico; cualquier excepción a esta norma deberá ser aprobada por el obispo diocesano.

---

<sup>13</sup> Cf. *ibíd.*, c. 867, § 2, y c. 871.

<sup>14</sup> Para administrar el Bautismo en caso de emergencia, uno debe tener la recta intención (hacer lo que la Iglesia tiene la intención de hacer con el Bautismo) y verter agua en la cabeza de la persona que va a ser bautizada, pronunciando entretanto las palabras: “Yo te bautizo, en el nombre del Padre, y del Hijo y del Espíritu Santo”.

<sup>15</sup> Cf. c. 883, 3°.

## TERCERA PARTE

# La relación entre el paciente y el profesionalista

### *Introducción*

Una persona que requiere del cuidado de salud y el proveedor profesionalista de cuidado de salud que acepta a esa persona como paciente, entran en una relación que requiere, entre otras cosas, respeto mutuo, confianza, honestidad y una adecuada confidencialidad. El intercambio libre de información resultante debe evitar la manipulación, la intimidación, o la condescendencia. Dicha relación permite al paciente revelar información personal necesaria para un cuidado efectivo y permite al proveedor del cuidado de salud a usar su competencia profesional de forma mucho más efectiva para mantener o devolver la salud del paciente. Ni el profesionalista del cuidado de salud ni el paciente actúan independientemente el uno del otro, ambos participan en el proceso de curación.

Hoy en día, un paciente frecuentemente recibe el cuidado de salud de parte de un grupo de proveedores, especialmente en el ámbito de un hospital moderno de cuidados críticos. Sin embargo, la multiplicación resultante de las relaciones no altera el carácter personal de la interacción entre los proveedores del cuidado de salud y el paciente. La relación de la persona que busca el cuidado de salud y los profesionalistas que brindan ese cuidado, es una parte importante de la base sobre la cual se proporcionan el diagnóstico y el cuidado. Entonces, el diagnóstico y el cuidado conllevan una serie de decisiones con dimensiones éticas y también médicas. El profesionalista del cuidado de salud tiene el conocimiento y la experiencia para buscar los objetivos de curación, mantenimiento de la salud, y el cuidado compasivo del moribundo, tomando en cuenta las convicciones y necesidades espirituales del paciente, así como las responsabilidades morales de todas las partes involucradas. La persona que necesita el cuidado de salud depende de la pericia del proveedor de cuidado de salud para ayudarlo a preservar la vida y a promover la salud del cuerpo, de la mente y del espíritu. El paciente a su vez, tiene la responsabilidad de usar estos recursos físicos y mentales al servicio de las metas morales y espirituales en la medida de sus posibilidades.

Cuando el profesionalista de cuidado de salud y el paciente usan el cuidado de salud católico institucional, también aceptan y dan testimonio de su compromiso público con la noción de la Iglesia sobre la dignidad de la persona humana. La doctrina moral de la Iglesia sobre cuidado de salud nutre una verdadera relación interpersonal entre el profesionalista y el paciente. Entonces esta relación entre el paciente y el profesionalista nunca se separa de la identidad católica de la institución de cuidado de salud. La fe que inspira el cuidado católico de salud guía las decisiones médicas de forma que respetan plenamente la dignidad de la persona y la relación con el profesionalista de cuidado de salud.

### *Directivas*

23. La dignidad inherente de la persona humana debe ser respetada y protegida sin importar la naturaleza del problema de salud de la persona o su estatus social. El respeto de la dignidad

- humana se extiende a todas las personas que reciben los servicios del cuidado de salud católico.
24. En conformidad con la ley federal, una institución católica de cuidado de salud, pondrá a disposición de los pacientes información sobre sus derechos, bajo las leyes de su estado, para que puedan hacer sus directivas médicas anticipadas para sus tratamientos médicos. Sin embargo, la institución no podrá satisfacer una directiva anticipada que sea contraria a la doctrina de la Iglesia. Si la directiva anticipada entra en conflicto con la doctrina católica, se deberá ofrecer una explicación del porqué esa directiva no puede ser satisfecha.
  25. Cada persona puede identificar anticipadamente un representante para tomar decisiones de cuidado de salud como su apoderado en caso de que la persona pierda la capacidad para tomar decisiones médicas de cuidado de salud. Las decisiones tomadas por el apoderado designado deben ser acordes con los principios morales católicos y con las intenciones y valores de la persona, o si las intenciones de la persona son desconocidas, con los mejores intereses de la persona. En el caso de que la directiva anticipada no se ejecute, aquellos que están en condiciones de conocer mejor los deseos del paciente —por lo regular los miembros de la familia y los seres queridos— deberán participar en las decisiones para el tratamiento de la persona que ha perdido la capacidad de tomar decisiones de cuidado de salud.
  26. El consentimiento libre e informado por parte de la persona, o el apoderado de la persona, se requiere para tratamientos y procedimientos médicos, excepto en una situación de emergencia, cuando el consentimiento no pueda ser obtenido y no haya indicación de que el paciente rechazaría acceder al tratamiento.
  27. El consentimiento libre e informado requiere que la persona, o el apoderado de la persona, reciban toda la información pertinente sobre la naturaleza esencial del tratamiento propuesto y sobre sus beneficios, sus riesgos, efectos colaterales, consecuencias y costos; y cualesquiera alternativas razonables y moralmente legítimas, incluyendo el no acceder al tratamiento.
  28. Cada persona o el apoderado de la persona deberá tener acceso a información médica y moral y a consejería, de forma que pueda ser capaz de formar su propia conciencia. La decisión libre e informada de la persona, o del apoderado legal de la persona, debe ser cumplida en tanto aquella no contradiga los principios católicos.
  29. Todas las personas que reciban los servicios de cuidado de salud católico tiene el derecho y el deber de proteger y preservar su integridad corporal y funcional.<sup>16</sup> La integridad funcional de la persona puede ser sacrificada para mantener la salud o la vida de la persona cuando no esté disponible otro medio moralmente permisible.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Por ejemplo, aunque la donación de un riñón constituye la pérdida de la integridad biológica, tal donación no compromete la integridad funcional ya que los seres humanos son capaces de funcionar con tan sólo un riñón.

<sup>17</sup> Cf. directiva 53.



30. El trasplante de órganos por parte de donadores vivos es moralmente permisible siempre y cuando tal donación no sacrifique o dañe seriamente cualquier función corporal esencial y que el beneficio previsto para el receptor sea proporcional al daño hecho al donador. Además, la libertad del posible donador debe ser respetada y no se deben obtener ganancias económicas para el donador.
31. Nadie debe ser sujeto de experimentos médicos o genéticos, aun cuando sean terapéuticos, a menos que la persona o el apoderado, haya dado primero el consentimiento libre e informado. En casos de experimentaciones no terapéuticas, el apoderado puede dar este consentimiento sólo si el experimento no conlleva riesgos significativos para el bienestar de la persona. Además, entre más grandes sean la incapacidad y la vulnerabilidad de la persona, mayores deben ser los motivos para efectuar cualquier experimentación médica, especialmente no terapéutica.
32. Aunque toda persona está obligada a usar los medios ordinarios para preservar su salud, ninguna persona deberá ser obligada a someterse a un procedimiento de cuidado de salud, el cual la persona haya juzgado —con conciencia libre e informada— que no ofrecerá una esperanza razonable de beneficio, sin imponer riesgos y cargas excesivas al paciente, o un gasto oneroso a la familia o a la comunidad.<sup>18</sup>
33. El bienestar de la persona en su totalidad debe ser tomado en cuenta al decidir sobre cualquier intervención terapéutica o uso de tecnología. Los procedimientos terapéuticos que probablemente causarían daño o efectos secundarios indeseables, únicamente pueden ser justificados por un beneficio proporcional para el paciente.
34. Los proveedores de cuidado de salud deben respetar la privacidad y confidencialidad de cada persona con respecto a la información relacionada con el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado de la persona.
35. Los profesionistas del cuidado de salud deberán ser instruidos para reconocer los síntomas de abuso y violencia y están obligados a reportar casos de abuso a las autoridades apropiadas, de acuerdo con los estatutos locales.
36. Se deberá brindar un cuidado compasivo y comprensivo a una persona que sea víctima de agresión sexual. Los proveedores de cuidado de salud deberán cooperar con las autoridades de procuración de justicia y ofrecer a la persona apoyo psicológico y espiritual, así como información médica precisa. Una mujer que haya sido violada, podrá defenderse contra una potencial concepción producto del asalto sexual. Si después de un examen apropiado, no hay evidencia de que la concepción ya haya ocurrido, puede ser tratada con medicamentos que prevendrían la ovulación, la capacitación espermática o la fecundación. Sin embargo, no está

---

<sup>18</sup> *Declaración sobre la eutanasia*, Parte IV; Véanse también las directivas 56-57.

permitido iniciar o recomendar tratamientos que tengan como propósito o efecto directo la remoción, destrucción, o interferencia con la implantación de un óvulo fecundado.<sup>19</sup>

37. Un comité de ética o alguna forma alternativa de consulta ética deberá estar disponible para ayudar, orientando sobre situaciones éticas particulares, ofreciendo oportunidades educativas, revisando y recomendando políticas. Para estos fines, deberá haber normas apropiadas para la consulta médica-ética dentro de una diócesis particular, que respete la responsabilidad pastoral del obispo diocesano y asista también a los miembros de los comités de ética a familiarizarse con la ética médica católica y en particular con estas Directivas.

---

<sup>19</sup> Se recomienda que una mujer que ha sido agredida sexualmente sea aconsejada acerca de las restricciones éticas que impiden a los hospitales católicos usar procedimientos abortivos; cf. Pennsylvania Catholic Conference, “Guidelines for Catholic Hospitals Treating Victims of Sexual Assault”, *Origins* 22 (1993): 810.

## CUARTA PARTE

### Cuestiones en el cuidado del inicio de la vida

#### *Introducción*

El compromiso de la Iglesia con la dignidad humana inspira una preocupación constante por la sacralidad de la vida humana, desde su inicio incipiente, y con la dignidad del matrimonio y del acto conyugal por el cual la vida humana se transmite. La Iglesia no puede aprobar prácticas médicas que socaven los vínculos biológicos, psicológicos y morales de los cuales depende la solidez del matrimonio y de la familia.

El ministerio católico de cuidado de salud da testimonio de la sacralidad de la vida “desde el momento de su concepción hasta la muerte”<sup>20</sup>. La defensa que hace la Iglesia de la vida abarca a los no nacidos y el cuidado de las mujeres y de sus hijos durante y después del embarazo. El compromiso de la Iglesia con la vida se observa en su disponibilidad para colaborar con los demás para aliviar las causas de la alta tasa de mortalidad infantil y para brindar un cuidado de salud adecuado a las madres y a sus hijos antes y después del nacimiento.

La Iglesia tiene el más profundo respeto por la familia, por la alianza matrimonial y por el amor que da unidad a una pareja casada. Esto incluye el respeto por el acto conyugal por el cual el esposo y la esposa expresan su amor y cooperan con Dios en la creación de un nuevo ser humano. El Concilio Vaticano II afirma:

Este amor, por ser eminentemente humano . . . abarca el bien de toda la persona . . . los actos con los que los esposos se unen íntima y castamente entre sí son honestos y dignos, y, ejecutados de manera verdaderamente humana, significan y favorecen el don recíproco, con el que se enriquecen mutuamente en un clima de gozosa gratitud.<sup>21</sup>

El matrimonio y el amor conyugal están ordenados por su propia naturaleza a la procreación y educación de la prole. Los hijos son, sin duda, el don más excelente del matrimonio y contribuyen sobremanera al bien de los propios padres. . . . En el deber de transmitir la vida humana y de educarla, lo cual hay que considerar como su propia misión, los cónyuges saben que son cooperadores del amor de Dios Creador y como sus intérpretes.<sup>22</sup>

Por razones legítimas de paternidad responsable, las parejas casadas pueden limitar el número de sus hijos a través de medios naturales. La Iglesia no puede aprobar intervenciones

---

<sup>20</sup> Papa Juan Pablo II, *Discurso a la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial* (29 de octubre de 1983).

<sup>21</sup> Concilio Vaticano II, Constitución pastoral de la Iglesia en el mundo actual (*Gaudium et Spes*) (1965), no. 49.

<sup>22</sup> *Ibíd.*, no. 50.

anticonceptivas que “o en previsión del acto conyugal, o en su realización, o en el desarrollo de sus consecuencias naturales, se proponga, como fin o como métodos, hacer imposible la procreación”<sup>23</sup>. Tales intervenciones violan “la inseparable conexión que Dios ha querido . . . entre los dos significados del acto conyugal: el significado unitivo y el significado procreador”<sup>24</sup>.

Con el avance de las ciencias médicas y biológicas, la sociedad tiene a su disposición nuevas tecnologías para responder al problema de la infertilidad. Aunque nos alegramos por el bien potencial, inherente a muchas de estas tecnologías, no podemos asumir que lo que es técnicamente posible sea siempre moralmente correcto. Las tecnologías reproductivas que sustituyen el acto conyugal no son consistentes con la dignidad humana. Así como el acto conyugal está naturalmente unido a la procreación, así también la procreación está unida naturalmente al acto conyugal. Tal como el papa Juan XXIII lo observó:

La vida humana se propaga a otros hombres de una manera consciente y responsable, se sigue de aquí que esta propagación debe verificarse de acuerdo con las leyes sacrosantas, inmutables e inviolables de Dios, las cuales han de ser conocidas y respetadas por todos. Nadie, pues, puede lícitamente usar en esta materia los medios o procedimientos que es lícito emplear en la genética de las plantas o de los animales.<sup>25</sup>

Debido a que la ley moral tiene su raíz en la totalidad de la naturaleza humana, las personas humanas, por medio de la reflexión inteligente sobre su propio destino espiritual, pueden descubrir y cooperar con el plan del Creador.<sup>26</sup>

### *Directivas*

38. Cuando el acto conyugal de la unión sexual no pueda alcanzar su propósito de procreación, podrá usarse una ayuda que no separe los fines unitivo y de procreación del acto y que no substituya el acto conyugal mismo, con el fin de ayudar a las parejas casadas a concebir.<sup>27</sup>

---

<sup>23</sup> Papa Pablo VI, Encíclica, *Sobre la regulación de la natalidad (Humanae Vitae)* (1968), no. 14.

<sup>24</sup> *Ibíd.*, no. 12.

<sup>25</sup> Papa Juan XXIII, Encíclica, *Sobre el reciente desarrollo de la cuestión social a la luz de la doctrina cristiana (Mater et Magistra)* (1961) no. 193, citada en Congregación para la Doctrina de la Fe, *Donum Vitae*, no. 4.

<sup>26</sup> Papa Juan Pablo II, Encíclica, *Sobre algunas cuestiones fundamentales de la enseñanza moral de la Iglesia (Veritatis Splendor)* (1993), no. 50.

<sup>27</sup> “La inseminación artificial homóloga dentro del matrimonio no se puede admitir, salvo en el caso en que el medio técnico no substituya al acto conyugal, sino que sea una facilitación y una ayuda para que aquel alcance su finalidad natural” (*Donum Vitae*, Parte II, B, no. 6; Véase también Parte I, números 1, 6).

39. Aquellas técnicas de concepción asistida que respeten los significados unitivo y procreativos del acto sexual, y que no impliquen la destrucción de embriones humanos, o su generación deliberada, en números tales que sea claramente previsible que no todos podrán implantarse, siendo algunos usados simplemente para maximizar las opciones de que otros se implanten, pueden usarse como terapias para la infertilidad.
40. La fecundación heteróloga (es decir, cualquier técnica usada para lograr la concepción por medio del uso de gametos provenientes de al menos un donador distinto de los esposos) está prohibida porque es contraria a la alianza del matrimonio, a la unidad de los esposos y a la dignidad propia de los padres y de los hijos.<sup>28</sup>
41. La fecundación artificial homóloga (es decir, cualquier técnica usada para lograr la concepción, usando los gametos del esposo y la esposa unidos en matrimonio) está prohibida cuando se separa la procreación del acto conyugal de su significado unitivo (por ejemplo, cualquier técnica usada para alcanzar la concepción extracorpórea).<sup>29</sup>
42. En virtud de la dignidad del hijo y del matrimonio y debido a la singularidad de la relación madre-hijo, la participación en contratos o arreglos de maternidad subrogada no está permitida. Además, la comercialización de tal alquiler de úteros denigra la dignidad de las mujeres, especialmente las pobres.<sup>30</sup>
43. Una institución católica de cuidado de salud que proporciona tratamiento para la infertilidad deberá ofrecer no solamente asistencia técnica a las parejas infértiles, sino que también deberá ayudar a las parejas a buscar otras soluciones (por ejemplo, la consejería, la adopción).
44. Una institución católica de cuidado de salud deberá proporcionar servicios prenatales, de obstetricia y posparto a las madres y a sus hijos en consonancia con su misión.
45. El aborto (es decir la interrupción deliberada directa del embarazo antes de la viabilidad o la destrucción deliberada directa de un feto viable) nunca está permitido. Cualquier procedimiento cuyo único efecto inmediato es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad es un aborto, el cual en su contexto moral incluye el intervalo entre la concepción y la implantación del embrión. Las instituciones católicas de cuidado de salud no deben

---

<sup>28</sup> *Ibíd.*, Parte II, A, no. 2.

<sup>29</sup> “La inseminación artificial sustitutiva del acto conyugal se rechaza en razón de la disociación voluntariamente causada entre los dos significados del acto conyugal. La masturbación, mediante la que normalmente se procura el esperma, constituye otro signo de esa disociación: aun cuando se realiza en vista de la procreación, ese gesto sigue estando privado de su significado unitivo: ‘le falta . . . la relación sexual requerida por el orden moral, que realiza, “el sentido íntegro de la mutua donación y de la procreación humana, en un contexto de amor verdadero” ’ ” (*Donum Vitae*, Parte II, B, no. 6).

<sup>30</sup> *Ibíd.*, Parte II, A, no. 3.

- proporcionar servicios de aborto, incluso basándose en el principio de cooperación material. En este contexto, las instituciones católicas de cuidado de salud deberán preocuparse por el peligro de escándalo en cualquier asociación con los proveedores de abortos.
46. Los trabajadores de cuidado de salud católico deberán estar preparados para ofrecer un cuidado compasivo físico, psicológico, moral y espiritual a aquellas personas que han sufrido el trauma del aborto.
  47. Los tratamientos, operaciones y medicamentos que tengan como propósito directo la cura de una condición patológica proporcionalmente seria de una mujer embarazada, están permitidos cuando estos no puedan ser pospuestos sin peligro hasta que el niño no nacido sea viable, aún cuando resultaran en la muerte del niño no nacido.
  48. En el caso de un embarazo extrauterino, ninguna intervención que constituya un aborto directo es moralmente lícita.<sup>31</sup>
  49. Por una razón proporcional, el parto puede ser inducido después de que el feto sea viable.
  50. El diagnóstico prenatal está permitido: cuando el procedimiento no amenace la vida o la integridad física del niño no nacido o de la madre y no los someta a riesgos desproporcionados; cuando el diagnóstico pueda brindar información para guiar el cuidado preventivo para la madre o el cuidado pre o posnatal para el niño; y cuando los padres, o al menos la madre, otorguen el consentimiento libre e informado. El diagnóstico prenatal no se permite cuando se realiza con la intención de abortar un niño no nacido con un defecto serio.<sup>32</sup>
  51. Los experimentos no terapéuticos en un embrión vivo o en un feto no están permitidos, aún con el consentimiento de los padres. Los experimentos terapéuticos están permitidos por una razón proporcional, con el consentimiento libre e informado de los padres, o, si el padre no puede ser contactado, al menos con el de la madre. La investigación médica que no dañe la vida o la integridad física de un niño no nacido, está permitida con el consentimiento de los padres.<sup>33</sup>
  52. Las instituciones católicas de salud no pueden promover o aprobar prácticas anticonceptivas, sino que deberán ofrecer a las parejas casadas y al personal médico que las asesora, instrucción tanto en las enseñanzas de la Iglesia sobre paternidad responsable, como en los métodos de planificación familiar natural.
  53. La esterilización directa de hombres o de mujeres, ya sea permanente o temporal, no está permitida en una institución católica de cuidado de salud. Los procedimientos que inducen

---

<sup>31</sup> Cfr. directiva 45.

<sup>32</sup> *Donum Vitae*, Parte I, no. 2.

<sup>33</sup> Cf. *ibíd.*, no. 4, no. 43.

a la esterilidad están permitidos cuando su efecto directo sea la cura o el alivio de una seria patología que se presenta, y un tratamiento más simple no esté disponible.<sup>34</sup>

54. Se puede ofrecer asesoría genética con el fin de promover la paternidad responsable y prepararse para el tratamiento adecuado y el cuidado de los niños con defectos genéticos, de acuerdo con la doctrina moral de la Iglesia y con los derechos intrínsecos y las obligaciones de las parejas casadas concernientes a la transmisión de la vida.

---

<sup>34</sup> Cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, “Respuestas a las preguntas presentadas sobre el aislamiento uterino y otras cuestiones” (1993).

## QUINTA PARTE

# Cuestiones en el cuidado de los gravemente enfermos y los moribundos

### *Introducción*

La redención y la gracia salvífica de Cristo abarcan la totalidad de la persona, especialmente en su enfermedad, sufrimiento y muerte.<sup>35</sup> El ministerio católico de cuidado de salud enfrenta la realidad de la muerte con la confianza de la fe. De frente a la muerte, que para muchos es un tiempo en el que la esperanza parece perdida, la Iglesia da testimonio de su creencia de que Dios ha creado a cada persona para la vida eterna.<sup>36</sup>

Por encima de todo y como un testigo de su fe, una institución católica de cuidado de salud será una comunidad de respeto, amor, y apoyo a los pacientes o residentes y a sus familias, al enfrentar la realidad de la muerte. Lo que es más difícil de enfrentar es el proceso mismo de morir, especialmente la dependencia, la impotencia y el dolor que muy frecuentemente acompañan a la enfermedad terminal. Uno de los propósitos primarios de la medicina del cuidado de los moribundos es el alivio del dolor y el sufrimiento causado por esta. El manejo efectivo del dolor en todas sus formas es crítico para el cuidado apropiado de los moribundos.

La verdad de que la vida es un don precioso de Dios tiene profundas implicaciones en la cuestión de la administración de la vida humana. Nosotros no somos los propietarios de nuestras vidas y por ende, no tenemos el poder absoluto sobre la vida. Tenemos el deber de preservar nuestra vida y usarla para la gloria de Dios, pero el deber de preservar la vida no es absoluto, puesto que podemos rechazar procedimientos para prolongar la vida que no sean suficientemente benéficos o sean excesivamente gravosos. El suicidio y la eutanasia nunca son opciones moralmente aceptables.

El deber de la medicina es cuidar, aun cuando no pueda curar. Los médicos y sus pacientes deben evaluar el uso de la tecnología a su disposición. Es indispensable hacer una reflexión sobre la dignidad innata de la vida humana en todas sus dimensiones y sobre el propósito del cuidado médico para formular un verdadero juicio moral sobre el uso de la tecnología para mantener la vida. El uso de la tecnología de soporte vital se juzga a la luz del significado cristiano de la vida, el sufrimiento y la muerte. De esta forma se evitan dos extremos: por una parte, una insistencia en una tecnología inútil o gravosa, incluso cuando un paciente desee legítimamente renunciar a esta; y por otra parte, el retiro de la tecnología con la intención de causar la muerte.<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> Papa Juan Pablo II, Carta apostólica, *Sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano (Salvifici Doloris)* (1984), no. 25-27.

<sup>36</sup> *Ritual de exequias* (Conferencia Episcopal Mexicana: Buena Prensa, 2ª edición renovada, 1991), no. 1

<sup>37</sup> Véase *Declaración sobre la eutanasia*.



La autoridad de la doctrina de la Iglesia ha tratado las cuestiones morales concernientes a la hidratación y nutrición medicamente asistida. En esta cuestión nos orientamos por la doctrina católica contra la eutanasia, que es “una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”<sup>38</sup>. Aunque la hidratación y la nutrición médica asistida no son moralmente obligatorias, en ciertos casos estas formas de cuidado básico deberán, en principio, ser proporcionadas a todos los pacientes que las necesiten, incluyendo los pacientes diagnosticados en “estado vegetativo persistente” (EVP), ya que incluso el paciente más severamente debilitado e incapaz, conserva la dignidad plena de una persona humana y debe recibir un cuidado ordinario y proporcionado.

### *Directivas*

55. Las instituciones católicas de cuidado de salud que ofrecen cuidados a las personas en peligro de muerte debido a enfermedad, accidente, edad avanzada, o una condición similar, deberán proporcionar oportunidades adecuadas para prepararlos para la muerte. A las personas en peligro de muerte se les deberá ofrecer cualquier información necesaria para ayudarlos a entender su condición y que puedan tener la oportunidad de discutir su estado con los miembros de su familia y los que realizan los cuidados. También se les deberá ofrecer información médica apropiada que posibilite abordar las opciones moralmente legítimas que tienen disponibles. Se les deberá ofrecer apoyo espiritual, así como la oportunidad de recibir los sacramentos con el fin de prepararlos bien para la muerte.
56. Una persona tiene la obligación moral de usar medios ordinarios y proporcionados de preservación de su vida. Medios proporcionados son aquellos que a juicio del paciente ofrecen una esperanza razonable de beneficio y no conllevan una carga excesiva o imponen un gasto oneroso a la familia o a la comunidad.<sup>39</sup>
57. Una persona puede renunciar a los medios extraordinarios o desproporcionados de preservación de la vida. Medios desproporcionados son aquellos que a juicio del paciente, no ofrecen una esperanza razonable de beneficio, o que conllevan una carga excesiva, o imponen un gasto oneroso a la familia o a la comunidad.
58. En principio existe la obligación de proporcionar a los pacientes alimento y agua, incluyendo la hidratación y la nutrición medicamente asistidas para aquellos que no pueden ingerir el alimento oralmente. Esta obligación se extiende a los pacientes en condiciones crónicas, y presumiblemente irreversibles (por ejemplo el “estado vegetativo persistente”), quienes podrían razonablemente tener la esperanza de vivir indefinidamente si tal cuidado les fuera

---

<sup>38</sup> *Ibíd.*, Parte II.

<sup>39</sup> *Ibíd.*, Parte IV; Papa Juan Pablo II, Encíclica, *Sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana (Evangelium Vitae)* (1995), no. 65.

proporcionado.<sup>40</sup> La hidratación y la nutrición médicamente asistidas se convierten moralmente opcionales cuando razonablemente no se puede esperar que estas prolongarán la vida, o cuando sean “excesivamente gravosas para el paciente o causarían una molestia física significativa, por ejemplo como resultado de las complicaciones en el uso de los medios empleados”<sup>41</sup>. Por ejemplo, al acercarse un paciente a la muerte inevitable debido a una condición progresiva subyacente y fatal, ciertas medidas para otorgar nutrición e hidratación pueden hacerse excesivamente gravosas y por tanto no obligatorias a la luz de su muy limitada capacidad para prolongar la vida u ofrecer alivio.

59. El juicio libre e informado hecho por un paciente adulto competente respecto al uso o retiro de los procedimientos para el soporte vital, deberá siempre ser respetado y normalmente cumplido, a menos que este sea contrario a la doctrina moral católica.
60. La eutanasia es una acción u omisión que por sí misma o por intención, causa la muerte con el fin de aliviar el sufrimiento. Las instituciones católicas de cuidado de salud no pueden nunca aprobar o participar en la eutanasia o en el suicidio asistido en cualquier forma. Los pacientes moribundos que soliciten la eutanasia deberán recibir un cuidado amoroso, apoyo psicológico y espiritual y los remedios apropiados para el dolor y otros síntomas, de manera que puedan vivir con dignidad hasta el momento de la muerte natural.<sup>42</sup>
61. Los pacientes deberán ser mantenidos libres de dolor en tanto como sea posible, de forma que puedan morir confortablemente y con dignidad y en el lugar en donde deseen morir. Puesto que una persona tiene el derecho de prepararse para su muerte, al momento de estar totalmente consciente él o ella no deberán ser privados de la consciencia sin una razón convincente. Las medicinas capaces de aliviar o suprimir el dolor pueden proporcionarse a una persona moribunda, incluso si esta terapia pudiera indirectamente acortar la vida de la persona, y siempre y cuando la intención no sea adelantar la muerte. Los pacientes que

---

<sup>40</sup> Véase Juan Pablo II, Discurso a los participantes en el congreso sobre “Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo” (20 de marzo del 2004), no. 4, en donde enfatiza que “la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, representa siempre un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico”. Véase también Congregación para la Doctrina de la Fe, “Respuestas a algunas preguntas de la conferencia episcopal estadounidense sobre la alimentación e hidratación artificiales” (1 de agosto del 2007).

<sup>41</sup> Congregación para la Doctrina de la Fe, Comentario a “Las respuestas a algunas preguntas de la conferencia episcopal estadounidense sobre la alimentación e hidratación artificiales” (Título original en inglés “Responses to Certain Questions of the United States Conference of Catholic Bishops Concerning Artificial Nutrition and Hydration”).

<sup>42</sup> Véase *Declaración sobre la eutanasia*, Parte IV.

- experimenten un sufrimiento que no pueda ser aliviado, deberán ser ayudados a apreciar la noción cristiana del sufrimiento redentor.
62. La determinación de la muerte deberá realizarla el médico o la autoridad médica competente, de acuerdo con criterios científicos responsables y comúnmente aceptados.
  63. Las instituciones católicas de cuidado de salud deberán fomentar y proporcionar los medios por los cuales, aquellos que lo deseen, puedan hacer arreglos para la donación de sus órganos y tejidos corporales para propósitos éticamente legítimos, de forma que puedan ser usados para donación e investigación después de la muerte.
  64. Tales órganos no deberán ser removidos hasta que se haya determinado técnicamente que el paciente ha muerto. Con el fin de prevenir cualquier conflicto de intereses, el médico que determina la muerte no deberá ser miembro del equipo de trasplante.
  65. El uso de órganos o tejidos de un infante puede permitirse después de que se ha determinado la muerte y con el consentimiento informado de los padres o tutores.
  66. Las instituciones católicas de cuidado de salud no deberán hacer uso de tejido humano obtenido por medio de abortos directos, incluso con fines de investigación y propósitos terapéuticos.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> *Donum Vitae*, Parte I, no. 4.

## SEXTA PARTE

# Acuerdos de colaboración con otras organizaciones y proveedores de cuidado de salud<sup>44</sup>

### *Introducción*

En y a través de su cuidado compasivo por los miembros enfermos y sufrientes de la familia humana, la Iglesia extiende la misión curativa de Jesús y sirve a la dignidad humana fundamental de cada persona creada a imagen y semejanza de Dios. El cuidado de salud católico, al servir al bien común, históricamente ha trabajado en colaboración con una variedad de socios no católicos. Sin embargo, diversos factores en el entorno actual del cuidado de salud en los Estados Unidos han llevado a una multiplicación de acuerdos de colaboración entre instituciones de cuidado de salud y entre instituciones católicas, así como entre instituciones católicas y no católicas.

Los acuerdos de colaboración pueden ser oportunidades únicas y de vital importancia para el cuidado de salud católico a fin de promover su misión de cuidar de los sufrientes y enfermos, en fiel imitación de Cristo. Por ejemplo, los acuerdos de colaboración pueden brindar oportunidades para que, a través de su testimonio del Evangelio de Jesucristo, las instituciones católicas de cuidado de salud influyan en la profesión de curar. Además, pueden ser oportunidades para reorientar el sistema local de prestación de servicios a brindar un continuo de cuidado de salud a la comunidad, proporcionar un modelo de administración responsable de recursos de cuidado de salud limitados, proporcionar a las personas pobres y vulnerables un acceso más equitativo al cuidado básico, y proporcionar acceso a tecnologías y pericias médicas que mejoren en gran medida la calidad del cuidado. La colaboración puede incluso, en algunos casos, asegurar la presencia continua de una institución católica, o la presencia de por lo menos un establecimiento de cuidado de salud, en un área determinada.

Cuando se esté considerando una colaboración, los administradores de cuidado de salud católico deben procurar en primer lugar establecer acuerdos con instituciones católicas u otras instituciones que operen de conformidad con la doctrina moral de la Iglesia. No es infrecuente, sin embargo, que algunos acuerdos con instituciones católicas no sean practicables y que, en la búsqueda del bien común, los únicos candidatos disponibles para la colaboración sean instituciones que no operen de conformidad con la doctrina moral de la Iglesia.

Tales acuerdos de colaboración podrían plantear desafíos particulares si implicaran conexiones institucionales con actividades que entraran en conflicto con la ley moral natural, la doctrina de la Iglesia o el derecho canónico. Las acciones inmorales son siempre contrarias a “la singular dignidad de la persona humana, que es la ‘única criatura en la tierra a la que Dios ha

---

<sup>44</sup> Véase: Congregación para la Doctrina de la Fe, “Algunos principios para la colaboración con entidades no católicas en la prestación de servicios de cuidado de salud”, publicado en inglés con el título de “Some Principles for Collaboration with non-Catholic Entities in the Provision of Healthcare Services” en *The National Catholic Bioethics Quarterly* (verano de 2014), 337-40.

amado por sí misma”<sup>45</sup> Los servicios católicos de cuidado de salud, precisamente porque están llamados a respetar la dignidad inherente de todo ser humano y contribuir al bien común, deben evitar, siempre que sea posible, contraer acuerdos de colaboración que los puedan llevar a contribuir a las malas obras de otros proveedores.

La tradición moral católica proporciona principios para evaluar la cooperación con las malas obras de otros y determinar las condiciones bajo las cuales la cooperación puede o no estar moralmente justificada, distinguiendo entre cooperación “formal” y “material”. La cooperación *formal* “se produce cuando la acción realizada, bien sea por su misma naturaleza o por la configuración que asume en un contexto concreto, se califica como colaboración directa en un acto [inmoral]... o como participación en la intención inmoral del agente principal”<sup>46</sup> Por lo tanto, la cooperación es formal no sólo cuando el que coopera comparte la intención del que obra mal, sino también cuando el que coopera participa directamente en el acto inmoral, incluso si el que coopera no comparte la intención del que obra mal, pero participa como un medio para algún otro fin. La cooperación formal puede adoptar diversas formas, tales como autorizar el mal, aprobarlo, prescribirlo, defenderlo activamente o dar instrucciones específicas sobre cómo llevarlo a cabo. La cooperación formal, en cualquier forma, siempre es moralmente mala.

La cooperación es material si quien coopera no comparte la intención del que obra mal cuando comete el acto inmoral ni coopera participando directamente en el acto como un medio para algún otro fin, sino que más bien contribuye a la actividad inmoral de una manera causalmente relacionada pero no esencial para el acto inmoral en sí mismo. Aunque algunos casos de cooperación material son moralmente malos, otros están moralmente justificados. Hay muchos factores a considerar cuando se evalúa si la cooperación material se justifica o no, a saber: si el acto del que coopera es moralmente bueno o neutral en sí mismo, cuán significativa es su contribución causal al acto del que obra mal, qué tan grave es el acto inmoral del que obra mal, y cuán importantes son los bienes que deben preservarse o los daños que deben evitarse con la cooperación. Evaluar la cooperación material puede ser complejo y pueden surgir desacuerdos legítimos sobre qué factores son más relevantes en un caso concreto. Debe consultarse a expertos teológicos confiables a fin de interpretar y aplicar los principios que rigen la cooperación.

Cualquier análisis moral de un acuerdo de colaboración debe también tener en cuenta el peligro del escándalo, que es “la actitud o el comportamiento que induce a otro a hacer el mal”<sup>47</sup> La cooperación de una institución católica con otras entidades de cuidado de salud involucradas en actividades inmorales, incluso cuando dicha cooperación está moralmente justificada en todos los demás aspectos, podría, en ciertos casos, llevar a la gente a concluir que esas actividades son moralmente aceptables. Esto podría llevar a la gente a pecar. El peligro de escándalo, por lo tanto, debe evaluarse cuidadosamente en cada caso. En algunos casos, el peligro de escándalo puede

---

<sup>45</sup> Papa Juan Pablo II, *Veritatis Splendor*, no. 13.

<sup>46</sup> Papa Juan Pablo II, *Evangelium Vitae*, no. 74.

<sup>47</sup> *Catecismo de la Iglesia Católica*, no. 2284.

mitigarse mediante ciertas medidas, como proporcionar una explicación de por qué la institución católica está cooperando de esta manera en este momento. En cualquier caso, deben hacerse juicios prudentes, que tengan en cuenta las circunstancias particulares, sobre el riesgo y el grado de escándalo y sobre si pueden abordarse de manera efectiva.

Incluso cuando haya buenas razones para establecer acuerdos de colaboración que impliquen cooperación material con malas acciones, los directivos de las instituciones católicas de cuidados de salud deben evaluar si asociarse con las malas acciones de un colaborador supondrá el riesgo de socavar la capacidad de su institución para cumplir su misión de brindar cuidado de salud como testimonio de la fe católica y como expresión de la preocupación de Jesús por los enfermos. Deben hacer todo lo posible para asegurar que la integridad del testimonio de la Iglesia a Cristo y su Evangelio no se vea afectada negativamente por un acuerdo de colaboración.

En resumen, los acuerdos de colaboración con entidades que no comparten nuestra tradición moral católica presentan tanto oportunidades como desafíos. Las oportunidades para promover la misión del cuidado de salud católico pueden ser importantes. Los desafíos no necesariamente excluyen todos estos acuerdos por razones morales, pero sí hacen imperativo que los líderes católicos realicen análisis cuidadosos para asegurar que los nuevos acuerdos de colaboración —así como los que ya existen— se atengan a los principios que rigen la cooperación, aborden eficazmente el riesgo de escándalo, se atengan al derecho canónico y sustenten el testimonio de la Iglesia a Cristo y su mensaje salvador.

Si bien las siguientes Directivas se ofrecen para ayudar a las instituciones católicas de cuidado de salud a analizar las consideraciones morales de los acuerdos de colaboración, la responsabilidad última de interpretar y aplicar las Directivas recae sobre el obispo diocesano.

### *Directivas*

67. Cada obispo diocesano tiene la responsabilidad última de evaluar si los acuerdos de colaboración en que participan los proveedores de cuidado de salud católicos que operan en la iglesia local del obispo implican cooperación injusta, causan escándalo o socavan el testimonio de la Iglesia. Al cumplir con esta responsabilidad, el obispo debe considerar no sólo las circunstancias de su diócesis local, sino también las implicaciones regionales y nacionales de su decisión.

68. Cuando existe la posibilidad de que un posible acuerdo de colaboración pueda generar consecuencias adversas graves para la identidad o la reputación de los servicios católicos de cuidado de salud o conlleve un riesgo de escándalo, se debe consultar oportunamente con el obispo diocesano. Además, se requiere la aprobación del obispo diocesano en el caso de acuerdos de colaboración en que participen instituciones sujetas a su autoridad gobernante; cuando participen instituciones no sujetas a su autoridad gobernante pero que operen en su diócesis, como las que

impliquen a una persona jurídica erigida por la Santa Sede, se debe obtener el *nihil obstat* del obispo diocesano.

69. En los casos de sistemas de cuidado de salud que se extiendan a través de varias jurisdicciones diocesanas, sigue siendo responsabilidad del obispo diocesano de cada diócesis en que se encuentren las instituciones afiliadas del sistema aprobar localmente el posible acuerdo de colaboración o conceder *nihil obstat* requerido, según lo indique la situación. Al mismo tiempo, ante tal acuerdo propuesto, es deber del obispo diocesano de la diócesis en que se encuentra la sede central del sistema iniciar una colaboración con los obispos diocesanos de las diócesis afectadas por el acuerdo de colaboración. Los obispos participantes en esta colaboración deben hacer todos los esfuerzos posibles para llegar a un consenso.

70. Las organizaciones de cuidado de salud católicas no tienen permitido involucrarse en cooperación material inmediata en acciones que son intrínsecamente inmorales, como el aborto, la eutanasia, el suicidio asistido y la esterilización directa.<sup>48</sup>

71. Al considerar oportunidades para acuerdos de colaboración que conlleven cooperación material en malas obras, los líderes institucionales católicos deben evaluar si se puede provocar un escándalo<sup>49</sup> y si se puede socavar el testimonio de la Iglesia. En algunos casos, el riesgo de escándalo puede mitigarse o eliminarse adecuadamente mediante una explicación de lo que de hecho está haciendo la organización de cuidado de salud bajo auspicios católicos. Sin embargo,

---

<sup>48</sup> Si bien hay muchos actos de gravedad moral variable que pueden identificarse como intrínsecamente malos, en el contexto del cuidado de salud contemporáneo las preocupaciones más acuciantes en la actualidad son el aborto, la eutanasia, el suicidio asistido y la esterilización directa. Véase Papa Juan Pablo II, Discurso grupo de obispos de Texas, Oklahoma, y Arkansas (Región X) de los Estados Unidos en visita “ad limina” (27 de junio de 1998). Véase también Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, “Respuestas acerca de la esterilización en los hospitales católicos”: “Respecto a la gestión de los hospitales católicos... Queda absolutamente prohibida cualquier colaboración de los mismos, aprobada o admitida institucionalmente, en acciones por sí mismas (es decir, por la naturaleza y condición de las mismas) ordenadas a un fin contraceptivo... La aprobación oficial de la esterilización directa, y con mayor razón su regulación y ejecución según los estatutos del hospital, es algo malo en el orden objetivo por su misma naturaleza, es decir, intrínsecamente malo”. Esta directiva sustituye al “Commentary on the Reply of the Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith on Sterilization in Catholic Hospitals”, publicado por la National Conference of Catholic Bishops el 15 de septiembre de 1977, en *Origins* 7 (1977): 399-400.

<sup>49</sup> Véase *Catecismo de la Iglesia Católica*: “El que usa los poderes de que dispone en condiciones que arrastren a hacer el mal se hace culpable de escándalo y responsable del mal que directa o indirectamente ha favorecido” (no. 2287).

podría tener que rechazarse un acuerdo de colaboración que en todos los demás aspectos fuera moralmente lícito debido al escándalo que podría causarse o porque podría minar testimonio de la Iglesia.

72. En un acuerdo de colaboración, la parte católica tiene la responsabilidad de evaluar periódicamente si el acuerdo vinculante está siendo observado y aplicado de manera coherente con la ley moral natural, la doctrina católica y el derecho canónico.

73. Antes de afiliarse a una entidad de cuidado de salud que permita procedimientos inmorales, una institución católica debe asegurar que ni sus administradores ni sus empleados participarán de procedimientos inmorales, sea gestionándolos, llevándolos a cabo, ayudando a llevarlos a cabo, poniendo a su disposición sus instalaciones, haciendo referencias hacia ellos o beneficiándose de los ingresos generados por ellos.

74. En cualquier tipo de colaboración, todo lo que esté bajo el control de la institución católica, sea por adquisición, gobierno o gestión, debe ser operado en plena conformidad con la doctrina moral de la Iglesia Católica, incluidas estas Directivas.

75. No está permitido establecer otra entidad que supervise, gestione o realice procedimientos inmorales. El establecimiento de tal entidad incluye acciones tales como elaborar los estatutos civiles, políticas o procedimientos de la entidad, establecer las finanzas de la entidad o constituir legalmente la entidad.

76. Los representantes de instituciones de cuidado de salud católicas que sirven como miembros de consejos de gobierno de organizaciones de cuidado de salud no católicas que no se adhieren a los principios éticos relativos al cuidado de salud formulados por la Iglesia, deben hacer conocer su oposición a procedimientos inmorales y no deben dar su consentimiento a ninguna decisión directamente relacionada con tales procedimientos. Se debe tener mucho cuidado para evitar provocar escándalos o afectar adversamente el testimonio de la Iglesia.

77. Si se descubre que una institución de cuidado de salud católica podría estar obrando mal al cooperar con procedimientos inmorales, el obispo diocesano local debe ser informado inmediatamente y los directivos de la institución deben resolver la situación tan pronto como sea razonablemente posible.



## Conclusión

La enfermedad nos habla de nuestras limitaciones y fragilidad humana. Ésta puede tomar la forma de una dolencia resultante del simple paso de los años o de una herida producto de la exuberancia de energía juvenil. Puede ser temporal o crónica, debilitante e incluso terminal. No obstante, quien sigue a Jesús enfrenta la enfermedad y las consecuencias de la condición humana, consciente de que nuestro Señor muestra siempre compasión hacia el enfermo.

Jesús no sólo enseñó a sus discípulos a ser compasivos; también les dijo quiénes debían ser el objeto especial de su compasión. La parábola del banquete con sus humildes invitados fue precedida por la instrucción: “Cuando des un banquete, invita a los pobres, a los lisiados, a los cojos y a los ciegos” (Lc 14:13). Éstas eran personas a quienes Jesús curó y amó.

El cuidado católico de salud es una respuesta al desafío de Jesús de ir y hacer lo mismo. Los servicios católicos de cuidado de salud se regocijan con el reto de ser la compasión curativa de Cristo en el mundo y ver su ministerio no sólo como un esfuerzo para restaurar y preservar la salud, sino también como un servicio espiritual y un signo de aquella curación final que un día producirá la nueva creación, fruto último del ministerio de Jesús y del amor de Dios por nosotros.