

CARLOS CORRAL

LA IGLESIA CATOLICA Y LOS CENTROS HOSPITALARIOS: ESTADO DE APLICACION DE LOS ACUERDOS CON LA SANTA SEDE *

1. LOS PRESUPUESTOS

1.1. LAS TRES CUESTIONES CONEXAS

Bajo el título, tal como está enunciado, podrían comprenderse tres temas relacionados íntimamente entre sí. Primero, la asistencia religiosa en centros hospitalarios públicos (=CHP); segundo, la asistencia sanitaria de Institutos de Vida Consagrada en CHP; y tercero, los CH de la Iglesia y de sus instituciones.

Los tres confluyen en la atención al enfermo siempre, claro es, bajo una finalidad común, la religiosa, bien sea de forma directa y exclusiva, bien sea de forma directa e indirecta a la vez. Los dos primeros —asistencia religiosa y asistencia sanitaria de Institutos de Vida Consagrada— convergen además en unos mismos centros, los hospitalarios públicos. Centros —nótese— de los que la Iglesia no es titular. Los dos también tienen prevista una forma igual de regulación, la pacticia en el art. IV.2 del Acuerdo sobre Asuntos Jurídicos (3 enero 79).

* Con los tres artículos siguientes continuamos la publicación de las ponencias del II Simposio Hispano-Alemán sobre *Constitución y Acuerdos Iglesia-Estado*. Cf. EE 62 (1987) 257-258 y 498.

El tercer tema —los CH de la Iglesia y de sus instituciones— se desenvuelve ya otro en sector, el libre y/o privado, que procede de la libre iniciativa, bien de fieles o asociaciones de fieles, bien de Institutos de Vida Consagrada u otras instituciones eclesiales, operando específicamente como tales y siendo reconocidos como tales por las autoridades eclesiales.

De este tema, si bien tratado expresamente por el profesor Rűfner ante el derecho de la RF de Alemania, prescindimos de momento por varias razones. Basten dos: la enorme complejidad de su problemática, no muy inferior a la de los centros docentes de la Iglesia y, en especial, la carencia de la previsión de una regulación pacticia en los Acuerdos con la SS.

Sin alcanzar tal complejidad, prescindimos también, por ahora, del tema segundo, porque su objeto, la asistencia sanitaria prestado por IVC en España, sobre todo, por las Hijas de la Caridad, se halla todavía tan lejos de un acuerdo y/o convenio, que al presente aun su misma pervivencia se encuentra en gravísima situación. Por ello, resulta imposible hablar siquiera de estado de aplicación de los acuerdos.

En su consecuencia, nos ceñimos exclusivamente a la garantía de la asistencia religiosa en los CHP. Respecto a éstos, sí que ha habido un desarrollo casi completo del régimen convencional o pacticio a cinco niveles: el internacional, el estatal, el regional, el provincial y aun podrá añadirse un quinto, el municipal.

1.2. LOS DATOS REALES PREVIOS

Para comprender el alcance de lo hoy pactado y valorarlo con justicia es necesario tener presente la realidad en que se encuentran tanto los centros hospitalarios como las plazas de capellanes que los atienden. Actualmente¹ existen en España 976 establecimientos sanitarios. De ellos, 391 son de carácter público y 585 de carácter privado. Aun siendo menos, los establecimientos sanitarios públicos disponen —nótese— de un volumen considerablemente mayor de camas y cuentan con un número mayor de plazas de capellanes.

El número total de capellanes es de 934 para 976 establecimientos sanitarios distribuidos así:

¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado*, Madrid 1983.

Establecimientos públicos	391	Capellanes	460
— Administración central	241	»	310
● M.º Sanidad	192		
Administración Institucional de la Sanidad Nacional	71	»	71
INSALUD	121	»	239
● M.º Educación y Ciencia	11	»	38
● Defensa	36	»	39
● Otros	2	»	2
— Administración local	150	»	150
● Diputaciones y cabildos	104	»	117
● Municipios	46	»	33
Establecimientos no públicos	585	»	470
— Beneficencia particular	54	»	49
— IGLESIA	60	»	87
— Cruz Roja Española	33	»	29
— Particulares	438	»	230

De los 934 capellanes están vinculados al Hospital 738 (629 con 36 horas semanales y más; y 109 con menos de 36 horas semanales); son colaboradores habituales, 196.

De la mera contemplación del cuadro estadístico no pueden menos de surgir dos clases de cuestiones. Una primera es la relativa a la variedad de situaciones en que se encuentran los CHP: ¿cómo se van a regir, supuesto el traspaso de competencias a las Comunidades Autónomas?

Una segunda es la relativa a la complejidad de situaciones en que se encuentran lo mismo los capellanes que el servicio religioso: ¿cómo va a quedar resuelta en adelante?

Las situaciones existentes hasta el actual Acuerdo de 1985 de los capellanes se podían encasillar en cuatro relaciones fundamentales: la de convenio de servicios, la funcionarial, la laboral y la compromisaria verbal².

1.ª La relación de *convenio de servicios* —que era la más común— se basa en un convenio entre el CHP y el obispado, por el que se garantiza la asistencia religiosa y pastoral de un capellán por parte del obispo. Era la que se venía observando por los hospitales de la Seguri-

² Véase «Regulación del Régimen de Asistencia Religiosa Católica y la actividad pastoral de los sacerdotes y de los religiosos en los Hospitales Públicos», elaborado por la Comisión Episcopal de Pastoral en XXII Asamblea Plenaria de la Conferencia Episcopal Española, Documentación al tema 11 con Anexo I.

dad Social, los Clínicos Universitarios en su mayor parte, y por algunos centros privados. Los capellanes figuraban en la nómina del hospital.

2.ª La relación *funcionarial* encuadra la asistencia religiosa como uno de los servicios propios del centro y constituye al capellán como uno de los funcionarios de la administración en el mismo. Era la observada por los Municipios y las diputaciones y cabildos para sus hospitales.

3.ª La relación *laboral*, basada en un contrato laboral individual, configura al capellán como un trabajador que presta la asistencia religiosa conforme a las cláusulas del contrato y le somete a las normas generales del derecho laboral. Era la observada en los hospitales dependientes de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISA).

4.ª La relación *compromisaria* entre el centro y la parroquia en la que aquél se halla enclavada, determina los servicios religiosos del párroco o sustituto. Estos no figuraban en nómina y, en algunos casos, percibían una gratificación.

De la variada situación de capellanes y capellanías derivaba la precariedad de unos y otras: era máxima en la relación compromisaria verbal (cuarta) y laboral (tercera), menor en la de convenio prestación de servicios (primera) y debiera ser nula en la funcionarial (segunda). Precariedad que iba llegando a su culmen, de forma general, con un creciente sentido abiertamente precisivo, si no contrario, del valor religioso y, de forma especial, con las intervenciones y reivindicaciones político-sindicales de los comités de empresa y de otros grupos de presión. Lo que conducía en los últimos años a intentos esporádicos de suprimir capillas y dependencias del capellán, o de prescindir sin más del servicio religioso, y hasta de denunciar contratos laborales, despidiendo a capellanes sin derechos ni pensión algunos. El problema se agravaba con el mencionado traspaso de competencias.

La resultante final era considerar el servicio religioso como foráneo, al que esporádicamente se acudiera bien conforme a los deseos de los pacientes o sus familiares, bien a juicio discrecional de la dirección de los CHP.

Con todo, tan inestable situación, ¿provenía sólo del campo político? La verdad era que, desde el campo eclesial, representado por la dirección de la Conferencia Episcopal, se veía entonces con recelo la solución funcionarial: era como la aparición de un nuevo ordinariato análogo al castrense; la relación laboral alejaba demasiado al capellán de la integración con el restante clero diocesano y de la dependencia del propio obispo.

Se hacía, pues, inaplazable llegar a una regulación tal que, de un lado, salvaguardara la estabilidad y estructura del servicio religioso y, de otro, fuera extensible a los diversos niveles de competencias (nacional, autonómica, provincial y local). Según la Constitución Española y los tratados internacionales (*supra* Carvajal), la forma era el recurso a:

1.3. LA REGULACIÓN PACTICIA COMO PRINCIPIO E INSTRUMENTO DE GARANTÍA Y REGULACIÓN DEL DERECHO A LA ASISTENCIA RELIGIOSA

En efecto, en el Acuerdo sobre Asuntos Jurídicos entre el Estado y la Santa Sede (3 enero 1979, art. IV) se establece que:

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

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

En cumplimiento de dicho acuerdo y dentro del ámbito de la Constitución (art. 16) es como se ha procedido a la elaboración, firma y promulgación de acuerdos y convenios a nivel nacional, autonómico, provincial y municipal.

2. LA REGULACION PACTICIA A NIVEL NACIONAL COMO MARCO Y COMO TIPO

A nivel nacional se han producido dos pactos: un acuerdo y un convenio.

2.1. EL ACUERDO SOBRE ASISTENCIA RELIGIOSA CATÓLICA EN CENTROS HOSPITALARIOS PÚBLICOS (24 JULIO 85) COMO ACUERDO-MARCO³

Así, como acuerdo-marco, debe ser calificado a tenor del art. 9. Y bajo una doble eficacia respecto lo mismo a futuros conciertos que a la

³ BOE núm. 305, de 21 de diciembre de 1985. El Acuerdo está firmado por los

normativa interna de cada centro. En efecto, «dentro del marco establecido por el presente Acuerdo, las Instituciones titulares de los diversos centros hospitalarios podrán concertar con las Autoridades eclesásticas católicas competentes la forma y los términos de una regulación detallada de la asistencia religiosa católica». Y, a su vez, «las disposiciones del mismo serán recogidas en los Reglamentos y normas de régimen interno de todos los centros del sector público».

La consecuencia importante es que nunca los reglamentos ni cualquier otra norma interna podrán establecer preceptos contrarios a los establecidos en el acuerdo; más aún, sus preceptos deberán ser inexorablemente observados formando parte de éstos.

La trascendencia del acuerdo consiste en el establecimiento de un Servicio de Asistencia Religiosa Católica en los Centros Hospitalarios Públicos, integrado en ellos y por ellos financiado. Por el bifronte carácter del servicio como religioso y como hospitalario, se determinan las competencias de ambas autoridades intervinientes, la relación jurídica del capellán con ellas, y el estatuto consiguiente de éste.

2.1.1. *Los principios del acuerdo-marco*

A dos los podemos reducir. El primero es el de libertad religiosa que es concedida en la Constitución (art. 16) no como un derecho puramente formal, sino como un derecho de contenido positivo que debe ser possibilitado por los gobernantes en circunstancias especiales en las que pueda encontrarse el ciudadano, como en hospitales y centros penitenciarios en orden a recibir la conveniente asistencia religiosa. Derecho que no se apoya directamente en un privilegio o derecho de la Iglesia, al tratarse de un estado aconfesional, sino en el fundamental de la persona humana en cuanto tal.

El segundo principio, también proclamado en la Constitución (artículo 16.3), es el de colaboración con la Iglesia Católica y las demás confesiones y comunidades religiosas. Por ello, es ahora con la Iglesia con quien se quiere asentar las bases de una regulación en común respecto a la asistencia religiosa y pastoral en las instituciones públicas.

Por ello, «el Estado —dícese en el acuerdo-marco art. 1—, garantiza el ejercicio del derecho a la asistencia religiosa de los católicos internados en los centros hospitalarios del sector público». Con todo, la asis-

Ministros de Justicia y de Sanidad y Consumo y por el Presidente de la Conferencia Episcopal Española, «debidamente autorizado por la Santa Sede», y entró en vigor el 1 de enero de 1986. Es mandado publicar por Orden de 20 de diciembre de 1985 por Presidencia de Gobierno. Va acompañado de 3 Anejos.

tencia religiosa se prestará «con el debido respeto a la libertad religiosa y de conciencia y su contenido será conforme con lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio, sobre Libertad Religiosa».

2.1.2. *Los centros hospitalarios públicos asistidos*

Ante la variedad de CHP en función de la diversidad de dependencias y titularidades, es necesario determinar a qué clase concreta de centros afecta la regulación convenida en el acuerdo nacional. Por su peculiaridad se excluyen los hospitales *militares*, pues están en estrecha dependencia del Ministerio de Defensa con su propia estructura militar jerarquizada, en el que se encuentra integrado el cuerpo de capellanes castrenses, a quienes queda encomendada la asistencia religiosa y pastoral de los militares todos, incluidas sus familias y cuantos allí se encuentran trabajando habitualmente. Existe ya, pues, un cuerpo y un servicio completo y además integrado y estable, jurídicamente consolidado, de conformidad con el Acuerdo Castrense de 3 de enero de 1979.

Análogamente, por la situación extraordinaria de estar bajo un estatuto especial marcado por las leyes penales, sin gozar del normal ejercicio de las libertades civiles, y de hallarse rigurosamente internados y dependientes, bajo un aspecto, del Ministerio de Justicia, y, bajo otro, del Ministerio de Gobernación, se excluyen de la aplicación y ámbito del acuerdo los hospitales penitenciarios.

Se comprenden, en cambio, todos los demás CHP, sean dependientes de la administración central del Estado —como INSALUD, AISNA—, sean dependientes de las comunidades autónomas, diputaciones, ayuntamientos e incluso de las fundaciones públicas.

2.1.3. *Un servicio de asistencia religiosa y pastoral integrado en el centro hospitalario público*

La cuestión sobre qué servicio se establece se desdobra en dos: qué actividades se ofrecen y prestan —es decir, cuál es su contenido— y cómo queda configurado el servicio —es decir, cuál es su estructura.

En cuanto al contenido, las actividades no se reducen a las meramente culturales, como la administración de los sacramentos y sacramentales y la celebración de la Eucaristía y de las paraliturgias, como pudiera dar a pensar la lectura literal del título del acuerdo sobre «asistencia religiosa católica». Se comprende, además, tal como expresamente se prescribe en el art. 2, la atención pastoral. ¿Qué se comprende en concreto? No se especifica. Habrá que deducirlo del concepto mismo

que la Iglesia Católica, a quien se encomienda el servicio, tenga al respecto y, en especial de aquellas atenciones que, como tales, aparezcan o puedan aparecer enunciadas en los Convenios que desarrollen los preceptos del Acuerdo. Es justo lo que se hace en los convenios a nivel nacional, regional, provincial y local, siendo típico el Convenio con el INSALUD (art. 2).

En cuanto a la estructura, el servicio religioso-pastoral no viene considerado como «una alternativa de puertas abiertas», es decir, como una actividad dependiente en exclusiva de la Iglesia que, organizada exclusivamente y unilateralmente por la Iglesia fuera del hospital, se hace por permisión de éste extensiva a los católicos dentro del hospital. En este caso la actitud de los órganos de la administración pública y de sus instituciones sería la de permitir y aun facilitar, la asistencia religiosa por parte de la Iglesia, a petición de los pacientes o familiares comunicada a las personas designadas por la Iglesia.

Un servicio así queda fuera de la consideración del acuerdo-marco por múltiples razones. En primer lugar, resultaría inviable en los grandes hospitales: cómo atender unas necesidades constantes acudiendo desde fuera. En segundo lugar, las situaciones de urgencia difícilmente podrían ser atendidas con prontitud y eficacia. En tercer lugar, sería reducir el servicio religioso a una concepción, estrecha de la asistencia como si fuera algo circunstancial y esporádico y además separado de la atención humanizadora del enfermo. En cuarto lugar, sería apartarse de la práctica común de los Estados Occidentales y de las recomendaciones de las Asociaciones de Hospitales y de Profesionales, que aconsejan la presencia continuada del asistente religioso y su integración en el hospital.

Igualmente queda fuera de la consideración del acuerdo-marco la estructura del Servicio religioso como un servicio de la Iglesia en el hospital, en el sentido de una oferta por parte de la administración pública a la Iglesia de unos locales que le permitiera organizar el servicio conforme a sus criterios y sirviéndose de sus recursos propios económicos y humanos (L.c. 9). Una estructura así, si bien garantiza la independencia espiritual y económica de la Iglesia y una mayor movilidad de los agentes pastorales, sin embargo, corre el grave riesgo de ser reducido por el resto de los servicios y personal del hospital a un servicio externo, recortando así su capacidad de acción e incidencia en la vía y marcha del hospital (L.c. 10). El capellán o sustituto se vería obligado a moverse siempre como de prestado, al no estar integrado entre los demás servicios hospitalarios.

Es la atención integral del enfermo, ser corporal espiritualizado la que conduce en el acuerdo español, al igual que en los ordenamientos de los países occidentales, a una vertebración del servicio religioso en el organismo hospitalario.

En efecto, se establece en el acuerdo (art. 2) que «para la mejor integración en el hospital del servicio de asistencia religiosa católica, éste quedará vinculado a la gerencia o dirección del mismo». De ahí la coordinación que con los demás servicios del centro hospitalario tendrán que desarrollar el personal de la asistencia religiosa católica, por un lado, y la facilitación de medios y, en especial, las informaciones oportunas sobre los pacientes por parte de los otros servicios como de la dirección y gerencia. Siendo un servicio del Centro será financiado por el Estado a través de la correspondiente dotación presupuestaria, quien transferirá las cantidades precisas a la administración sanitaria correspondiente (art. 6).

Como servicio hospitalario dispondrá de los locales adecuados, tales como capilla, despacho y lugar para residir o, en su caso, pernoctar, y de los recursos necesarios para su prestación» (art. 3). La enumeración no es taxativa, se señalan los mínimos. La concreción de otros se deja a los convenios específicos con las Instituciones o con los centros hospitalarios (cf. *infra* 2.2.3).

2.1.4. *Los destinatarios del servicio religioso y pastoral*

¿Sólo los pacientes católicos que son para quienes directa y principalmente se instituye el servicio religioso? De forma original salvando la libertad religiosa de todos y permitiendo hacer uso de ella a cualquier paciente, el acuerdo determina acertadamente que el servicio «estará abierto a los demás pacientes que libre espontáneamente lo soliciten (art. 2) aun cuando no sean católicos. Tanto más, cuanto que, de un lado, se entiende no sólo el servicio estrictamente religioso, sino también el más amplio pastoral; y, de otro, el eclesial, la Iglesia Católica admite, en los términos acuñados por el Códex, la comunión *in sacris* (cn. 844 cf. 561, 2).

Mas dado que los pacientes suelen estar atendidos por sus familiares, y el personal católico del centro se halla tan estrechamente vinculado al mismo por las obligaciones que allí dentro ha de cumplir, todos ellos «podrán beneficiarse» del servicio religioso (art. 2). Son disposiciones de fomento que recuerdan las de forma análoga establecidas para la asistencia religiosa en las Fuerzas Armadas.

2.1.5. *La distribución de competencias entre ambas autoridades*

Por tratarse de un servicio integrado en la estructura misma del hospital, síguese que, si la provisión de las plazas de capellán corresponden, en primer lugar, a la autoridad eclesiástica, la autoridad hospitalaria, en cuanto coordinadora de todos los servicios y del personal correlativo, tendrá también que intervenir en ella de alguna forma, aun cuando en grado diverso. En el acuerdo se distribuyen cuidadosamente ambas competencias respecto al nombramiento y cese de los capellanes.

La *designación* del capellán corresponde al ordinario del lugar (según cn. 134,2 será además del obispo diocesano, el vicario general y los vicarios episcopales). El *nombramiento*, en cambio, a la institución titular del CHP, «previo cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios aplicables, según la relación jurídica en que se encuentre el capellán» (art. 4).

La designación del responsable de los capellanes cuando serán varios, como ocurre en los grandes hospitales, corresponde únicamente al ordinario del lugar.

El *cese* del mismo, pue pueda provenir de cualquiera de ambas autoridades, corresponde al ordinario del lugar por retirada de la misión canónica conforme al derecho canónico —sea el universal, sea el particular— lo mismo que a la institución titular del centro hospitalario de acuerdo con las normas del régimen interno del mismo. Con todo, en virtud del principio de cooperación. En todo caso, el cese será comunicado al director del centro hospitalario o al ordinario del lugar, según proceda (art. 4).

También se producirá el cese por otras causas, previstas en derecho, como por propia renuncia, por rescisión del contrato laboral o como consecuencia de expediente disciplinario en su caso (art. 4).

2.1.6. *La forma de relación jurídica*

Aceptada la integración del servicio religioso en la estructura hospitalaria y salvadas las recíprocas competencias civiles y eclesiásticas, la consecución y combinación de ambas finalidades dependerá en la práctica de la forma de relación jurídica que se establezca del capellán con el centro. De las cuatro formas mencionadas (*supra* 1.2) quedan silenciadas dos, la compromisaria verbal, y la funcionarial, mientras se consideran dos, la laboral y la de convenio de servicios.

Por tratarse de un servicio integrado queda fuera de la consideración del acuerdo-marco la relación compromisoria verbal. Mas no, por ello, queda descartada, pues permanece siempre a salvo el derecho a la

asistencia religiosa a petición del paciente o de sus familiares en recto ejercicio de la libertad religiosa (Const. 16). Y tal será de hecho la situación ordinaria en los hospitales menores.

A pesar de su importancia y abolengo, la relación funcionarial tampoco viene mencionada en el acuerdo-marco; por lo mismo tampoco abrogada. Continuará rigiendo allí donde se encuentre en vigor, como ocurre en los hospitales dependientes de las diputaciones y cabildos.

De forma explícita sólo vienen determinadas la relación laboral y la de convenio de servicios al disponerse en el art. 7 que «las distintas administraciones públicas competentes en la gestión de centros hospitalarios podrán optar, bien por la celebración de un contrato laboral con dicho personal, bien por la celebración de un oportuno Convenio con el Ordinario del lugar».

Aun siendo dos las autoridades que intervendrán en la fijación de la forma de relación, la elección entre una u otra forma compete a la Administración pública. ¿Le resulta igual una que otra? Al contemplarse en el art. 7 sólo la hipótesis de «un oportuno Convenio con el Ordinario del Lugar» y decirse que, «caso de celebrarse éste, el personal religioso será afiliado al Régimen Especial de la Seguridad del Clero», se está ya manifestando una inclinación de la Administración por esta forma. La realidad es que hasta el presente las distintas Administraciones vienen optando por dicha forma lo mismo en los convenios a nivel nacional que en los convenios a nivel regional, provincial y local.

¿Razones? Desde la perspectiva gubernamental, una puede considerarse de carácter político y otra de carácter económico. A los gobiernos les suele resultar más vistoso contactar y pactar con la autoridad eclesiástica que con el simple capellán; también más práctico hacerse una norma a la medida en cierto sentido deseada que a la norma general de un derecho laboral. La razón económica consiste en el ahorro de sueldo que supone el correr con el pago del régimen especial de la Seguridad del Clero en lugar del general.

También, desde la perspectiva eclesial —hay que reconocerlo— resulta más coherente con las líneas actuales de pastoral de conjunto de las diócesis a la vez que con una mayor dependencia de la autoridad eclesiástica y con una mayor transparencia de la misión eclesial la relación establecida mediante el oportuno convenio con éste. Además —y constituye un punto capital dentro de la Conferencia Episcopal—, se evita así cualquier asomo de aparición de otro cuerpo autónomo como el castrense.

2.1.7. La financiación

Comprende, de un lado, los honorarios de los capellanes o personas idóneas; de otro, los locales y recursos materiales. La financiación del servicio religioso corresponderá al Estado mediante la correlativa dotación presupuestaria. El Estado transferirá las cantidades precisas a la Administración sanitaria competente (art. 6).

Con relación al Estado se hace una matización: que dicha obligación financiera seguirá correspondiendo a las entidades que sean actualmente titulares de los CHP. ¿A quién corresponderá en los CHP que se creen en el futuro? Expresamente se prescribe (Anejo II) que a las entidades fundadoras, sean éstas comunidades autónomas, diputaciones, ayuntamientos o fundaciones públicas.

En cuanto al personal del servicio religioso se fija con criterio objetivo el número de aquél en correlación con el número de camas. El número mínimo es de:

«Hasta 100 camas: un capellán a tiempo parcial.»

De 100 a 250 camas: un capellán a tiempo pleno y un capellán a tiempo parcial.

De 250 camas: dos capellanos a tiempo pleno y un capellán a tiempo parcial.

De 500 a 800 camas: tres capellanes a tiempo pleno.

Más de 800 camas: de tres a cinco capellanes a tiempo pleno.»

Si mínimo, se permite a las direcciones de los CHP aumentar el número.

La retribución se fija por parte de la Administración pública en 1.190.000 pesetas anuales, distribuidas en 14 pagas o mensualidades de 85.000 pesetas. No se ha aceptado como criterio la asimilación del capellán, por razón de sus estudios superiores, al graduado medio (como enfermero). Comparado con el sueldo de éstos el sueldo establecido en el acuerdo resulta inferior. En cambio, si se compara con el equivalente de los sacerdotes al servicio inmediato de la diócesis, resulta superior (35.000 ptas.); incluso superior al asignado a los obispos en los Presupuestos Generales de la Conferencia Episcopal (65.000 ptas.). Con ello se hace quebrar uno de los principios caros al Vaticano II, *Presbyterorum Ordinis*, y a los enunciados en la planificación económica para el clero en España. Fue esto, no se olvide, uno de los motivos que impidieron el que se llegara antes a la solución actual por parte de la dirección de la Conferencia Episcopal.

Aun cuando la cantidad queda fijada sin remisión a ningún otro criterio, sin embargo se tienen en cuenta los cambios en el valor adquisitivo de la moneda: en efecto, la retribución se actualizará anualmente con los índices de subida salarial de los empleados de dichos centros hospitalarios.

Supeditado a la finalidad pastoral de cada CHP, la «apertura y el cierre de CHP del sector público llevará consigo el establecimiento o la supresión, en su caso, del servicio de asistencia religiosa católica, con el personal, recursos y locales correspondientes».

2.1.8. *Estatuto de los capellanes*

Los derechos y obligaciones de los capellanes derivarán a la vez de los dos ordenamientos que dependen. En cuanto sacerdotes o personas idóneas, tendrán los derechos y deberes que de su estado se sigan conforme al Codex; en cuanto capellanes de un CHP, los asumidos en virtud de la misión canónica recibida del ordinario del lugar.

En cuanto incorporados a un servicio integrado del CHP, tendrán los derechos y deberes que se deriven de la relación jurídica existente, en las mismas condiciones que el resto del personal de los respectivos centros hospitalarios. Los derechos económicos, de celebrarse el oportuno convenio con el ordinario del lugar, serán la percepción *supra* mencionada (Anejo II) y los beneficios resultantes de la afiliación al Régimen Especial de la Seguridad Social del Clero, establecida por el Real Decreto de 1980.

Mas ¿a quién corresponderá pagar la cantidad debida por la Seguridad Social? Aquí no se especifica, pero en los convenios, expresamente se prescribe que corresponderá a la Administración responsable del CHP.

Al innovarse la situación jurídica existente de los capellanes —tan varia como indicamos arriba— se dispone en la Disposición Transitoria, que «se respetarán las situaciones y los derechos adquiridos de los actuales capellanes de los CHP a los que se refiere el artículo 1». La verdad es que con la iniciación de las negociaciones sobre asistencia religiosa en los CHP se exigió de antemano por la Administración poner fin a las reclamaciones en curso de tramitación ante los tribunales. No obstante, se les permite en todo caso, y en cualquier momento, acogerse a la presente regulación.

2.2. EL CONVENIO ENTRE EL INSALUD Y LA CONFERENCIA EPISCOPAL PARA LA APLICACIÓN DEL ACUERDO SOBRE ASISTENCIA RELIGIOSA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS PÚBLICOS (23-IV-86) COMO CONVENIO-TIPO DE APLICACIÓN ⁴

Cierto que no se le designa así ni explícita ni siquiera implícitamente; pero, a nuestro juicio, bien se le puede calificar de convenio-tipo de aplicación del acuerdo-marco. Dos razones nos mueven a ello. Primera, es el convenio que afecta al mayor y más importante grupo de centros hospitalarios del sector público, el dependiente del Instituto Nacional de la Salud. Sólo él comprende 49.877 camas y a 302 capellanes, de los que 223 lo son a tiempo completo y 79 a tiempo parcial.

A ello se añade —segunda razón— que es el primer convenio que desarrolla y aplica el acuerdo-marco y, además, a nivel estatal. Por parte del Estado intervienen con su firma dos ministros, el de Justicia y el de Sanidad Consumo; por parte de la Conferencia Episcopal Española, el presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral. De ahí que sus disposiciones, sin ser obligatorias para otros convenios de aplicación, de hecho marcarán las pautas de desarrollo —y ya las están marcando— a los futuros convenios que se celebren con las restantes instituciones del sector público en los diversos niveles. En primer lugar, con las dependientes de las autoridades afines al partido en el gobierno; por mor de coherencia; y, en segundo lugar, también con las instituciones dependientes de otras autoridades, pues dada la bondad intrínseca del convenio presente, les permite matizar y ampliar contenidos. Y lo confirma —como veremos— la realidad de los convenios concertados con las comunidades autónomas mayores de Andalucía y Cataluña, además de otras, y con las diputaciones provinciales y municipios.

Dentro ya del ámbito de los centros hospitalarios del INSALUD, el convenio tiene eficacia plena, en seguimiento del acuerdo-marco, sobre la normativa interna de los mismos, en cuanto que sus normas disposiciones serán recogidas o incorporadas como Anexo en los reglamentos y normas de régimen interno (art. 10).

⁴ Publicado por el Ministerio de Sanidad, Instituto Nacional de la Salud. El Convenio está firmado por el Director General del Instituto Nacional de la Salud y el Presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral y entró en vigor el 1 de enero de 1986. Va acompañado de dos amplios Anejos. Puede verse en *Ecclesia* (1986-I) 864ss.

2.2.1. *Especificación de la asistencia religiosa y pastoral garantizada* (arts. 1 y 2)

Concebida como en el acuerdo-marco, la asistencia religiosa, que es también pastoral, se detalla en su contenido prescribiendo que comprenderá, entre otras, las siguientes actividades (de las que las dos primeras hacen referencia al aspecto religioso y las dos últimas más bien al pastoral).

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

Al decirse «entre otras», quiere significarse que la enumeración no es taxativa: puede haber otras actividades más.

Y se extiende, como quedó fijado interpretado en el acuerdo-marco, también a los demás pacientes que, libre y espontáneamente, lo soliciten, así como a los familiares y al personal del centro (art. 3).

2.2.2. *La vinculación del servicio religioso al hospital y sus consecuencias* (arts. 3 con 6 y 9)

Conforme al acuerdo-marco, y para la mejor integración, el servicio religioso quedará vinculado a la gerencia del hospital (art. 3); lo que comporta la coordinación con los demás servicios, la facilitación de medios, la colaboración necesaria, las oportunas informaciones sobre el paciente y la comunicación de sus deseos al respecto (art. 6).

Consecuencia también de la integración del servicio religioso es —igual que en el acuerdo-marco— la proporcionalidad del número de capellanes conforme al de camas (según Anejo I), la modificación del número de aquéllos por la modificación significativa del número de camas, y el establecimiento o la supresión del servicio religioso en función de la apertura o cierre de centros hospitalarios (art. 7).

Pero donde se añaden unas especificaciones significativas es respecto a los *locales* reservados para el servicio religioso en el art. 9. Así, respecto a la capilla, «se dispondrá de ella para la oración de los fieles y la celebración del culto». Se procurará, en todo caso, «que esté en lugar idóneo y de fácil acceso para los enfermos». Lo que significa —nótese— que la capilla no estará abierta sólo para el acto ritual sino que continuará abierta de forma permanente. La facilidad de acceso pretende evitar una relegación que a fuer de incómodo hiciera la capilla de hecho, inservible a la larga, inútil.

No menos interesante resultan las prescripciones respecto al despacho, de que, a ser posible, esté cercano a la capilla para recibir visitas y guardar archivos; así como respecto de los locales, de que sirvan para residir o, en su caso, pernoctar, y sean «adecuados» para los capellanes integrantes del servicio.

En cuanto a los recursos materiales —de que genéricamente se habla en el acuerdo-marco— se adicionan ulteriores matizaciones de garantía: la elaboración de un presupuesto anual, aprobado por la gerencia, que «incluirá los gastos de adquisición, mantenimiento y renovación del equipamiento necesario para el funcionamiento del servicio, así como los que estimen necesarios para llevar a la práctica la asistencia religiosa y atención pastoral programada y aprobada para el año».

2.2.3. *Matizaciones al estatuto del capellán*

En cuanto a las recíprocas *competencias* de ambas autoridades sobre el nombramiento y cese del capellán (art. 4) se exige un requisito más para que el director provincial del INSALUD pueda cesarlo: que se trate de «faltas graves de disciplina».

En cuanto a la igualdad de condiciones con el resto del personal hospitalario, se añaden en el convenio (art. 5) ulteriores derechos como «al descanso semanal y a un mes de vacaciones». La verdad es que si no se prevé el pago de un sustituto durante el mes de vacaciones, la prescripción no pasará de una declaración de intenciones⁵.

Aun cuando no como derecho, al menos como facultad que puede legítimamente pedirse y concederse, está prevista la formación permanente para la que «la Gerencia del Centro podrá conceder permiso a los capellanes o personas idóneas que lo soliciten y facilitar sus asistencias a cursillos, congresos y reuniones de perfeccionamiento técnico y pastoral, en igualdad de condiciones con el resto del personal del centro».

2.2.4. *Seguridad social y retribución de los capellanes* (art. 8 y Anejos I y II)

Manteniéndose la cantidad de 1.190.000 pesetas anuales en catorce mensualidades para el tiempo completo, con realismo se tiene en cuenta, además, la situación de dedicación a tiempo parcial con la cantidad

⁵ J. GIMÉNEZ Y MARTÍNEZ DE CARVAJAL, *Asistencia religiosa en los centros hospitalarios*, en *Acuerdos Iglesia-Estado en el último decenio. Su desarrollo y perspectivas*, Barcelona 1987, p. 77-106. El autor actuó como experto y delegado de la Comisión Episcopal en la elaboración y negociación del Acuerdo-Marco y del Convenio-Tipo.

de 595.000 pesetas anuales distribuidas en catorce anualidades de 42.000 pesetas. A la vez se determinan el contenido de ambas dedicaciones: que será de 40 y 20 horas semanales, respectivamente, y la distribución de los horarios «entre todos los capellanes del centro de una forma equitativa y proporcional a su grado de dedicación» (Anejo II).

Para la actualización anual de las pagas se toma aquí como baremo los índices de la subida salarial de los empleados del INSALUD.

Un punto de no desdeñable incidencia económica que había quedado sin resolver en el acuerdo-marco, era el pago de la Seguridad Social. Este se resuelve ahora en el convenio, determinándose que es el INSALUD —y no la diócesis— quien lo asume en los términos del régimen establecido para el clero por el Real Decreto 3 2398/1977.

2.2.5. *La Comisión Mixta Paritaria* (art. 11)

Novedad de trascendencia práctica para la aplicación del convenio es la creación de un organismo de seguimiento, cual es la Comisión Mixta Paritaria, «compuesta por representantes del INSALUD y de la Comisión Episcopal de Pastoral, que se reunirá al menos una vez al año y siempre que lo solicite alguna de las partes». La solicitud de las partes como causa de reunión agiliza la posibilidad de tenerse ésta, a la vez que evita tanto la rutina como la demora indefinida de las reuniones.

3. LA REGULACION PACTICIA A NIVEL REGIONAL

Esta aún no ha alcanzado a todas las Comunidades Autónomas. No obstante, comprende a las dos más populosas, como Andalucía y Cataluña, además de Asturias y Vascongadas.

Tampoco ha alcanzado a todas por igual la aplicación del acuerdo-marco desde la perspectiva estrictamente jurídica. Y esto, por mor de la transferencia de competencias. Mientras éstas fueron completas y antecedentes al acuerdo-marco para Cataluña, no lo fueron así para el resto de las Comunidades. Como consecuencia, mientras éstas se cifieron a concertar convenios de aplicación del acuerdo-marco, Cataluña, en cambio, celebró un acuerdo-marco propio y un convenio de aplicación del mismo.

3.1. EL CONVENIO ENTRE LA CONSEJERÍA DE SALUD DE ANDALUCÍA Y LA REPRESENTACIÓN DE LOS OBISPOS DE ANDALUCÍA PARA LA ASISTENCIA RELIGIOSA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS DE LA RED PÚBLICA INTEGRADA DE ANDALUCÍA (29-XII-86) ⁶

Es un convenio de aplicación, pues su finalidad es el «posibilitar el cumplimiento del acuerdo-marco». Y el más importante a nivel regional, pues la Comunidad Autónoma de Andalucía cuenta con un total de 21 Hospitales con 14.321 camas, de los que 16, con 13.298 camas, pertenecen a la Red de Asistencia Hospitalaria de la Seguridad Social en Andalucía y cinco, con 1.023 camas, a los Hospitales de la Red de Administración de la Sanidad Nacional en Andalucía. Les corresponde un total de 79 capellanes, de los que 63 lo son a tiempo pleno y 16 a tiempo parcial. A ambas redes de hospitales se extiende el convenio de Andalucía.

Si bien el explicado convenio entre el INSALUD y la Conferencia Episcopal Española del 23 de abril de 1986 (o acuerdo-tipo) no venga mencionado en el Preámbulo, sin embargo se le sigue literalmente en el enunciado del articulado con algunas diferencias formales como en el contenido, salvo algunas aportaciones singulares.

Bajo el aspecto formal, el convenio de Andalucía consta de 13 artículos (dos más que el convenio-tipo), dos transitorias (una más) y dos anejos (igual). Esos dos artículos de más son meros desdoblamientos del art. 2 del convenio-tipo en el dos (respeto a la libertad de la religiosa) y en el tres (contenido de la asistencia religiosa) del convenio de Andalucía; y del art. 9 de aquél en el 10 (sobre los locales) y en el 11 (sobre los presupuestos anuales) de éste. La transitoria segunda de más es para indicar que las competencias de las direcciones provinciales pasarán en su día a las gerencias provinciales.

También bajo el aspecto formal, pero afectando al contenido, se introduce un ligero cambio de colocación de las materias en cuanto que los artículos relativos a los capellanes se agrupan a seguido en los artículos 5, 6, 7, 8.

Teniendo sustancialmente el mismo contenido que el convenio-tipo, ¿qué aportaciones hace el convenio de Andalucía? Estas afectan a la

⁶ *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía* núm. 22, de 17 de marzo de 1987. El convenio está firmado por el Consejero de Salud de la Junta de Andalucía y el Obispo de Huelva como Delegado de las Provincias eclesiásticas de Granada y Sevilla y entró en vigor el 1 de enero de 1987. Es mandado publicar por Acuerdo de 17 de diciembre de 1987, del Consejo de Gobierno, por el Presidente de la Junta de Andalucía.

integración del servicio, a la creación de hospitales y al estatuto de los capellanes.

Respecto a lo primero, la vinculación a la gerencia del hospital (artículo 4) viene de alguna manera compensada con la prescripción (párrafo cuarto) de que es «el capellán o el responsable del Servicio religioso quien hará que tales actividades se adecúen al régimen de funcionamiento de las respectivas Instituciones Hospitalarias».

Quizá sea con relación a los *locales* donde se halle una de las más importantes aportaciones del convenio de Andalucía. En primer lugar, se entiende que la adecuación de despachos y locales para recibir o en su caso pernoctar ha de estar «en función de la estructura del complejo hospitalario y de las disponibilidades presupuestarias» (párrafo segundo *in fine*). En segundo lugar, se tiene previsoramente en cuenta la posible inexistencia de dichos locales en algunos hospitales y se fija sagazmente la intervención de un órgano que lo exija. Para ello, se dispone que «la Comisión Mixta de aplicación y seguimiento del presente Convenio prevista en el artículo 13 velará por que las Instituciones Hospitalarias actualmente existentes que carezcan de alguno de esos lugares, puedan ser dotadas cuanto antes de los mismos».

Con acierto se tiene expresamente prevista la construcción de nuevos hospitales. Para ello, se predispone que «las nuevas instalaciones hospitalarias contemplarán la instalación de los locales descritos, que, en todo caso, se consideran necesarios para el buen funcionamiento del servicio religioso» (párrafo último).

Respecto a los horarios de trabajo, descanso, vacaciones y permiso para actividades de formación permanente, dentro del estatuto del capellán, se matizan con mayor acierto y detalle las competencias de la gerencia y del responsable del servicio religioso en cuanto que la iniciativa de determinarlos se traslada al capellán o responsable del servicio religioso. En efecto, es éste quien los fijará «de acuerdo con la Gerencia, teniendo en cuenta las necesidades del servicio y el número de capellanes, en conformidad con lo establecido en el Anejo I del presente Convenio» (art. 8).

3.2. LOS DOS ACUERDOS Y EL CONVENIO CON CATALUÑA

Por tener recibidas las competencias en materia de sanidad y creada su Red Hospitalaria de Utilización Pública (Decreto del 202/1985, de 15 de julio), la Generalitat procedió a concertar, primero, un acuerdo-marco: el «Acuerdo, de 8 de mayo de 1986, sobre Asistencia Religiosa

Católica en los Centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública»⁷. A seguido un «Acuerdo, de 17 de mayo de 1985, sobre creación de la Comisión Mixta de seguimiento de la Asistencia Religiosa en los Centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública»⁸.

Finalmente, un tercer pacto, el «Convenio, de 12 de diciembre de 1986, entre el Instituto Catalán de la Salud y la Conferencia Episcopal Tarraconense para la aplicación del Acuerdo sobre Asistencia Religiosa Católica en los Centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, de 8 de mayo de 1986»⁹.

A pesar de la diferencia formal de competencias y nivel jurídico, la expresión, articulado y contenido, tanto del acuerdo-marco catalán como del convenio de aplicación, son iguales que los correspondientes acuerdo-marco y convenio-tipo estatales, salvo las sustituciones de nombres e instituciones representadas y representantes con algún retoque más (como en el Preámbulo; arts. 4, 3, 6, 9 del acuerdo-marco catalán; y en el convenio, el art. 4.1, «otorgando la pertinente misión canónica»; 4.4; y 8.1 especificando que en caso de convenio de servicios, la diócesis receptora de las cantidades asignadas asume la condición de sujeto responsable, tanto de los salarios como de la cuota para la Seguridad Social). Tan sólo reviste novedad peculiar el citado acuerdo sobre la comisión mixta que preexistía a la celebración de dichos pactos.

3.3. CONVENIO SOBRE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA RELIGIOSA CATÓLICA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS PÚBLICOS PERTENECIENTES A LA RED DE OSAKIDETZA (30-I-87)¹⁰

En el marco jurídico del Estatuto de Autonomía, y en cumplimiento del art. IV.2 del acuerdo entre el Estado español y la Santa Sede (3

⁷ *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* núm. 780, de 19 de diciembre de 1986. El Acuerdo está firmado por el Consejero de Sanidad y Seguridad de la Generalitat y el Cardenal Arzobispo de Barcelona y entró en vigor el 1 de enero de 1986. Es mandado publicar por Orden de 10 de diciembre de 1986 por el Consejero de Sanidad y Seguridad Social.

⁸ *Ib.*, por otra Orden de la misma fecha. El Acuerdo está firmado por los mismos.

⁹ Está firmado por el Consejero de Sanidad y Seguridad Social, el Cardenal Arzobispo de Barcelona, el Director del Instituto Catalán de la Salud y el Secretario de la Conferencia Episcopal Tarraconense.

¹⁰ *Boletín Oficial del País Vasco* núm. 33, de 19 de febrero de 1987. El Convenio está firmado por el Consejero de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social y el Director General de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y por el Obispo de San Sebastián. Es mandado publicar por Resolución de la Dirección General del «Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, de 10 de febrero de 1987. Entró en vigor el 1 de febrero de 1987.

enero 79), es como se produce el convenio vasco, entrando en vigor el 1 de febrero de 1987.

Sigue muy de cerca al convenio-tipo estatal, pero se le aparta fundamentalmente para acentuar la competencia y consiguiente intervención del obispado en la relación jurídica del servicio y en la forma de su financiación. Ya en el art. 1 se hace entender «que es el Obispado respectivo, según la ubicación de cada centro hospitalario, el sujeto de la obligación contraída con el Servicio Vasco de Salud», de donde se deduce su exclusiva competencia en el contenido y ordenación del servicio religioso (art. 3.1) y en los nombramientos de capellanes o personas idóneas (art. 6,1.2.6). La retribución de los servicios prestados por los capellanes o personas idóneas (1.260.000 ptas. brutas) se facturan al obispado y éste a cada centro con periodicidad trimestral (art. 7).

Aun cuando se respeten las situaciones y derechos adquiridos, cuando por cualquier circunstancia venga a variarse la actual titularidad de los mismos se irá a una progresiva implantación del régimen de convenio de servicios (Transitoria). Provisionalmente quedan excluidos de la obligación de guardar dicha relación jurídica cuatro hospitales. Se hará un convenio especial con los centros a partir de 500 camas (art. 8).

3.4. ACUERDO SOBRE PRESTACIÓN DE SERVICIOS RELIGIOSOS CATÓLICOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS DEPENDIENTES DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS¹¹

Es un convenio de aplicación que tan sólo afecta a tres hospitales con 1.679 camas y a cuatro capellanes (tres a tiempo pleno y uno a tiempo parcial).

Comparado con el convenio-tipo resulta claramente inferior en la prestación de locales (art. 3), en las formas de colaboración (art. 5), en la omisión del establecimiento de una Comisión Mixta y en la limitación de la vigencia (para dos años). Se fija el módulo de 1.290.776 pesetas anuales por cada capellán, pero la cuota de Seguridad Social corre a cargo de la diócesis.

Se añade una limitación más, pero es debida a la falta de transferencias (Disposición Final).

¹¹ Está firmado por el Presidente del Principado de Asturias y el Arzobispo de Oviedo.

4. LA REGULACION PACTICIA A NIVEL PROVINCIAL

La aplicación del acuerdo-marco va teniendo lugar de forma progresiva mediante convenios con las diputaciones y calbidos. Tal es el caso, por citar los primeros, de Almería y Ciudad Real.

4.1. CONVENIO ENTRE LA EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL Y EL OBISPADO DE ALMERÍA SOBRE PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA RELIGIOSA CATÓLICA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL Y HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL DE ALMERÍA (22-IX-86)

Modelo de redacción formal con su Exposición de Motivos y Articulado tiene prácticamente el mismo contenido del acuerdo-marco, pero previendo los casos de baja por enfermedad y vacaciones (art. 11) y acentuando la posición del obispado a quien se pasará el abono de los honorarios de los capellanes.

4.2. CONVENIO ENTRE LA EXCMA DIPUTACIÓN PROVINCIAL Y EL OBISPADO PRIORATO DE CIUDAD REAL SOBRE EL CONTRATO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA RELIGIOSA EN EL HOSPITAL MÉDICO-QUIRÚRGICO PROVINCIAL (31-VII-85)

Con mayor sencillez, dicho Convenio sigue empleando incorrectamente la locución «Contrato de Servicios» (Preámbulo) y hace también pasar a la Administración del Obispado Priorato la nómina del capellán (art. 9).

CONCLUSIONES

1. Si principio general del ordenamiento español en el ámbito de la libertad religiosa es la adopción del instrumento normativo de los acuerdos, éste se ha aplicado a todos los niveles: al estatal con el acuerdo-marco y el convenio-tipo; al regional, con los convenios de Andalucía, Asturias, Cataluña, País Vasco; a nivel provincial, con los

convenios de Almería, Ciudad Real y otros. Sólo falta que se extienda la regulación pacticia a todas las áreas de cada nivel.

2. El derecho a la asistencia religiosa de los internados en establecimientos hospitalarios del sector público puede decirse satisfactoriamente garantizado según se viene regulando por la serie de acuerdos y convenios celebrados, tanto por la regulación misma —es la primera vez que se hace de forma global, conjuntada y uniforme dentro de sus variedades que permite— como por su compleción y adaptación a los diversos niveles y supuestos.

3. Al servicio de asistencia religiosa se le ha concebido claramente como un servicio integrado del Hospital, no como un servicio foráneo, formando parte de los servicios que un Hospital —como acertadamente destaca el acuerdo-marco catalán en su preámbulo— debe prestar conforme a la carta de derechos del enfermo usuario del Hospital.

En su consecuencia, el capellán forma parte del personal de los establecimientos sanitarios, figurando tras el personal directivo y el sanitario, en el no sanitario (tal como se refleja en estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, año 1983, Madrid, 1986).

4. Sin descartarse las formas de relación jurídica funcionarial y de compromiso oral se recogen en el actual régimen pacticio las formas de contrato laboral y de oportuno convenio con el obispo. Pero, en realidad, las preferencias de la Administración van por la del oportuno convenio, evitándose, de un lado, la forma jurídica menos exacta de «contrato de servicios» y, de otro, la laboral, que la administración trata de esquivar y, en lo posible, de llegar a su eliminación, conforme expresamente se establece en el convenio con el País Vasco.

5. El estatuto de los capellanes queda suficientemente adecuado y regulado en cuanto a sus derechos, deberes, estabilidad e incorporación al Hospital. También en cuanto a su retribución económica, pero ésta hubiera resultado más justa de habérseles englobado dentro de una categoría de personal del Hospital (por ejemplo, de ATS) en razón de sus estudios superiores, universitarios o no, y dentro de esa asimilación, estar a las resultas de cantidades y subidas salariales como de cuotas de seguridad social. Con todo, en comparación con las situaciones equivalentes del restante clero consagrado a la pastoral de las diócesis, la nómina del capellán queda muy por encima.

6. De un examen particularizado de la aplicación de los convenios y más aún de su efectiva ejecución, contrapuestas formas de hacer llegar la retribución por el servicio a los capellanes: en unos, directamente por el centro hospitalario, como se hace con el resto del personal; en

otros, indirectamente a través de la Curia diocesana (como expresamente se establece en los convenios asturiano, vasco y los de Almería y Ciudad Real). A nuestro juicio, más lógico hubiera sido el tratamiento análogo al seguido con sacerdotes profesores de religión en los centros públicos.

7. Por la bondad en conjunto de la regulación mediante acuerdos y convenios para satisfacer el derecho a la asistencia religiosa de internados en centros hospitalarios del sector público, no dudamos en ponerla como modelo para los supuestos similares contemplados en el mismo acuerdo sobre asuntos jurídicos, como el de los establecimientos penitenciarios y, salva las diferencias, para los futuros convenios y acuerdos en el ámbito del Patrimonio Cultural de la Iglesia.