



DOSSIER SOCIEDAD Y RELIGIÓN  
RELIGIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN  
TIEMPOS CONTEMPORÁNEOS.  
REFLEXIONES DESDE EUROPA Y AMÉRICA LATINA

## DE LA CAPELLANÍA A LA ASISTENCIA RELIGIOSA: EL CAMPO RELIGIOSO PORTUGUÉS EN LOS HOSPITALES

*From chaplaincy to religious assistance.  
The Portuguese religious field in hospitals*

**LUÍS PAIS BERNARDO**

---

Institut für Sozialwissenschaften, Humboldt-Universität zu Berlin

Email: [luispaisbernardo@gmail.com](mailto:luispaisbernardo@gmail.com)

### **Resumen**

Entre 1980 y 2009, la religión en los hospitales portugueses fue objeto de una intensa regulación. Las capellanías tradicionales tuvieron que enfrentar un complejo proceso de transición hacia un modelo plural. En el marco de este nuevo modelo, los capellanes ya no tienen (formalmente) el poder de decisión respecto del acceso de representantes religiosos a los hospitales y a los pacientes. Esta cuestión ha generado resistencia y debate en el marco de la Iglesia Católica.

Mediante un estudio de caso comparativo entre tres hospitales públicos portugueses, en cuyo marco se entrevistaron, entre 2011 y 2014, actores políticos en el sistema de políticas públicas de salud, capellanes católicos y representantes religiosos de las tradiciones más significativas en Portugal, intentamos determinar el papel de la diversidad religiosa en cuanto argumento político y leitmotiv de la transición del modelo de las capellanías hacia los servicios de asistencia espiritual y religiosa.

Contrariamente a lo esperado por la presión reguladora, la convergencia entre los tres casos es limitada con respecto a sus relaciones con el entorno hospitalario y a su modo de negociación de la diversidad religiosa. La Iglesia Católica romana mantiene una posición dominante y sostenida por una cooperación estratégica de un conjunto limitado de tradiciones religiosas legitimadas por el binomio Iglesia Católica-Estado portugués.

Palabras claves: Capellanía; Asistencia religiosa; Portugal; Hospitales públicos

### **Abstract**

Between 1980 and 2009, religion in Portuguese hospitals was intensely regulated and faced a transitional process. In this transition, chaplains lost their discretionary power and a formal regulatory model of religious assistance was imposed. In this new model, chaplains are no longer (formally) entitled to decision-making power with regard to the access enjoyed by religious representatives to hospital space and patients. This question generated resistance and discussion in the context of continued Catholic dominance.

This is a comparative case study of three Portuguese public hospitals in which, between 2011 and 2014, political actors in the healthcare policy subsystem, Catholic chaplains and religious representatives from the most significant religious traditions in Portugal were interviewed. We attempt to determine the role of religious diversity and spirituality as political arguments and pillars of the transition between the traditional chaplaincy model and a spiritual and religious assistance model. Convergence between the three cases is limited, specifically with regard to the relationship maintained between religious assistance and the hospital environment and the mode of negotiation of religious diversity. The Roman Catholic Church sustains its dominant position through strategic cooperation with a limited number of religious traditions which are themselves legitimated by the dyad Roman Catholic Church-Portuguese State.

Keywords: Chaplaincy; Religious assistance; Portugal religious field; Public hospitals

## INTRODUCCIÓN

El estudio sociológico de la espiritualidad ha surgido recientemente como espacio de encuentro de preguntas sociológicas acerca de las formaciones seculares, las relaciones Estado-religión y la llamada “religión vivida” (*lived religion*). Sin embargo, en contextos en los que hay una tradición religiosa históricamente dominante, la espiritualidad permanece incrustada en la religión institucionalizada y, en buena parte, invisible a los ojos de los sociólogos. Lo secular y lo religioso son dos opciones que siguen manteniendo su importancia teórica. Todavía, la espiritualidad es una tercera opción que cuestiona la dicotomía entre lo secular y lo religioso utilizada como elemento clave para el estudio de las relaciones Estado-religión, incluso cuando tiene su origen en la teología cristiana. En Portugal, en el período 2001-2009, la toma de decisiones políticas incrementa la relevancia de la religión y la espiritualidad en contextos institucionales. En esta línea, el reglamento (2009) del concordato entre el Estado y la Iglesia Católica reguló el papel de la religión en hospitales, prisiones y ejército y atribuyó un papel fundamental a la espiritualidad como un componente no autónomo de la vida religiosa.

Partiendo de estas consideraciones, el objetivo de este artículo es determinar hasta qué punto se observa una transición de régimen en los cuidados de salud hospitalarios en Portugal en relación con la asistencia religiosa entre la capellanía y la asistencia espiritual. Es un estudio de caso de tres hospitales públicos portugueses con elevadas tasas de volumen terapéutico y modelos de asistencia religiosa basados en normas similares. La metodología usada es la del estudio de caso comparativo, con particular interés en procesos de transformación. Recurrimos a entrevistas semi-estructuradas formuladas a representantes de la Iglesia Católica Romana (no capellanes), las comunidades israelita, bahá'í, ismaeli, musulmana sunita, hindú, la Iglesia Adventista del Séptimo Día, la Alianza Evangélica, el Consejo portugués de iglesias cristianas, la asociación de Testigos de Jehova, la iglesia de Cientología y la Unión Budista portuguesa. Además, se entrevistó a tres capellanes jefes de hospitales públicos, un capellán

militar y dos ex coordinadores nacionales para la pastoral católica de la salud. En lo que se refiere a representantes del Estado, consultamos al ex presidente de la comisión para la libertad religiosa, dos ex ministros de la Salud, un ex secretario de Estado de la Salud. Efectuamos observación participante en los contextos de asistencia religiosa en los tres hospitales estudiados, lo que fue complementado por la participación en un curso de formación para asistentes espirituales y un retiro para capellanes católicos. El análisis documental repercutió sobre dos periódicos diarios y un semanario, el *Diário da República* (la gazeta oficial del Estado portugués) y los debates parlamentarios sobre la discusión legislativa con respecto a los reglamentos de 1980/2009, la ley de 2001 y la aprobación del Concordato en 2004, así como la producción documental de la comisión de la libertad religiosa con respecto al reglamento de 2009.

La secuencia del texto es la siguiente: en primer lugar, definimos los conceptos de capellanía y asistencia religiosa. A continuación, describimos la transición histórica de la asistencia religiosa en contextos hospitalarios portugueses, con particular énfasis en la ley de la libertad religiosa de 2001 y el reglamento de 2009 sobre la asistencia religiosa en espacios sanitarios. Mediante esta contextualización, finalmente debatimos las permanencias y mutaciones de esa asistencia con recurso a modelos de ayuda espiritual y religiosa, que vienen a configurar las prácticas de los capellanes. Las percepciones de estos actores se definen atendiendo a los papeles fundamentales ejercidos por especialistas: guardianes y mantenedores de la seguridad espiritual de los pacientes hospitalarios.

## **CAPELLANÍA Y ASISTENCIA RELIGIOSA: DEFINICIONES**

En este estudio, definimos los servicios de asistencia religiosa como los arreglos institucionales y organizativos que tratan de proporcionar a los pacientes una atención inmaterial enmarcada dentro de principios religiosos. Estos servicios pueden ser proporcionados por un representante de una religión que esté acreditado por su tradición

religiosa. La diferencia entre la capellanía y la asistencia religiosa es uno de los ejes de este estudio. La capellanía denota un punto de vista cristiano-céntrico de la asistencia religiosa, donde un especialista se dedica a la atención sacramental para los pacientes que piden asistencia no material basada en pilares religiosos. Así, la capellanía es una función central en varias tradiciones cristianas que consideran fundamental el "ministerio de presencia" (Sullivan: 2014), es decir, el hecho de la presencia ante el sufrimiento como ayuda religiosa y marco más fundamental para la capellanía que cualquier formación teológica avanzada. La capellanía de la salud, en particular, es vista como un derecho fundamental para los especialistas ordenados en las tradiciones cristianas.

La asistencia religiosa, por otro lado, no tiene una base cristiano-céntrica, sino que es una configuración multi-religiosa y multi-disciplinar de la prestación de cuidados. Los servicios de asistencia religiosa no persiguen necesariamente el ideal de "ministerio de presencia", sino que son configuraciones autónomas en los hospitales que no tienen objetivos sacramentales en su núcleo.

En cierto modo, las estrategias de asistencia religiosa en hospitales portugueses, podemos considerarlas como postseculares, ya que existe un intento de deconstruir lo religioso y lo secular como oposiciones binarias. Es cierto que las capellanías siguen siendo dominantes; pero también es cierto que son capellanías donde la heterodoxia gana una importancia creciente. Sin embargo, estas también son estrategias que derivan de contextos organizacionales muy específicos; se argumentará en este artículo que el carácter secular del ámbito sanitario está lleno de retos para la asistencia religiosa, y que los representantes religiosos muestran una tendencia a desviarse de la secularidad organizacional y de las jerarquías eclesiales o congregacionales en búsqueda de una identidad profesional y religiosa. Las subjetividades religiosas en los hospitales portugueses están constantemente en flujo, pero las categorías de referencia apropiadas no son el binario secular-religioso: lo espiritual y lo postsecular entran en juego como espacios conceptuales fluidos que parecen anclar los imaginarios organizacionales de estos representantes religiosos. Las

representaciones ortodoxas de funciones religiosas se mezclan con representaciones del espacio físico y simbólico de los hospitales como instalaciones cargadas de espiritualidad.

En el caso de Portugal, el Estado, como la unidad de gestión interna más importante en el campo religioso (Fligstein & McAdam, 2012), cooperó y sigue cooperando con el catolicismo romano y sus instancias institucionalizadas con el fin de constituir y, si es necesario, reconstituir, los espacios disciplinares de la religión y, lo que es más importante, las estructuras de subjetividad religiosa. Hay poca respuesta sobre la preeminencia de la laicidad en las instalaciones medicalizadas, como hospitales; ahora bien, también es cierto que algunos casos de religiosidad expresiva, sobre todo católica, son legitimados sea por la fuerza (porque el catolicismo romano es percibido como matriz moral de la sociedad portuguesa y abarca incluso las instituciones seculares) sea por su inseparabilidad de los centros de salud y por lo tanto intocable.

Así, nuestro punto de partida analítico es el siguiente: la religión como guión para la acción tiene limitaciones estructurales definidas por la normatividad secular de los hospitales públicos. En los hospitales públicos portugueses estudiados para esta investigación, la religión con guión procedente de escrituras o palabra revelada ya no es vista como legítima sin necesidad de justificación. Tenemos que reconfigurar nuestra base analítica sobre la religión y la religión vivida, como constructo fluido que cuestiona la oposición binaria discutido en este texto (Ammerman, 2007), trasciende tal oposición y más acertadamente capta los procesos cognitivos y simbólicos operados por representantes religiosos en los hospitales (Cadge, 2013; Cadge, Freese, & Christakis, 2008; Cadge & Sigalow, 2013).

Las formaciones seculares varían de un hospital a otro según la historia de la organización, la estructura de poder y la ubicación social y territorial. Así, un hospital fundado durante un régimen de estricto anticlericalismo presentará en las políticas públicas de salud unas limitaciones y oportunidades específicas de la religión comparado con un hospital operado por una orden católica con fondos públicos,

inclusive si ambos están ahora limitadas por el mismo marco legal, los mismos controles financieros y la presión de isomorfismo institucional (DiMaggio and Powell, 1983)

## **LA TRANSICIÓN ENTRE REGÍMENES DE ASISTENCIA RELIGIOSA: EL CASO DE PORTUGAL**

En el caso de Portugal, el marco principal viene definido por la constitución de 1976 que emplea el concepto de "aconfesionalidad" -una noción que parece compatible con la de "secularismo arreligioso" propuesto por Sullivan (2005)- en las instituciones del Estado portugués y, por extensión, a todas las instituciones públicas. Las normas constitucionales se complementan con la ley de 2001 sobre la libertad religiosa, y se entrelazan con las modificaciones efectuadas en 1975 al Concordato de 1940; un concordato que había sido firmado entre el Estado portugués autoritario y el Vaticano como señal de su reconocimiento de la primacía del catolicismo en la esfera pública portuguesa (Carvalho, 2013; Reis, 2006). En 1975, después de la Revolución de 1974, el primado de la Iglesia ya no era sostenido por el Estado y la cooperación de representantes católicos con la legitimación del autoritarismo de Salazar hacía de las modificaciones una obligación (Santos, 2005). El Concordato de 1940 fue sustituido por una actualización de 2004, que se consideró necesaria en el contexto de la ley de 2001 y de algunas contradicciones irresolubles entre la definición constitucional de la aconfesionalidad del Estado y la excepcionalidad católica.

En 2007, representantes de la Iglesia y del Estado se pusieron de acuerdo sobre la necesidad de regular el concordato de 2004. La aprobación de la ley de 2001 sobre la libertad religiosa dictaminó el establecimiento de una comisión para la libertad religiosa. Esta comisión asumió la función de comité de decisión corporativista sobre el campo religioso (con presencia de las tradiciones religiosas percibidas como más relevantes pero no necesariamente las demográficamente más representativas). Se instauró, además, el registro

obligatorio de cualquier iglesia o asociación religiosa en un servicio estatal centralizado. Esto fue implementado en paralelo con el reconocimiento de dos clases diferentes de tradición religiosa: la clase dominante o nuclear incluye las más tradicionales y arraigadas, como la Iglesia Católica Apostólica Romana y ciertas formaciones protestantes más tradicionales. Además, incluye otras tradiciones con menor expresión, como la comunidad musulmana sunita de Lisboa, la comunidad hindú e israelita, y, por otro lado, las tradiciones con reconocimiento internacional que en 2009 tuvieran más de 60 años de existencia. En conclusión, el marco legal portugués se hizo incoherente y, lo más importante en términos de estructura del campo religioso, se reconoció como anacrónico.

La sociedad portuguesa ya no se podía representar como un bloque católico cristalizado por el Concordato de 1940, incluso con la distensión de 1975 impulsada por la política democrática (Vilaça, 2006). El Reglamento de 1980 sobre atención espiritual en los hospitales era percibido como anticuado a la luz del nuevo marco legal en materia de libertad religiosa. En cierto modo, la doble presión de la secularización y la pluralización está relacionada con la aparición de grupos laicistas parlamentarios (Vilaça, 2012; Vilaça & Oliveira, 2012). Estas fuerzas tuvieron suficiente influencia para proponer una ley sobre la libertad religiosa, que creó las condiciones para la ruptura del monopolio católico y la apertura de un debate sobre la necesidad de reformar las relaciones Estado-Iglesia (Ferreira & Matos, 2013). Después de 2001, se creó un comité de libertad religiosa, un espacio donde las percepciones del Estado sobre qué comunidades y con qué estándar son legítimas o vistas como políticamente correctas (Laurence, 2009; Scott, 1998) se hicieron más claras. En el año 2009, era evidente que el monopolio de la Iglesia Católica sobre el uso del espacio y la práctica en los hospitales relacionados con la religiosidad era percibido como incompatible con las características y necesidades de la sociedad, especialmente en un contexto en que la práctica intercultural estaba en proceso de ser incorporada a la prestación de servicios públicos, por vía de la convergencia con las directivas de la Unión Europea respecto de valores compartidos y políticas de diversidad. La emergencia de los



servicios públicos con sensibilidad cultural está relacionada con este cambio discursivo, y tanto el Estado como la Iglesia tuvieron que adaptarse. En la actualidad, mientras que el poder discrecional concedido a los capellanes se ha reducido en gran medida, el régimen jurídico, a saber, la regulación y la ejecución a través de la comisión para la libertad religiosa, el organismo regulador del campo religioso, fue algunas veces invocado con el fin de facilitar el acceso de los pacientes a los representantes de las minorías religiosas. Es decir, aunque el régimen jurídico intente reducir legalmente el poder discrecional de los capellanes católicos, estos llegan a emplearlo como instrumento para ampliar el acceso de otros representantes a los espacios internos del hospital. Así, utilizan un instrumento que impone dificultades potenciales al mantenimiento de su posición estratégica con el intento de pluralizar el espacio religioso en el hospital. Esta no es la posición ni la estrategia utilizada por los representantes eclesiales en la definición de la política de asistencia religiosa en espacios sanitarios.

El reglamento de 2009 sobre atención espiritual y religiosa es un punto de partida relevante para nuestra investigación, ya que su emergencia puede ser conceptualizada como una *critical juncture* (o conyuntura crítica), en términos de Pierson (2015). Este reglamento intentó imponer un estándar sobre todos los servicios de asistencia religiosa en hospitales públicos de Portugal. En esta perspectiva, los servicios deberían haber adoptado una configuración similar. Pero eso no ocurrió: los tres casos organizacionales estudiados presentan hoy más diferencias que antes de 2009. Esto fue resultado de la interacción entre las normas reguladoras definidas por el estado de forma centralizada y los órdenes locales (Béraud, de Galembert, & Rostaing, 2013; Lipsky, 2010). Por otra parte, también incentivó una transición desde el modelo de capellanía tradicional a un modelo de servicio de la asistencia espiritual y religiosa, no en los términos definidos por las normas reglamentarias, sino en términos del papel de la religión, su yuxtaposición con la humanización y/o la espiritualidad.

El proceso de discusión del proyecto de ley y la aprobación del decreto-ley 253/2009 estuvo lleno de conflictos y contradicciones. La mayoría de los entrevistados para este estudio reconocieron la

existencia de conflicto entre el estado portugués y la iglesia católica; a la vez que también identificaron la existencia de conflictos intra-estado. Los interlocutores, además, expresaron su sorpresa por la posición de la Iglesia Católica sobre la temática.

Inicialmente, el Estado consideraba la igualdad de condiciones como una necesidad que emergía de las disposiciones legales y la justicia distributiva. Pero la Iglesia considerava este tipo de acuerdos y metas incompatibles con su representatividad y con la necesidad de suavizar la transición a un régimen plural. La Iglesia sostenía que, mediante el desmantelamiento del antiguo régimen, el Estado no estaría ayudando a la llamada "acción afirmativa"; sino que, contrariamente, estaría facilitando la privación de derechos a la tradición religiosa, a la cual la mayoría de los portugueses consideran propia; nivelar el campo de juego debería, de nuevo según la Iglesia, operar la ampliación de los derechos a todas las confesiones en lugar de limitar los de la iglesia católica. El conflicto fue de tal envergadura que, en medio del proceso, y de forma inesperada, el primer ministro quitó la responsabilidad de la elaboración y aprobación del reglamento al departamento de Salud y asumió la cuestión por sí mismo. Según varios de los entrevistados, la versión final del reglamento está más en sintonía con las exigencias de la Iglesia que la primera versión.

## **GUARDIANES ESPIRITUALES Y MANTENEDORES DE SEGURIDAD**

Por medio de observación etnográfica se ha puesto de manifiesto que la espiritualidad es un marcador de identidad y estrategia en las experiencias vividas por los capellanes y otros representantes religiosos en los hospitales investigados aquí (Norwood, 2006). Esto significa que estos actores entienden la religión, o más bien la espiritualidad, como eje identitario distintivo en el contexto hospitalario que beneficia su diferenciación funcional y justifica su permanencia en tanto que representantes religiosos en espacios sanitarios. Cuando los actores religiosos hablan de sus experiencias, se refieren con frecuencia a su rol

como guardianes religiosos y mantenedores de la seguridad espiritual, papeles que se fusionan con con su rol estratégico dentro del hospital y sus relaciones con los cuidadores. Ambos son importantes para discutir si las subjetividades religiosas están o no en reconfiguración constante, a la luz de las restricciones y las tensiones de la laicidad normativa de los hospitales.

El primer papel, el de guardianes religiosos, se refiere al rol de los capellanes católicos como facilitadores del acceso por parte de otros representantes religiosos. Ya he mencionado que la posición excepcional ejercida por el catolicismo romano en el campo religioso y sanitario era consecuencia, de alguna forma, del poder discrecional atribuido a los capellanes católicos romanos, que podían, hasta 2009, negociar con el personal del hospital con el fin de permitir (o no) el acceso a las instituciones sanitarias a los representantes no católicos. En ese momento, la inexistencia de certificación y acreditación concedía espacio a esta discrecionalidad. Esto continuó y continúa hasta cierto punto, después de 2009: los miembros del personal del hospital ya no están autorizados para impedir legalmente que los representantes religiosos acreditados a acceder a la institución por requerimientos de los pacientes (el tema de cómo estas solicitudes son transmitidas a los representantes plantea otro problema interesante pero no explorado en este texto). Como tal, los capellanes construyen un aparato cognitivo que los posiciona como guardianes y expertos en los hospitales en lo que se refiere a los representantes religiosos. Es una estrategia que les permite negociar la situación después de 2009.

Esto está conectado con el otro papel de los capellanes, más exigente, como mantenedores auto-designados de seguridad y bienestar espiritual. En este sentido, los capellanes intentan reconstruir el hospital no solo como un espacio de cura y cuidado médico para los pacientes, sino también un espacio espiritualmente seguro. Así, interpretan su papel no sólo como cuidadores, sino como proveedores de seguridad y bienestar espiritual con capacidad para impedir el acceso a las instalaciones del hospital a los representantes de las tradiciones que son vistas como fraudulentas o interesadas en la curación por la fe como herramienta de proselitismo, o aquellas que son percibidas como

ilegítimas. En este sentido, uno de los interlocutores católicos nos informó de una confrontación con representantes de una iglesia evangélica dedicada a la publicidad de la curación por la fe mediante folletos que dejan en los pasillos del hospital. Si bien el problema de la legitimidad religiosa se considera pertinente, el modo de justificación de la denegación de acceso y la eventual denuncia a la administración del hospital ilustra la posición compleja en la que la asistencia religiosa, y en particular el catolicismo organizacionalmente vertido en las capellanías, se ve a sí mismo. En lugar de denegar el acceso por el desacuerdo religioso, la negativa se justifica por la ilegitimidad científica de la curación por la fe y, además, alegando los derechos de los pacientes que deben garantizar un ambiente libre de proselitismo mientras estén en el hospital. Estas actividades definen los límites y derechos: los límites del hospital y los derechos del paciente.

La marcación de las fronteras es relevante. El espacio hospitalario es redefinido como espacio sagrado donde la pureza espiritual es mantenida por aquellos que se ven a sí mismos como más sensibles a las diferencias de grupo que parecerían irrelevantes para otros actores del hospital. En este sentido, la espiritualidad, y no solo la religión, es claramente más que un marcador de posición: los capellanes que se consideran los proveedores últimos de la atención sacramental para mantener la pureza espiritual en la tierra sagrada del hospital público; es un régimen de pureza configurado para el beneficio de esas tradiciones religiosas que no amenazan la base secular de la medicina moderna. El tema en cuestión no solo es el carácter fraudulento de ciertas tradiciones religiosas, sino también la práctica fraudulenta, no científica, de la curación por la fe, siempre con respecto al núcleo llamado “legítimo” del campo religioso portugués, que tiene en su centro al catolicismo romano. También en este sentido, los derechos del paciente deben ser protegidos a toda costa, de tradiciones religiosas “fraudulentas” y de sus prácticas engañosas. El esfuerzo de estas personas para negociar su identidad como capellanes católicos y reconfigurarla como expertos espirituales sugiere que sus miradas cambiantes sobre la experiencia humana dependen de formaciones seculares. En ese sentido, las políticas públicas y acuerdos estatales

parecen ofrecer poca orientación en cuanto a qué espiritualidad es legítima entre los individuos con claras afiliaciones religiosas, pero eso sólo es aplicable a los individuos sin filiación religiosa; a los que la tienen, las aportaciones de sus pertenencias identitarias les ofrecen indicaciones muy claras. En tales casos, estas tienen puntos de contacto muy concretos con la estructura del campo religioso portugués. Las tradiciones más próximas al centro de legitimidad son consideradas “limpias”, es decir legítimas y legibles por todos los actores religiosos y no religiosos encargados del gobierno de la religión en espacios públicos.

### **MODELOS DE ASISTENCIA EN TRES HOSPITALES PÚBLICOS PORTUGUESES**

En uno de los tres hospitales predomina un modelo de capellanía tradicional. En otro, se ha implementado un modelo humanista plural. En el tercero un modelo de carácter terapéutico ha reemplazado a la capellanía. La convergencia pretendida por la regulación estatal, donde es identificable, es incompleta o imperfecta. La modificación de la normativa, en particular en su enfoque en el potencial de la diversidad religiosa, ha abierto una coyuntura crítica que ha permitido que cada institución sanitaria aborde la cuestión de una forma específica, de acuerdo con las limitaciones del contexto y las exigencias organizativas.

Los representantes religiosos se ven forzados a negociar en cada hospital concreto y a buscar la legitimidad en un contexto que en algunos casos es claramente hostil y en otros basada en principios legales. En donde la situación es hostil, como se muestra en uno de los casos, la asistencia religiosa sufre problemas de legitimidad que refuerzan, paradójicamente, el mantenimiento de un modelo de capellanía tradicional que hoy es percibido como anacrónico por los capellanes. El modelo tradicional de capellanía no favorece la acomodación de la pluralidad de tradiciones religiosas hoy existentes en Portugal. De acuerdo con los representantes entrevistados para este

estudio, el catolicismo sigue siendo la tradición dominante en Portugal, pero es actualmente una tradición religiosa envuelta en la lucha política por mantener el reconocimiento y los privilegios. Debido a esto, algunos capellanes tienden a buscar su legitimidad fuera del hospital y se presentan como capellanes de parroquia en el hospital. El hospital es hostil debido a sus estructuras de poder, que se basan en una forma específica de organización de la laicidad. Cuando el contexto no es hostil, el modelo de capellanía da paso a un servicio de asistencia religiosa en el cual se abre la estructura de oportunidades a los capellanes capacitados para comprometerse con las tradiciones religiosas minoritarias si se determina que se trata de una solución deseable. Uno de los casos de este estudio se ajusta a esta descripción. Es un contexto en el que se nutre la asistencia religiosa, pero ni la capellanía ni la asistencia espiritual son vistas como componentes enteramente legítimos del espacio hospitalario.

En el último caso, el modelo de capellanía ha dado paso a un modelo de asistencia espiritual y religiosa que ya no es una capellanía en su configuración tradicional. Mientras que las dos configuraciones mencionadas anteriormente luchan para encajar en la estructura organizativa del hospital, en este caso el servicio de asistencia religiosa lucha para ganar legitimidad completa y por lo tanto toma medidas para rehacerse como un sector acreditado en el hospital. Su pretensión de legitimidad depende de su capacidad para cumplir con la presión isomórfica del propio hospital. Ya no es una capellanía de la salud; se busca la transición hacia un servicio de cuidado acreditado, capaz de medir su capacidad, su rendimiento e impacto cuantificados.

Fruto del estudio realizado, detectamos que las relaciones Estado-religión ejercen cierta influencia sobre las órdenes locales. Ahora bien, las consecuencias de esta influencia no son identificables de manera lineal. Los órdenes locales de los hospitales, por ejemplo, contextualizan la religión a través de dispositivos vinculados a la medicina y a las preferencias del personal médico que ostenta el poder estructural. En cada hospital, el laicismo se manifiesta no sólo en la posición y la legitimidad de la religión, sino también en su ausencia.

En contextos como Portugal, no hay pruebas de que los hospitales tengan intención de proporcionar orientación humanista o filosófica, aparte de los procedimientos de humanización integral de la organización, que tampoco son habituales. Dicha asistencia, cuando es identificable en sus primeros pasos, permanece delegada a los capellanes o asistentes religiosos, que se adaptan al cambio de varias maneras. Los proveedores de asistencia religiosa pueden llegar a subrayar su compromiso con la espiritualidad, pero sólo en tanto les permite garantizar la supervivencia o, cuando es posible, ganar legitimidad. El énfasis en esta orientación estratégica no excluye el sentido de las decisiones y la capacidad de creación de significados: la acción estratégica opera dentro de entornos culturales-cognitivos densos con diversas limitaciones institucionales. Los capellanes en los hospitales públicos portugueses tratan de establecer y ampliar la asistencia religiosa porque su sistema de creencias fundamental se basa en la percepción de que la religión es valiosa para el bienestar humano; sin embargo, esto no excluye que adopten, también, el comportamiento estratégico (Fligstein & McAdam, 2012).

En cuanto a la representación, el modelo anterior a 2009 no formuló ninguna disposición formal sobre esta cuestión. En su lugar, se dotó al capellán católico de poder discrecional sobre el acceso a las instalaciones del hospital, a pesar de que el acceso dependía de registro -como se informó anteriormente, los capellanes católicos actuaron como “porteros” hasta que el Reglamento de 2009 definió mecanismos formales para el acceso autónomo al hospital local de otros representantes religiosos. Sin embargo, el acceso sigue dependiendo de que los hospitales informen de la solicitud de asistencia religiosa (que no sea católica) por parte de los pacientes. Los capellanes católicos, debido a que su acceso a los hospitales no se asienta sobre estas normas y es continua, tienen más información sobre la afiliación religiosa de los pacientes y operan frecuentemente como retransmisores para otros proveedores de asistencia religiosa.

## **LAS FUNCIONES DE LA ASISTENCIA: 1980 Y 2009**

La función preferida de la asistencia religiosa en cada momento histórico es también evidencia de un intento de transición. Mientras que en 1980 el modelo de capellanía se basaba en la función sacramental de los capellanes y las necesidades sacramentales de los pacientes, el modelo de asistencia religiosa de 2009 se basa en la formulación de la asistencia religiosa como parte integrante de los esfuerzos de humanización de los hospitales. Donde las capellanías buscaban conferir sacramentos a sus comunidades parroquiales –el modelo era el de una parroquia hospitalaria- los servicios de asistencia religiosas tratan de proporcionar consuelo espiritual y religioso a los pacientes como seres humanos, incluso independientemente de sus creencias. Es decir, la asistencia religiosa es percibida por los proveedores de asistencia religiosa como necesaria aunque el paciente no pertenezca a una tradición cristiana.

Así, detectamos un cambio fundamental en la configuración de la relación Iglesia-Estado, y alrededor de la valorización de la diversidad religiosa, en el cambio regulatorio de 2001-2004 y en el experimento de 2009. Se produce una regulación que responde a la necesidad de estandarizar el tratamiento de la religión en el ámbito sanitario, de acuerdo con cambios más amplios en la organización hospitalaria. Con base en un análisis de los diplomas legales de 1980 y 2009, se sugiere que los órdenes locales ganaron importancia en 2009: las direcciones de los hospitales pasaron a designar a los coordinadores de la asistencia religiosa. La representación no se menciona en el reglamento de 1980. En 2009 se considera que es relevante para la asistencia religiosa el compromiso con las tradiciones religiosas y la diversidad religiosa es ahora obligatoria, ya que el derecho a la asistencia espiritual y religiosa es independiente de la pertenencia religiosa: el objetivo del reglamento de 2009 es el de aclarar que todos los pacientes tienen derecho y acceso iguales a cuidados religiosos y espirituales. Las funciones tradicionales y las operaciones dentro del hospital se referían a derechos sacramentales vinculados a la función tradicional de la religión vivida en las instituciones de salud.



A partir de 2009, los miembros del servicio de asistencia religiosa son los encargados de apoyar a los pacientes y al personal en sus necesidades espirituales y promover formas de “espiritualidad sana”. En lo que se refiere a las restricciones reglamentarias, el resultado final no es de ganancias en la legitimidad: las capellanías y los servicios de asistencia religiosas no son notablemente diferentes en función de su posición en los hospitales. Ninguno de ellos fue considerado como un servicio acreditado; ninguno fue coordinado, hasta hora, por un médico o una enfermera acreditada.

## CONCLUSIÓN

En Portugal, entre 2001 y 2009, la política sanitaria en cuestiones religiosas pasó de la aceptación de un régimen único, el de una capellanía rígida, a la aplicación de un régimen flexible de asistencia religiosa que pretendía cambiar el *statu quo*. Si bien el objetivo inicial era desplazar a la religión de los hospitales en su totalidad, el resultado final trató de promover un reequilibrio de poder: mientras que los capellanes católicos eran vistos como los únicos representantes religiosos acreditados oficialmente, a partir de 2009 pasan a formar parte de un régimen, teóricamente, más inclusivo. La acreditación oficial se extendió por ley a otras tradiciones religiosas. Esta transición de arriba hacia abajo se encomendó legalmente por medio de una modificación del reglamento a la ley de 2001 sobre la libertad religiosa y el Concordato de 2004 entre el Estado portugués y el Vaticano. Así, se esperó que estas modificaciones serían suficientes para nivelar el campo de juego en el nivel hospitalario. Implícitamente, estos cambios desafiaron el asentamiento dominante en el campo religioso portugués y la situación en los hospitales públicos portugueses. En el primero, la Iglesia Católica fue (y sigue siendo) el jugador dominante. En este último, capillas católicas fueron (y son) el espacio físico único en la mayoría de los hospitales portugueses. Los capellanes católicos siguen siendo miembros de la mayoría de comités de ética de los hospitales y se ven, a veces a regañadientes, como miembros relevantes de la comunidad de cuidado. De acuerdo con el relato ofrecido por las

relaciones Estado-religión en Portugal, la transición de la dominación católica a la diversidad ha hecho necesario un cambio de régimen que aborda todas las instituciones públicas.

En este texto, hemos tratado de investigar cómo la normatividad secular de tres hospitales públicos en Portugal influyó sobre las subjetividades religiosas de los proveedores de cuidados religiosos. Como se sugiere en el curso del texto, es evidente que la religión vivida, al menos en los casos explorados aquí, ha transformado y ha sido transformada por los diferentes modos de adaptación a las normatividades seculares específicas de los órdenes hospitalarios locales. En el caso de los capellanes que negocian esas normatividades y remodelan el espacio del hospital en un espacio de seguridad que es un híbrido secular-sagrado, se hace evidente que la agencia individual de los capellanes es compleja, no determinada y no irrelevante. Al contrario, es el componente más importante en la reconstrucción de las subjetividades religiosas en contextos donde el secularismo organizacional opera en múltiples niveles de múltiples fuentes. En Portugal, la categoría de "aconfesionalidad del Estado", comúnmente traducido como *laicidade* tiene la tendencia a eclipsar la multiplicidad de niveles y fuentes de laicidad. Además, también ensombrece las complejidades que definen la estructura de poder del campo religioso. El papel de las estructuras del Estado en la definición de quién y lo que es legítimo se vuelve relevante en estudios de caso de sectores donde la religión institucionalizada ha mantenido tradicionalmente un importante papel en la prestación de servicios: la Iglesia Católica Romana, junto con una serie de actores seleccionados estratégicamente dentro de la estructura de gobierno corporativo de la religión en Portugal, se trasladó a mantener el asentamiento dominante en el campo religioso. La historia de la regulación de la asistencia religiosa contemporánea en Portugal es, pues, la historia de un programa disciplinario compatible con una normatividad laica que refuerza la estructura de poder tradicional del campo religioso portugués.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Ammerman, N. T. (2007). *Everyday religion : observing modern religious lives*. New York: Oxford University Press.
- Béraud, C., de Galember, C., & Rostaing, C. (2013). *Des hommes et des dieux en prison*: Paris: Mission de recherche Droit et Justice.
- Cadge, W. (2013). *Paging God: Religion in the Halls of Medicine*: University of Chicago Press.
- Cadge, W., Freese, J., & Christakis, N. A. (2008). The provision of hospital chaplaincy in the United States: A national overview. *Southern Medical Journal*, 101(6), 626-630.
- Cadge, W., & Sigalow, E. (2013). Negotiating Religious Differences: The Strategies of Interfaith Chaplains in Healthcare. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 52(1), 146-158. doi: 10.1111/jssr.12008
- Carvalho, R. (2013). *A Concordata de Salazar*. Lisboa: Temas&Debates.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American sociological review*, 147-160.
- Ferreira, A. M., & Matos, L. S. d. (2013). *Interações do Estado e das Igrejas*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Fligstein, N., & McAdam, D. (2012). *A theory of fields*. New York: Oxford University Press.
- Laurence, J. (2009). The Corporatist Antecedent of Contemporary State-Islam Relations. *European Political Science*, 8(3), 301-315. doi: 10.1057/eps.2009.15
- Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy, 30th Anniversary Edition*. New York: Russell Sage Foundation.
- Norwood, F. (2006). The ambivalent chaplain: Negotiating structural and ideological difference on the margins of modern-day hospital medicine. *Medical anthropology*, 25(1), 1-29.
- Pierson, P. (2015). Power and Path Dependence. In J. Mahoney & K. Thelen (Eds.), *Advances in Comparative-Historical Analysis* (pp. 123-147). Cambridge: Cambridge University Press.
- Reis, B. C. (2006). *Salazar e o Vaticano*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Santos, P. B. (2005). *Igreja Católica, Estado e Sociedade. 1968-1975. O Caso Rádio Renascença*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Scott, J. C. (1998). *Seeing like a state : how certain schemes to improve the human condition have failed*. New Haven: Yale University Press.
- Sullivan, W. F. (2005). *The impossibility of religious freedom*. New York: Princeton University Press.

- Vilaça, H. (2006). *Da Torre de Babel às terras prometidas : pluralismo religioso em Portugal*. Porto: Edições Afrontamento.
- Vilaça, H. (2012). Secularization and Religious Vitality of the Roman Catholic Church in a Southern European Country. In D. Pollack, G. Pickel & M. Olaf (Eds.), *The Social Significance of Religion in an Enlarged Europe: Secularization, Individualization and Pluralization*. Farnham: Ashgate.
- Vilaça, H., & Oliveira, M. J. (2012). Portrait du Catholicisme au Portugal. In A. Perez-Agôte (Ed.), *Portraits du Catholicisme: une comparaison européenne*. Rennes: Rennes: Presses Universitaires de Rennes.