

VIDA Y ÉTICA

Publicación semestral del Instituto de Bioética

20
AÑOS

ISSN 1515-6850



UCA

AÑO 21

Nº 2

DICIEMBRE 2020

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

Gran Canciller
S.E.R. Mons. Mario Aurelio Poli

Rector
Dr. Miguel Ángel Schiavone

Vicerrectores
Dra. María Clara Zamora
Pbro. Gustavo Boquín

Decano
Facultad de Ciencias Médicas
Dr. Hernán Augusto Seoane

Director
Instituto de Bioética
Pbro. Lic. Rubén Revello

Coordinador
Instituto de Bioética
Mg. Dr. Gerardo Perazzo

Investigadores
Mg. Dr. Lenin De Janon Quevedo
Mg. Dra. Graciela Moya

Colaboradores del Instituto
Pbro. Dr. Luis Alfredo Anaya
Dra. Silvia Anselmino
Dra. Silvia Balzano
Dra. Zelmira M. Bottini de Rey
Mg. Dra. Lilian Gargiulo
Dr. Jorge Nicolás Lafferrièrre
Dr. José Alberto Mainetti
Dr. Mariano Gustavo Morelli
Dr. Mariano Paramés
Dra. María Inés Passanante
Dr. Pablo Pedemonte
Pbro. Mg. Ricardo Poblete
Dr. Leonardo Pucheta
Mg. Diana Isabel Radakoff
Dra. Cecilia Rodríguez Gauna
Lic. Alejandra Planker de Aguerre
Dr. Cristian Viaggio

VIDA Y ÉTICA COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Carlos Benjamin Álvarez
Pontificia Universidad Católica Argentina. Argentina
R.P. Dr. Roberto Colombo
Università Cattolica del Sacro Cuore. Italia
Roberto Dell Oro, Ph.D.
Loyola Marymount University. Estados Unidos
Dra. Maria Luisa Di Pietro
Università Cattolica del Sacro Cuore. Italia
Prof. Dra. M.C. Donadio Maggi de Gandolfi
Pontificia Universidad Católica Argentina. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina
Dra. Marta Fracapani de Cuitiño
Universidad Nacional de Cuyo. Argentina
Prof. Dr. Gonzalo Herranz
Universidad de Navarra. España
Dr. Francisco Javier León Correa
Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile
Prof. Hna. Elena Lugo, RN, Ph. D.
Pontificia Universidad Católica Argentina. Argentina
Prof. Dra. María Liliana Lukac de Stier
Pontificia Universidad Católica Argentina. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina
Prof. Dr. Gérard Memeteau
Université de Poitiers, Faculté de Droit et Sciences Sociales. Francia
P. Gonzalo Miranda, L.C.
Ateneo Pontificio Regina Apostolorum. Italia
S.E. Card. Elio Sgreccia
Pontificia Academia Pro Vita. Italia (2005-2008)
Prof. Juan de Dios Vial Correa
Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile
P. Dr. Antonio Cabrera Cabrera, L.C.
Universidad Anáhuac. México.

In memoriam
+R.P. Domingo Basso, O.P. 1929-2014
+Edmund Pellegrino, MD, Ph. D. 1920-2013
+P. Dr. Angelo Serra, S.I. 1919-2012



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

EDITORIAL

Queridos amigos de la revista vida y ética, es una verdadera alegría volver a comunicarnos con ustedes, sobre todo en una ocasión como la que celebramos. Nuestra revista cumple 20 años ininterrumpidos. Para una revista científica 20 años parecen ser muy poco, y sin embargo, quienes han estado al frente de alguna de ellas saben lo dificultoso que es conseguir artículos científicos de calidad, que los expositores escriban, mantener vigente la calidad académica y las exigencias que esto conlleva, sin olvidar las vicisitudes económicas que supone continuar una publicación durante 20 años.

Recuerdo cuando el doctor Obiglio, comenzó con esta inquietud de publicar una revista específica de bioética, en lengua, que recogiese las inquietudes de nuestra cultura latinoamericana y dialogase con el mundo científico internacional. Ese ambicioso proyecto, fue tomando forma gracias a su perseverancia y autoridad personal, junto con su gran capacidad de seleccionar los temas y los autores que fueron dándole forma aquellos primeros números.

Posteriormente el nuevo director, hoy monseñor Alberto Bochaty, supo imprimir sus propias características a esta revista que poco a poco, se iba instalando en el mundo de la bioética en lengua española. Los múltiples contactos internacionales que el padre Bochaty poseía, fueron con-

vocados a escribir en estas páginas, enriqueciéndolas y haciendo de ellas un verdadero foro de discusión bioética. Fue durante su dirección, que se crearon algunas secciones, por ejemplo, la recensión de documentos de la Iglesia, y el magisterio del Pontífice del momento. La revista se configuró así en un verdadero puente entre el catolicismo y el mundo no confesional, siempre poniendo como base los argumentos racionales, filosóficos, antropológicos, que permitiesen un diálogo sincero entre los diversos grupos.

En los últimos años, siguiendo esta tradición, por la cual los directores del Instituto de bioética de la Universidad Católica Argentina, son al mismo tiempo, directores de la revista, he asumido la responsabilidad de continuar siendo un verdadero arcópago, donde se perciba la continuidad de las ideas y al mismo tiempo se privilegie el diálogo con la ciencia.

De esa rica pluralidad de la cual estoy hablando, surge el presente número, donde la bioética muestra la riqueza de temas que abarca: desde la nota de la profesora María de la Victoria Rosales en la que se señala la responsabilidad ética del cuidado del enfermo, hasta las ricas reflexiones de la doctora Silvia Birnbaum, sobre los biobancos y la pandemia. Algo similar ocurre con el trabajo presentado sobre transhumanismo

en la relación médico paciente, aporte del Dr. Numo Banti.

Para este número en particular le hemos pedido colaboración con artículos a los doctores Antonio Cabrera-Cabrera de la Universidad Anáhuac de México y al doctor Fischel Szlajen de la AMIA, con temas muy propios de la bioética contemporánea. En el primer caso el doctor Cabrera-Cabrera asume el controversial tema de la necesidad del hijo y la ética de la fertilización asistida; en el caso del doctor Szlajen un tema muy específico sobre judaísmo y eutanasia.

Colabora también en este número la doctora Mará Agustina Toscani Gómez quien analiza la vigencia y permanencia del personalismo ontológicamente fundado en la bioética contemporánea, como camino seguro que acude en defensa de la dignidad humana.

La recurrente presencia a fines del año pasado y principios de este año del tema del aborto, nos ha llevado a invitar a Ignacio García para hacer una reflexión sobre la cultura contemporánea y el aborto. A esta nota central, se le van a sumar una serie de artículos de opinión y documentos oficiales de asociaciones médicas, instituciones académicas, conferencias episcopales, en respuesta a la legislación aprobada recientemente.

El otro gran tema como no puede ser de otro modo, resume una serie de artículos vinculados al tema de la pandemia COVID-19. Debemos recordar que nuestro Instituto, organizó entre el año pasado y este año, más de 19 webinars referidos, siempre, al tema de la pandemia COVID-19. Algunas de esas reflexiones figuran en el articulado de este número.

Como ustedes pueden ver, la bioética mantiene siempre la pluralidad de Ciencias y de temas referidos a la vida, y esto se refleja en el presente número de la

revista que actualmente ha sido re-categorizada en su prestigio, al estar indexada en varios registros internacionales. En este sentido, quiero destacar el compromiso asumido por el doctor Lenin de Janón Quevedo y de nuestra encargada de medios, la licenciada Noelia Coedo sin la cual no hubiésemos podido obtener todos estos logros.

Espero que disfruten de este número y hagan llegar sus aportes personales.

Pbro. Lic. Rubén Revello

DECIDIR CUIDARLOS

Fecha de recepción: 25/01/2021
Fecha de aceptación: 15/02/2021

Lic. María de la Victoria Rosales

Contacto: mariariosales@uca.edu.ar

- Jefa del Servicio de Salud Mental del HZGA
Mi Pueblo de Florencio Varela (Bs.As., Argentina)

Palabras clave

- Covid-19
- Equipo de salud
- Cuidados
- Rol profesional

Key words

- Covid-19
- Team Health
- Care
- Professional Role

RESUMEN

Se describe el trazado de un camino bioético en la práctica clínica psicoterapéutica. El escenario incierto y disruptivo del Covid-19 lleva a un grupo de médicos, a consultar por ayuda a especialistas de la salud mental. Se describe el trabajo realizado por el Servicio de Salud Mental de un hospital general del conurbano bonaerense, en la asistencia de los equipos de salud que trabajan en la primera línea de atención, en tiempos de pandemia. Junto a la atención general de todas las personas que ingresan a la guardia, se incluye también a aquellas que forman parte de los distintos equipos de salud que integran el hospital, posicionándose en la intención de aliviar el sufrimiento y atender que sus derechos y preferencias sean respetados. Se despliegan herramientas e intervenciones enmarcadas en el respeto y la salvaguarda de la preciosidad y la dignidad de toda vida humana, respetando los valores de cada persona involucrada en el proceso, acentuando el enfoque personalista de la tarea.

ABSTRACT

The uncertain and disruptive scenario caused by Covid-19 inspires a group of doctors to consult mental health specialists for advice. This document aims to describe the layout of a bioethical path in the practice of psychotherapeutic clinical. It describes the work done by the Mental Health Service of a Public Hospital located in the outskirts of Buenos Aires consisting of the assistance of frontline healthcare workers during the pandemic. Besides including the general care of all the people who enter the guard, the team also embraced those who are part of the different health teams that make up the hospital, positioning itself in the intention of alleviating suffering and ensuring that their rights and preferences are respected. Tools and interventions were framed in the respect and safeguarding of the preciousness and dignity of all human life, respecting the values of each person involved in the process and accentuating the personalist approach to the task.

"El estrés que conlleva la asistencia sanitaria durante un brote epidémico como el de coronavirus (COVID 19), exige especial atención a las necesidades de apoyo emocional a los equipos de salud, y el resto del personal del establecimiento, para que puedan continuar brindando asistencia y cuidado. Es importante cuidar a los que cuidan" (1)

INTRODUCCIÓN

Ayudar a preservar la subjetividad, es función principal del profesional de la salud mental, práctica que brinda la oportunidad de percibir con mayor claridad, cuán necesario es re humanizar la clínica. Justamente, es en el ámbito de la salud mental donde se ha destacado que la dimensión clínica supone *inclinarse*¹ ante el otro y darle la palabra. (2)

En el cruce discursivo entre bioética y salud mental, confluyen la consideración de la conducta y actitud necesarias para un desempeño profesional responsable, y la importancia de destacar valores y afectos que intersectan en una compleja red simbólica, para proporcionar un verdadero sentido ético a las acciones específicas de quienes trabajan con el sufrimiento psíquico. (3) Las situaciones cotidianas de la práctica clínica psicoterapéutica, comprometen a tomar posición (ante nosotros mismos y ante los demás) en el ejercicio de la tarea y a elegir el trazado de un camino bioético, que anteriormente sólo se acostumbraba a vincular con aquellas decisiones que se toman frente a situaciones que impactan por su carácter *extraordinario*. (4)

En un entorno disruptivo, donde son constantes los cambios de las reglas de juego en la actividad cotidiana, donde continuamente se ven devastados las normas y los valores y donde las personas se ven obligadas a adecuarse a un entorno constantemente novedoso, incomprensible y por lo tanto amenazante; puede resultar imposible adaptarse si los estímulos exceden la intensidad habitual. (5) *"... disruptivo será todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración"*. (6) El escenario del Covid-19 planteó un clima incierto y disruptivo, situación que llevó a un grupo de médicos, a consultar por ayuda a especialistas de la salud mental: describiéndose a sí mismos incapaces de tomar decisiones, abru-

1 La palabra clínica viene del griego (*kliniké*). Kliniké le llamaban a la práctica médica de atender a los pacientes en la cama (*kline=cama*) viene del verbo (*klinein*) que significa inclinarse.

mados por las presiones del entorno, sin motivación para defender los valores en juego, viviendo su profesión como una carga y con gran desánimo. Relatando que el trabajo se tornaba extremadamente duro, con horas de trabajo interminables, en condiciones de falta de recursos y de estrés, en contacto continuo con el sufrimiento humano, y poniendo en riesgo la propia vida. Bajo estas circunstancias, la relación médico paciente como experiencia humana única, se vió gravemente afectada; proporcionar curación y cuidado al paciente enfermo, perdía su habitual importancia frente a la inseguridad y el temor desplegados. Muchos manifestaron sentirse incapaces de aplicar alguna especial cercanía con sus pacientes, de sostener la comunicación indispensable en cualquier acto médico que pretendiera ir más allá de la ciencia. La apuesta bioética del equipo de Salud Mental, consistió en convertir la técnica en *servicio*, atender la vulnerabilidad y dependencia. Ofrecer una referencia para el momento de obrar. A continuación, se describe el modo en que se llevó a cabo la tarea, utilizando la escritura y la narrativa como recursos para resignificar la experiencia y reflexionar sobre sus efectos.

DESARROLLO

Nueve psicólogos y dos psiquiatras conforman el Servicio de Salud Mental de un hospital general del conurbano bonaerense. Trabajan enmarcados en la interdisciplina, desde donde organizan su quehacer, relativizando certezas e interrogando la clínica psicoterapéutica, en los espacios de los consultorios externos del hospital y de la guardia general. Intervienen a diario, con una especial inclinación por encontrar el sentido de las distintas figuras de dolor con que acuden los pacientes a las consultas. La ocasión de diagnosticar no siempre los remite a enfermedades sino también a los miedos, defensas, relaciones y riesgos a los que las personas están sometidas. La primera cuestión que los afirma como equipo, para el marco desde el que trabajan, al ocuparse de la singularidad (que ni siquiera es lo particular, es decir un conjunto de sujetos, sino cada sujeto en nombre propio y uno por uno) es que, como profesionales de salud mental, saben que no están habilitados para dar soluciones universales. (7)

Cuando en los periódicos comenzaban a leer sobre la epidemia que asolaba la ciudad de Wuhan, producida por una mutación del coronavirus, variedad llamada Covid 19 de un ARN virus conocido desde hace décadas, causante, por ejemplo, del resfrío común, pero con una inquietante capacidad de mutación, parecía imposible prever lo que se instalaría en el planeta como una terrible pandemia. A pesar de haber tenido que modificar y reorganizar toda su modalidad de trabajo, res-

guardaron un espacio propio de reflexión, lo que más tarde les permitió intervenir cuando el descubrimiento de la fragilidad y el carácter mortal de los hombres, se despertó en los pasillos del hospital, ante el peligro de esta variedad viral.

La dinámica de trabajo de los servicios médicos del hospital, rápidamente había dado señales del factor estresor que interfería en la cotidianeidad y el ordenamiento de las tareas, generando en los profesionales de la salud, la aparición de múltiples manifestaciones emocionales. Se profundizaron o reactivaron síntomas físicos y psicológicos, los médicos fueron denominados *soldados en la trinchera* y se encontraron con que debían luchar en el frente de batalla, con escasos insumos, tanto para el cuidado del paciente como para el cuidado de sí mismos, sin tratamientos, con riesgos de contagio para ellos y sus familiares, y se intensificaba, cada vez más, el tener que enfrentar la muerte de sus pacientes. Desde la guardia del hospital, el jefe del servicio de Emergencias no tardó en solicitar la intervención del equipo de Salud Mental en socorro de sus médicos.

Fue así como la perspectiva de trabajo psicoterapéutico giró y la mirada se detuvo ahí donde el objeto de estudio no fueron sólo los pacientes que llegaban a la guardia o a los consultorios, sino los compañeros de trabajo. Lo primero que pudo escucharse, fue que los médicos habían perdido la asimetría con sus pacientes, en tanto se encontraban expuestos al mismo riesgo, preocupados por su propia salud y por la de sus familiares; esto les había transformado su lugar de trabajo en un espacio que les resultaba ajeno y extraño, que no reconocían, que les exigía crear nuevas pautas de vida, desarmar lo semi automático de la atención clínica que venían llevando a cabo y ver desvanecerse lo cotidiano de su trabajo de guardia, manifestaban sufrir la incertidumbre de encontrarse en un sitio desconocido y peligroso. Se había desarticulado el supuesto de que es el paciente quien sufre y viene a pedir ayuda a alguien que sabe de su enfermedad, que sobreentiende, que está en una situación de relativo bienestar. (8) A partir de este primer acercamiento, fue preciso abrir los cuestionamientos planteados, generar motivos de reflexión, tomar junto a ellos nuevas decisiones e intentar nuevos aprendizajes; generar confianza y favorecer los espacios de diálogo.

El marco teórico freudiano les brindó la enumeración de tres fuentes del malestar para un sujeto: la naturaleza y sus fuerzas desatadas, frente a las cuales el humano poco puede hacer; el propio cuerpo, prometido como está a la decadencia y a la muerte; y por fin el prójimo, dado que de él provienen potencialmente a la vez nuestro mejor auxilio y las más terribles de las agresiones. (9) Encontraron que la pandemia reúne en su potencial a estas tres fuentes de agresión: proviene de la naturaleza, a la cual pertenecen los ácidos nucleicos que hacen a la patoge-

nidad del virus; éste a su vez es capaz de dañar severamente o llevar a la muerte al cuerpo propio y por fin, transforma al prójimo, aun el más cercano y amado, en un potencial infectante peligroso. Consideraron que estaban dadas las condiciones sobre las que, sin salirse del territorio donde les es lícito actuar, podían hacer pasar su palabra.

Habitualmente, el tratamiento de los pacientes de Salud Mental en la urgencia, se realiza distinguiendo tres momentos: el instante de ver, el tiempo de comprender y el momento de concluir. (10) Es importante destacar los distintos modos en este devenir: *instante, tiempo, momento*; la fugacidad del instante, el tiempo no cuantificable, hacen frente a lo que se presenta en la subjetividad como la ruptura de cierto orden, de algún equilibrio previo, aquello del sufrimiento psíquico que clama con prisa por concluir, y que pide una solución que permita volver a un estado anterior; padecimiento al que se le ofrece un tiempo singular que le permita al sujeto comprender y arribar a conclusiones, buscando el tiempo de hallazgo de alguna verdad subjetiva, la intervención psicoterapéutica bascula entre la inminencia por resolver, propia de las urgencias y el intervalo necesario para que la dimensión subjetiva advenga, allí donde el sujeto ha sido arrasado. Se trata de definir estrategias, y poner en acto las conclusiones para que precipite el tiempo de concluir. (11)

El *instante de ver*, los encontró leyendo en equipo una novela construida sobre una gran metáfora: la de un mundo alcanzado por una ceguera que llega de pronto, sin aviso, y no produce oscuridad sino una suerte de permanente deslumbramiento blanco. Tiempo y lugar son indefinidos, aunque reconocibles, y los personajes no tienen más nombre que el de su oficio o su relación con los demás, *la esposa del médico*, por ejemplo, lo que conduce al lector a la deducción de que *podrían ser cualquiera de nosotros... la ceguera es una cuestión privada entre la persona y los ojos con que nació*, menciona el autor, (12) interpretando que cada persona se priva de ver todo aquello que pueda producirle angustia ante la revelación de una verdad que, aunque no se ve, existe. Consideraron que se trataba de una oportunidad para ayudar, con herramientas psicoterapéuticas, a descubrir eso que siempre ha existido y no quiere ser visto, proceso en el que suelen surgir temores y angustias y en los que sólo hay dos caminos: aceptarlo y seguir en el sendero que nos permita ver dentro de nosotros mismos o, el más fácil, *cegarlos* ante algo que se nos presenta como una amenaza a la integridad del Yo. La metáfora como recurso, los alejó de la acumulación de sentidos y les permitió lograr un efecto resonante que entramó el decir y ofició de guía para sus intervenciones.

El enfoque fue puesto en tres tareas: planificar, proteger y guiar. (13) Se desplegaron algunos instrumentos de trabajo internos al servicio: éste se organizó en lo que denominaron *rotaciones*, aludiendo a la rotación del vóley, (momento en el que los jugadores tienen que cambiar de lugar en el campo, la formación inicial de los equipos indica el orden de rotación de los jugadores en la pista y esta se mantendrá durante todo el set de juego) donde es fundamental que ocurra para que el juego se despliegue con efectividad. Las rotaciones de Salud Mental estuvieron compuestas por un psiquiatra y un psicólogo cada día, al principio y con el paso del tiempo se fueron modificando, agregándose un psicólogo y un residente. Los demás, realizaban su tarea en forma virtual, utilizando las plataformas habilitadas. De esta forma, el trabajo quedó organizado para poder dar respuesta, tanto a la atención de los pacientes como a los equipos de salud involucrados.

Iniciaron confeccionando un diario de campo al que llamaron Bitácora, creado con el objetivo de orientar el recorrido y darle forma de cuaderno de navegación, que permitiera organizar diferentes caminos para el rumbo propuesto. La consigna fue que cada profesional, adoptara su propia metodología a la hora de llevar adelante su diario de campo. Podían incluirse ideas desarrolladas, frases aisladas, transcripciones, mapas y esquemas; lo importante es que pudieran volcar al diario aquello que veían durante su proceso de trabajo para después interpretarlo. Muchos son los consejos que profesionales del ámbito científico realizan sobre la realización de un diario de campo. (14) No obstante, los pasos generales que se suelen establecer en este sentido son comenzar llevando a cabo una observación general, registrar todo lo que se vea en ese primer contacto (olores, sonidos, clima, acciones...) y describir las sensaciones e impresiones que le causan aquellos elementos al científico que está realizando ese citado diario. Además, para que el documento sea completo, exhaustivo y útil también se recomienda incluir conclusiones, diferenciar lo que son los elementos generales de los elementos propios del estudio o anotar los periodos de observación de una manera cronológica. (15) Esta herramienta les proporcionó un esquema por medio del cual, darían significado a su experiencia y a sus acciones profesionales y personales. Les proveería un marco desde el que comprender los acontecimientos pasados y desde el que planificar futuras acciones.

La segunda herramienta que desplegaron fue un relevamiento acerca del estado psíquico y emocional del personal de salud del hospital. El instrumento consistió en una encuesta virtual (Google forms) que fue enviada a todos los servicios del hospital, para que cada trabajador/a que lo deseara, respondiera a una serie de ítems acerca de sus percepciones y sentimientos en relación a la si-

tuación de emergencia sanitaria. A su vez, una de las preguntas estaba dirigida a indagar acerca de la necesidad de cada uno de los trabajadores/as de recibir apoyo psicológico. En un segundo momento se extendió la propuesta al resto de los trabajadores del hospital, algunos de los cuales, a pesar de no estar en el primer contacto directo con los *casos Covid*, comenzaron a consultar en los pasillos, porque también se veían afectados de un modo u otro ante la situación, por lo que se reenvió la encuesta al resto del personal hospitalario, tanto a médicos y técnicos de otros servicios, enfermeros, administrativos, personal de limpieza, vigilancia, mantenimiento, etc.

Junto a la atención general de todas las personas que ingresaban a la guardia, el servicio se hizo cargo de considerar también a aquellas que forman parte de los distintos equipos de salud que integran el hospital, posicionándose en la intención de aliviar el sufrimiento y atender que sus derechos y preferencias fueran respetados. (16)

En función de la lectura de los resultados obtenidos en los cuestionarios, ofrecieron algunas modalidades de abordaje, como, por ejemplo, la difusión de información vía virtual (grupos de WhatsApp, redes sociales del hospital) de manera breve y precisa, acerca de las reacciones psicológicas esperables ante la presente situación de emergencia sanitaria, así como de posibles respuestas saludables ante la percepción de malestar. Por otro lado, utilizando los mismos medios virtuales, ofrecieron un espacio de escucha individual, abriendo la posibilidad de que, quien lo considerase necesario, pudiera comunicarse telefónicamente con los miembros del equipo. Otra propuesta de intervención fue la construcción de un espacio grupal, virtual (vía Zoom) a cargo de un psicólogo y una psiquiatra, destinado exclusivamente al personal médico de la guardia del hospital. Ante la creciente demanda por parte del resto de los trabajadores/as del hospital, se creó luego otro espacio grupal y virtual de apoyo psicosocial, basado en los lineamientos propuestos desde lo institucional (17).

Esta postura, encontró coincidencias con las recomendaciones ministeriales (18) que subrayaban la importancia de entender el cuidado preventivo y la asistencia en su dimensión social, asumir la responsabilidad de acompañar y asistir a las personas para que puedan transitar el contexto de emergencia sanitaria, con intervenciones orientadas a contener y disminuir el miedo, inscribiendo las prácticas y las indicaciones particulares, en la planificación elaborada y coordinada por las autoridades; crear dispositivos y realizar intervenciones lo suficientemente dinámicas y flexibles, alejándose de encuadres formales, trabajar con las contingencias y estar disponibles para la participación y planificación de tareas propuestas de manera

espontánea. Se recomendaba dimensionar el valor y la importancia de las palabras usadas por los equipos de salud al momento de transmitir diagnósticos, brindar orientación e información, enfatizar en la comunicación el aspecto vinculado al cuidado de la salud más que el peligro de la enfermedad. Sin embargo, la lógica de las intervenciones del servicio de Salud Mental y las herramientas que utilizaron, imprimió características propias y distintivas a la dirección de su práctica.

Si para planificar se recurrió a la metáfora, el cuidado y la protección se trazaron alineados en un mito, como un modo de explicar aspectos básicos de la organización mental, tanto en la psicopatología como en la teoría de la evolución psíquica y utilizando el carácter abierto del mito y su entrelazamiento, para volverlo un instrumento útil en el cuidado de la salud mental. (19) Fue la forma de hacer que la palabra le diera su identidad decisiva a esta práctica.

"...El Minotauro monstruo feroz y devorador, mitad hombre y mitad toro, vivía encerrado en el laberinto. Laberinto sinuoso, sin salida, irremediamente conducía al centro, donde rugía el monstruo sediento de sangre." El Rey Minos, que con su estilo arbitrario quería gobernar Creta, exigía un tributo anual de siete bellos jóvenes y doncellas, destinados a ser comida para el Minotauro. El Rey sacrificaba a las bellas víctimas. (20) Teseo, un héroe, se ofrece a derrotar al Minotauro. Un día de cielo azul una barca de negras velas, parte rumbo a Creta. Teseo, junto a los otros jóvenes son recluidos en el laberinto. La bella Ariadna se enamora de su valentía y le da una espada y un *ovillo de hilo*. Con el hilo podría encontrar la salida del laberinto. Ariadna, pone una condición: que Teseo la saque de allí. "Si alguien vence al Minotauro, podrá regresar en libertad", había dicho caprichoso el Rey Minos. Ariadna le ofrece a Teseo las herramientas para vencer al laberinto y al Minotauro. Teseo ata el hilo a una roca y conduce a los jóvenes. El rugido del Minotauro se oye a lo lejos, en el centro, el héroe enfrenta al Minotauro y lo mata. Teseo puede desanudar por primera vez el laberinto, sostiene una apuesta, la de no ofrecerse como víctima a la bestia sedienta. En el tramado de nuevos enlaces transforma un laberinto sin salida, de sacrificios infinitos, en un proyecto con otros. (21)

Y así fue como este equipo tendió hilos de Ariadna, que, en el mejor de los casos, se trazarían en el trabajo grupal. Sucesivos recorridos, en el vínculo con otros, fueron permitiendo la inscripción de nuevos caminos, de lazos con *otros* que sostuvieran a los sujetos frente a las amenazas del entorno. (21) La protección ofrecida incluyó sostener la tensión, no ahogar los miedos ni las preguntas con respuestas totalizadoras, ayudar a soportar lo tormentoso e incierto de la pandemia; ocupar el rol de guías de los grupos de trabajadores más vulnerables,

los condujo a buscar matices que preservaran la serenidad, a revisar diferencias subjetivas, y con empatía, atender lo que verdaderamente cuenta cuando se pretende no olvidar la dignidad de cada persona.

Es desde este marco que eligieron su modo de participar *cuidando a los que cuidan* y definieron su intencionalidad al hacerlo: pensaron un modo de intervenir en donde la producción y la creación resultaran una forma posible de bordear el malestar. Buscaron interrogar lo obvio, lo dado, aquello que en pandemia tenía que ser aceptado como natural en el quehacer del médico, se atrevieron a andar un recorrido sinuoso y a veces doloroso en medio de un panorama oscuro. Eligieron detenerse y dejarse impactar por este pedido de intervención especial. Propiciaron la alternativa de instalar una demora frente a la exigencia de saber qué hacer, saber cómo responder, cómo actuar frente a lo inmediato y arrasador de la pandemia. Les tejieron una red donde alojarse frente a la falta de garantías y las incertidumbres propias de aquel particular escenario. Todas las competencias profesionales del ámbito *psí* fueron utilizadas para lograr lo solicitado (como si fueran los pacientes, cuando esta vez, eran los médicos); competencias *psí* que se convirtieron en promesa de calmar el desasosiego que impedía que se realizaran las prácticas médicas. (22) Proporcionar una mejor forma de atravesar el malestar tuvo en cuenta no sólo lo material (por ejemplo, revisar la accesibilidad a los recursos, los equipos de protección personal, etc.), sino también revisar que el aspecto espiritual, acompañara el abordaje de lo emocional. Se respetaron los valores de cada persona involucrada en los procesos, y se mantuvo la fidelidad a la confianza, tanto la que depositaron en el equipo los demás, al pedir ayuda, como la que el mismo equipo *psí* solicitó, para afirmar su voluntad de actuar de un modo benéfico.

Las intervenciones terapéuticas se enmarcaron en el respeto y la salvaguarda de la preciosidad y la dignidad de toda vida humana, para acentuar el enfoque personalista de la tarea. Sgreccia enseña y promueve un pensamiento bioético cuya base es la persona: *...la vida humana es ante todo un valor natural, racionalmente conocido por todos cuantos hacen uso de la razón. El valor de la persona humana es intocable.* (23) Este marco adopta una antropología filosófica de referencia que tiene en cuenta a la persona humana en su totalidad, considerando el espacio que habita y el tiempo en que vive y vivirá.

...habrá que aclarar quién es el hombre, cuál es su valor y su destino. Y cuando se habla del hombre en cuanto hombre, de su origen y de su destino, se busca lo que es común a todo hombre, su dignidad y su trascendencia...

...la incidencia del factor personal – psicológico y espiritual – en todo el ámbito de la asistencia médica es el elemento decisivo no solo en la evaluación del bienestar del enfermo, sino también en la evaluación del agente de salud.

Cada uno de los seguimientos realizados, ocurrió en el escenario de la subjetividad de cada persona, designando siempre lo singular (el termino individual, en la definición de persona², indica que no se trata del hombre universal, sino del hombre concreto) siguiendo el trazado que indica que *en el hombre la personalidad subsiste en la individualidad constituida por un cuerpo animado y estructurado por un espíritu.* (24) La teoría sostiene que al hombre se lo capta como unidad corporal anímica y este trabajo con los equipos médicos, brindó la oportunidad de comprobar la dependencia de los fenómenos corporales respecto de los anímicos y viceversa. El personalismo sostiene que la persona vale por lo que es y no solo por las elecciones que lleva a cabo. *Hay una fuente de la que emanan las elecciones. Según la ética personalista, el valor ético de un acto deberá ser considerado bajo el perfil subjetivo de la intencionalidad, pero también en su contenido objetivo y en sus consecuencias. La ley natural que impulsa toda conciencia a hacer el bien y a evitar el mal se concreta en el respeto de la persona en la totalidad de sus valores, en su esencia y dignidad ontológica.* (23)

Al instante de ver, mencionado al inicio, le siguió el *tiempo para comprender*, por el que todavía hoy transitan, analizando lo escuchado para mejor entender a los individuos y mejor asumir, de paso, la propia actividad que los compromete tanto técnica como teórica y moralmente, aún lejos del *momento de concluir*. Tiempo de comprender que implicó la reconstrucción y recomposición de lo que arrasaron las situaciones vividas en pandemia. La urgencia y el clamor por hallar soluciones, propició el ofrecimiento de un tiempo singular que permitiría, en un futuro, arribar a algunas conclusiones; también se pensó que podría ser un tiempo de hallazgos significativos, que construyera una nueva forma de ejercer la práctica médica en el intercambio clínico y de pensarse a sí mismos como miembros de la diada médico paciente; de intercambiar entre los miembros del equipo, de hacer confluir nuevos criterios.

2 Persona: Sustancia individual de naturaleza racional (Boecio)

CONCLUSIÓN

Para poder llevar a cabo el apoyo permanente de los equipos médicos de la guardia y de las salas de internación del área Covid, para realizar la contención de situaciones disruptivas de desvalimiento y angustia; el concepto y la experiencia de la dignidad humana fueron presentados como el fundamento bioético para enfrentar el desafío. Estos encuentros clínicos con los equipos y el tratamiento ofrecido a cada uno de sus miembros, fueron ocasiones propicias para sostener la defensa de la dignidad de la persona. Los profesionales de la salud involucrados en este proceso fueron convocados a recobrar el sentido del fin último de la medicina (que la pandemia les arrebató) restaurar la salud; también a recuperar el objetivo intermedio: curar, aliviar o prevenir la enfermedad, pero sobre todo, a restablecer el objetivo más próximo, que consiste en tomar la decisión correcta respecto del tratamiento para un paciente en particular, en un encuentro clínico en particular. (25) Es relevante destacar la importancia de la empatía en este encuentro que se menciona. Françoise Dolto afirma que es el sentimiento de empatía el que crea la comunicación intersíquica entre los hombres (26); en su consideración del encuentro clínico, señala la diferencia entre la curación del cuerpo, que requiere competencia y la emoción, que hace humana la práctica. Es posible afirmar que, si falta esta última, el *servicio* al otro se vuelve pura institución: trabajo que da dinero, profesión cautivante; el encuentro ya no es único e insólito, sino que es considerado mera costumbre, entonces el asistido no es más que un objeto y ya no hay allí relación humana. Aquí la novedad radicó en no volver la espalda y socorrer con empatía, encontrándose a sí mismo en los otros.

El equipo de Salud Mental adquirió con firmeza un compromiso, acorde al que se necesita cuando se trabaja en un medio adverso, *en el que uno pone al paciente sobre sus espaldas y avanza con él a cuestas*.³ Cuidarse y cuidar al otro fue el principal compromiso asumido y fue dado a los demás en la práctica. Cuidar a los que cuidan cambia de significado, cuando esa actitud demuestra que el esfuerzo por conseguir algo le otorga valor a lo que se obtiene. Cuando se construye con ese esfuerzo el interior de la persona, un interior apasionado por lo que hace y por lo que ama.

Todo el andamiaje, teórico y práctico del rol profesional fue puesto bajo cuestionamiento por este equipo de trabajo y la situación los condujo a reflexionar acerca de lo aprendido en este tiempo, cómo lo aprendieron y para qué. No sólo

3 Cita textual de relato de Mariana, médica de guardia del HZGA Mi Pueblo.

en lo que respecta a interrogar los procedimientos teóricos, sino todo lo que involucra las relaciones con los otros, la comunicación, las nuevas tareas y proyectos, el manejo de los miedos, la contención, el apoyo y la transmisión de la esperanza.

REFERENCIAS

1. Dirección Nacional de Salud Mental y adicciones. Salud.gov.ar. [Online].; 2020. Acceso 12 de abril de 2020. Disponible en: <http://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2020-07/covid19-recomendaciones-equipos-salud-mental-en-cuidado-salud-mental-trabajadores-en-hospitales.pdf>.
2. Araujo AM. Todos los tiempos el Tiempo. 1st ed. Montevideo: Psicolibros; 2013.
3. Fridman P. Los principios de la Bioética en Salud Mental y Psicoanálisis. En Fantin C, Fridman P. Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis. Buenos Aires: Polemos; 2009.
4. Silvia R. La inserción institucional de la ética. Una reflexión desde la filosofía. En Fantin JC, Fridman P. Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis. Buenos Aires: Polemos; 2009.
5. Sala V. El camino de la salud y el camino de la enfermedad Quo Vadis? En Losoviz A, Vidal D, Bonilla A. Bioética y Salud Mental. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2006. p. 6-15.
6. Mordechai B. Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales. Buenos Aires: ED. Biblos; 2003.
7. Amigo S. Tiempo de pandemia: Análisis en Extensión, Análisis en Intensión; Reflexiones en la Extensión. Ensayo. Buenos Aires: Escuela freudiana de Buenos Aires.
8. Plenger A. Entrevista a Adriana Plenger. Temas de Psicoanálisis y Tdp. 2020;(20).
9. Freud S. Psicología de las masas y análisis del yo. En Freud S. Obras Completas. Tercera ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1975. p. 63-127.
10. Lacan J. El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. En Lacan J. Escritos I. Buenos Aires: Paidós; 2008.
11. Perez y Gutierrez M. Intervenciones en la urgencia en Salud Mental. Ensayo. CABA: Hospital de niños Ricardo Gutierrez, Departamento de urgencias.

12. Saramago J. Ensayo sobre la ceguera Buenos Aires: Alfaguara; 2003.
13. De Janon Quevedo L. Aún estamos a tiempo. Ensayo. CABA: Pontificia Universidad Católica Argentina, Instituto de Bioética.
14. [Definición.DE].; 2020. Acceso 10 de 01 de 2021. Disponible en: <http://www.definicion.de>.
15. [Qué es. significado y concepto, Definición del diario de campo].; 2021. Acceso 10 de 01 de 2021. Disponible en: <http://definicion.de/diario-de-campo/#ixzz4BoelJd51>.
16. Perazzo G. Cuidando a los que cuidan. Ética Institucional en el marco del Covid 19. Ensayo. Buenos Aires: Pontificia Universidad Católica Argentina, Instituto de Bioética.
17. Bentolila S. Ministerio de Salud de la Nación. [Online].; 2020.. Disponible en: <https://www.erjontane.jch.er/crcnevarus/oquapcs-seduf>.
18. SUBSECRETARÍA DE SALUD MENTAL CP. Ministerio de salud de la provincia de Buenos aAres. [Online]; 2020. Disponible en: <http://www.msgba.gov.ar>.
19. Bodner G. Apuntes sobre la función del mito en el psicoanálisis. Temas de Psicoanálisis. 2016;(11).
20. Souviron R. El laberinto del Minotauro Buenos Aires: RBA libros; 2018.
21. Jasiner G. Para qué los grupos. Actualidad Psicológica de Buenos Aires. 2000.
22. Pellegrino E, Thomasma D. Las virtudes en la práctica médica. Primera ed. Madrid: Editorial UFV; 2019.
23. Sgreccia E. Manual de Bioética. Cuarta ed. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2018.
24. Lukac de Stier ML. Fundamentos filosóficos de la ética biomédica. Vida y Ética. 1999.
25. Pellegrino E. La experiencia vivida de la dignidad humana. En Bochatay A(c. Bioética y Persona. Escuela de Elio Sgreccia. Buenos Aires: EDUCA; 2008. p. 303-340.
26. Françoise D. El Evangelio ante el psicoanálisis Delargue JP, editor. Paris: Ediciones Cristiandad; 1978. x

EL TRANSHUMANISMO EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Fecha de recepción: 02/02/2021

Fecha de aceptación: 20/02/2021

Mg. Dr. Enrique Numa Banti

Contacto: enriquebanti@gmail.com

- Director de la Carrera de Médico Especialista en Medicina Legal de la Universidad del Salvador

Palabras clave

- Relación médico enfermo
- Hipócrates
- Transhumanismo
- Inteligencia artificial
- Personalismo ontológico

Key words

- Sick doctor relationship
- Hippocrates
- Transhumanism
- Artificial intelligence
- Ontological personalism

RESUMEN

En el presente trabajo presentamos la visión clásica, es decir la propugnada por Hipócrates, de la relación médico paciente o médico enfermo como la designó Pedro Laín Entralgo, también definimos al movimiento tecno científico y cultural denominado "Transhumanismo" y con él la aparición de la llamada "Inteligencia artificial".

Analizamos este paradigma dentro de la relación médico paciente que comienza a asomar en el ámbito de la medicina especialmente en la denominada "medicina prepaga" con la finalidad de favorecer y disminuir los tiempos tanto para el paciente como para el médico.

En ese sentido, la Bioética Personalista Ontológica alza su voz para marcar la desnaturalización que involucra las esencias de las personas involucradas (médico y enfermo) en el diálogo cara a cara de la entrevista médica y señala lo desfavorable del avasallamiento de la tecnología y con ella la Inteligencia artificial por encima de la interrelación fecunda del paciente y su médico en pos de reestablecer la salud del primero.

ABSTRACT

In this paper we present the classic vision, that is, the one advocated by Hippocrates, of the patient-doctor or sick physician relationship as designated by Pedro Laín Entralgo, we also define the techno-scientific and cultural movement called "Transhumanism" and with it the appearance of called "artificial intelligence".

We analyze this paradigm within the patient medical relationship that begins to appear in the field of medicine, especially in the so-called "prepaid medicine" in order to favor and reduce times for both the patient and the doctor.

In that sense, the Ontological Personalist Bioethics raises its voice to mark the denaturation that involves the essences of the people involved (doctor and patient) in the face-to-face dialogue of the medical interview and points out the unfavorable of the overwhelming technology and with it Artificial intelligence above the fertile interrelation of the patient and his doctor in order to restore the health of the former.

INTRODUCCIÓN

**¿Por qué al médico y al preceptor les soy deudor de algo más,
por qué no cumpla con ellos con el simple salario?**

Porque el médico y el preceptor se convierten en amigos nuestros y no nos obligan por el oficio que venden, sino por su benigna y familiar buena voluntad [...] para con ese estoy obligado, no tanto porque es médico, como porque es amigo.

Séneca, *De Beneficiis*, VI, 16

Desde Hipócrates¹, toda la tradición médica se basó en un diálogo sincero y fraterno, entre el médico y su enfermo, que representó un terreno firme, por medio del cual, el intercambio humano entre esas dos personas crece en confianza, humanismo y afectos. Con esto se logra conducir al que adolece por una tranquilidad espiritual emanada de su profesional. En ese punto, comienza una apertura del uno con el otro que redundará en beneficio de ambos, por ello, en este sentido, Pedro Lain Entralgo² decía que *la relación médico enfermo era una relación de confianza*.

El momento culmen en la Medicina, desde Hipócrates y en toda la Medicina Occidental, lo constituye el vínculo que se ha dado en denominar *"la relación médico paciente"*³. Esta conjunción posee la característica primordial de la inmediatez y constituye una diada irremplazable, en la cual, se interrelacionan numerosos aspectos, tanto físicos como espirituales, entre el profesional de la Medicina y su enfermo. Dichas singularidades derivan en un conocimiento detallado, tanto de la realidad como de la enfermedad del afectado, con el objetivo de intentar llevar un alivio a su padecimiento.

Sin embargo, a pesar de ello, desde hace algún tiempo asistimos a una degradación de este aspecto médico fundamental. Actualmente, observamos que en determinados anuncios sobre prestaciones médicas se hace referencia explí-

1 Hipócrates de Cos, vivió entre el año 460 y el año 380 a. C., fue un médico de la Antigua Grecia y por su reputación fue considerado el Padre de la Medicina. Se le atribuye el llamado Juramento Hipocrático.

2 Para los conceptos fundamentales de la relación médico enfermo seguimos los lineamientos de: Lain Entralgo, P., *La Relación Médico Enfermo*, Revista de Occidente, 1ª Edición, Madrid, 1964, p. 145.

3 Si bien la denominación de "paciente" a la persona que adolece una enfermedad es lo más común en nuestra época, en este trabajo utilizamos también en forma indistinta la expresión "enfermo".

cita a un nuevo paradigma de *"relación médico enfermo"*. Es así como hacen su aparición; cada día en mayor cuantía, plataformas informáticas que ofrecen el "beneficio" de las *"consultas on line con el profesional médico"*. Estas pueden ser realizadas en cualquier momento y desde la comodidad del paciente, encontrándose este donde se encontrare; las mismas tratan de suplantar el diálogo fecundo interhumano entre el enfermo y el depositario de su *confianza*, es decir, el médico. A pesar de ello, no desconocemos que en épocas especiales (como la nuestra en la actualidad) de aislamiento obligatorio estas herramientas pueden brindar una "solución" transitoria, especialmente en la atención médica de urgencia.

La avasallante intrusión de la llamada "Inteligencia Artificial" en los ámbitos médicos no proviene solamente del entorno de la tecnología, sino también, y esto es lo más grave, de ciertas estructuras médicas que la imponen y de los profesionales médicos que las utilizan. A partir de esto, podemos contemplar como en el efecto publicitario se resalta el beneficio de esta metodología con la finalidad de captar a un mayor número de *"clientes/pacientes"* y que tiene su fundamento en el excelente provecho que es ofrecido bajo el manto de una "mayor comodidad" para el padeciente.

Con este sentido, estos soportes informáticos brindan:

[...] una plataforma de inteligencia artificial de análisis automático del discurso, que cuantifica síntomas, eventos y problemas de los pacientes [...] la plataforma también da información de los efectos de los fármacos a través del tiempo y colabora con la adherencia al plan recetado [...] con esta información el psiquiatra puede observar cómo está evolucionando y actuar en caso que requiera una atención específica [...] no es posible armar un relato de todo el tiempo vivido del paciente [...] esta herramienta es un soporte para el profesional, una ayuda para tener una base objetiva sobre la cual podrá llegar a sustentar una decisión diagnóstica [...] apunta a crecer en la medicina de precisión [...] al desarrollo de drogas más personalizadas ya que estas métricas pueden servir para predecir si una determinada droga va a hacer efecto o no en un paciente [...] el sueño de los emprendedores es convertirse en el estándar de la psiquiatría moderna y se sienten confiados en estar en el umbral en un nuevo momento de la medicina potenciada con el poder de la inteligencia artificial⁴.

4 Revista del diario La Nación de fecha 22 de diciembre de 2019, p. 20.

Si nos detenemos en el caso específico de la Psiquiatría, según las notas publicadas en medios de difusión, constituye un campo en el que se han producido grandes “avances” en las tecnologías digitales, ya que, hacen su aparición en forma asombrosa y novedosa porque “los médicos psiquiatras no cuentan con herramientas objetivas para la evaluación de los pacientes”⁵. Lo propuesto denota un desconocimiento absoluto del arte médico, ya que, no solo en la Psiquiatría, sino en las demás especialidades de la Medicina, siempre “la clínica es soberana” y, por lo tanto, nada puede suplantar el “ver, tocar y escuchar” del arte médico que se efectúa en la consulta presencial. Toda la esencia médica se diluye en lo tecnológico pensando que la “máquina” resolverá los intrincados problemas del cuerpo y del alma del paciente. Como decimos, pareciera que esta comunión entre el enfermo y su médico queda inválida a una velocidad en ritmo de aceleración por la intromisión de la Inteligencia Artificial.

Como podemos observar, hay numerosas situaciones derivadas del Transhumanismo Médico que plantean conflictos bioéticos, aunque nosotros, en esta publicación, nos dedicaremos específicamente a la relación médico paciente. A partir de aquí, es necesario definir nuestra postura para evitar equívocos. Somos conscientes de un cierto caudal del avance tecno científico que es utilizado por el hombre para su mejora, pero, consideramos necesario manifestar que nuestra posición, desde la Bioética Personalista Ontológica, nos orienta a edificar un marco ético adecuado que tenga como centro a la persona y no la desvincule de los principios morales universales e invariables y que, por lo tanto, indique la licitud o no de esas metodologías.

En base a esto, nuestro objetivo en este trabajo es el de brindar un conocimiento preciso de la reciprocidad médico enfermo en la Medicina Hipocrática tal como fue tomada en la Medicina Occidental, conceptualizar al Transhumanismo y a la Inteligencia Artificial, para luego, valorarlas y comentar las advertencias de la Bioética Personalista Ontológica a este eje problemático. Finalmente trataremos de arribar a las conclusiones pertinentes.

5 Revista del diario La Nación de fecha 22 de diciembre de 2019, p. 19.

LA RELACIÓN MÉDICO ENFERMO HIPOCRÁTICA, TRANSHUMANISMO E INTELIGENCIA ARTIFICIAL

El más hondo fundamento de la medicina es el amor...
Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina;
y si es menguado, menguados serán también nuestros frutos.
Pues el amor es el que nos hace aprender el arte, y fuera de él,
no nacerá ningún médico.

Paracelso, *Spitalbuch*, I

El enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad.

Platón, *Lisis*, 217 a

1- La relación médico enfermo hipocrática

Según Pedro Laín Entralgo, en la relación que se entabla entre el médico y el enfermo, encontramos dos movimientos: uno que se dirige del enfermo hacia el médico y el otro del médico hacia su enfermo⁶. En este sentido, los griegos utilizaban una palabra para designar tanto a uno como al otro: *philia*, que significa "amistad". Es por eso, que antes de la ayuda técnica, diagnóstica y terapéutica, esta reciprocidad es una verdadera relación de amistad⁷. Es por ello, que el médico es "amigo" en un doble sentido: amigo del enfermo y amigo de la medicina. De esta forma, la amistad que parte del médico hipocrático hacia el enfermo constituyó un amor a la perfección humana; mientras que la relación inversa, es decir, la amistad del enfermo con su médico, recaía siempre en la relación de "confianza". Esta confianza era expresada en un agradecimiento del aquejado hacia quien se encuentra en condiciones de devolverle o restablecerle la salud debilitada o perdida; confianza también en su propio bien, que era su salud y, del mismo modo, en el bien del médico para ayudar a la naturaleza a lograr su equilibrio para la cura del paciente. De esta forma, el afectado que confía en su médico colabora eficazmente con él, en su empeño terapéutico para combatir la enfermedad, por medio de la confianza.

6 Laín Entralgo, P.; *La Relación Médico Enfermo*, Óp. Cit., p. 39.

7 Ídem, p. 40.

En la tradición hipocrática existían tres momentos de la relación médico enfermo:

- **El momento cognoscitivo o de diagnóstico hipocrático**

El conocer, fue en realidad el *por qué*, que llevaba a reconocer la *physis*⁸ de todo hombre que era materializado en forma cognoscitiva mediante el *diagnóstico hipocrático* y que se manifestaba al conocer y dominar la *techné*⁹. De esta forma, esa originaria amistad, comienza a exteriorizarse médicamente hacia el enfermo con el conocimiento de su naturaleza y de la utilización adecuada de las técnicas.

Fue así como, el diagnóstico hipocrático consistía inicialmente en observar y describir lo propio del caso (*katástasis*) y, a partir de allí, el profesional se abría a la amistad con su enfermo incorporándose con todos sus sentidos a la realidad concreta que el aquejado y su entorno le presentaban. A manera de ejemplo para lo dicho, piénsese en la maravillosa descripción de Hipócrates sobre la *facie hipocrática* que se hizo clásica en los estudios de medicina y que fue realizada estrictamente con la observación. Por este motivo, al médico hipocrático le interesaba el cuerpo, pero no sólo eso, sino también todo aquello que rodeaba a ese cuerpo. Esto queda ejemplificado al leer las excelentes descripciones, dentro del *Corpus Hippocraticum*, del apartado *sobre los aires, aguas y lugares*.

Pero no sólo el conocimiento del cuerpo era importante, sino que, junto a ello, la denominada *anámnesis* (extremadamente olvidada en nuestra época), momento que la Ciencia Médica toma de la teoría del alma platónica y su reminiscencia. La pregunta al enfermo, y con ella el diálogo entre ambos, era tan importante para lograr que el paciente recordara la totalidad de su historial patológico como la exploración manual de su cuerpo (examen físico). Es en estas circunstancias, en la cual el médico hipocrático conoce cómo la enfermedad se manifiesta en el individuo; inicialmente con arte y, posteriormente, con técnica, no suplantando a la primera por la segunda.

Estrictamente hablando, el diagnóstico, al ser referido a un individuo humano, era un diagnóstico individual¹⁰, contextualizado en el perfil social y político del

8 Physis: palabra de origen griego que significa naturaleza en el sentido de crecer o brotar.

9 Techné: palabra de origen griego que significa "producción" o "fabricación de tipo material", "acción eficaz".

10 Lain Entralgo hacer referencia a cuatro momentos para la especificidad e individualidad del diagnóstico hipocrático: la descripción patocrónica, el pronóstico, la intensidad del síntoma y la participación del individuo enfermo en el saber diagnóstico. Véase: Lain Entralgo. P.; La Relación Médico Enfermo, Óp. Cit., p. 75.

doliente que conducía al médico hipocrático a un conocimiento integral de su paciente.

- **El momento operativo o de tratamiento hipocrático**

Los conocimientos adquiridos sobre su enfermo, en la etapa anterior, tienen como finalidad ordenar los actos del profesional para instaurar un tratamiento adecuado en su paciente.

En este momento, es cuando recordamos una primera práctica algo olvidada en nuestros medios y es la de "ofrecer nuestra mano al paciente" dentro del contexto de la relación médico enfermo. Como es sabido, *el primer acto del tratamiento es el acto de dar la mano al enfermo*", decía Ernst von Leyden¹¹, siguiendo la línea de la medicina hipocrática y en alusión a la presencia del profesional de la salud frente al enfermo. En ese preciso momento ya está ejerciendo una actividad terapéutica y, es por eso, que el médico al brindar su mano, lleva a cabo el primer tratamiento y prescribe el primer medicamento, como lo dice M. Bálint¹². Resulta evidente que parte de la terapéutica es la consecuencia de esa relación diádica humana vivencial que es entablada ente el médico y su enfermo y que se está ausente totalmente en una *"consulta virtual"*.

No podríamos dejar de decir que, cabalgando en ambas etapas, se encuentra el *momento afectivo* de la relación médico enfermo, por medio del cual, se entabla una relación afable y expresiva; tanto del lado del enfermo que deposita afectivamente su aflicción y su confianza en la persona del médico como, del lado del profesional, que, por medio de su voluntad y misericordia, brinda la ayuda humana, científica y técnica.

- **El momento ético religioso o de ética hipocrática**

Tanto el enfermo como el médico, en cuanto entes humanos libres, son poseedores de una determinada moralidad. Los médicos griegos ejercieron una ética formalmente religiosa que llevó a destacar el carácter divino de la physis¹³. Es así, como, el aspecto ético descansa en el orden religioso que conduce a una determinada posición del espíritu humano y, es por eso, que los griegos llamaron "enfermedad sagrada" a la epilepsia y, posteriormente, establecieron que todas

11 Ernst von Leyden (1832-1910) fue un médico alemán que centró sus investigaciones en la respiración febril y en las afecciones de la médula espinal entre otras cosas.

12 M. Bálint (1896-1970) fue un psicoanalista y bioquímico húngaro.

13 Lain Entralgo, P.; La Relación Médico Enfermo, Óp. Cit. P. 92.

las enfermedades eran sagradas¹⁴. Va de suyo que era inseparable el aspecto ético religioso, inmerso en la persona del médico y del paciente, de la génesis de ciertas enfermedades y en la evolución del enfermo.

A manera de conclusión podemos decir que la relación entre el médico y el paciente en la tradición hipocrática, jamás se redujo a algo momentáneo, superficial ni a un instante cronológico, sino que, por el contrario, hunde sus raíces en una estrecha comunicación e interrelación entre ambas partes que genera un lazo de confianza y que tiene como objetivo prioritario el restablecimiento de la salud del enfermo.

A partir de esto conceptos, nos parece necesario conocer los aspectos esenciales de los transhumanistas aplicados al ámbito de la relación médico paciente.

2- El transhumanismo y la inteligencia artificial

Sólo las personas humanas pueden ser originariamente buenas o malas.

Ética, Max Scheler

La palabra *Transhumanismo* fue acuñada en el año 1957 por Julián Sorrel Huxley¹⁵, con la idea de que, desde su punto de vista, los seres humanos deben mejorarse a través de la ciencia y de la tecnología, incluyendo la eugenesia y la mejora del ambiente social. Sin embargo, en el sentido actual, fue Fereidoun M. Esfandiary¹⁶, quien en el año 1973 la adoptó con el significado que presenta para nosotros. No es nuestra intención realizar una minuciosa enumeración de

14 Ídem, p. 26.

15 Escritor, biólogo, eugenista británico (1887-1975), hermano del escritor Aldous Huxley (autor de *Un Mundo Feliz*). Destacado miembro de la Sociedad de Eugenesia Británica y primer director de la Unesco. En línea:< <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/Julian%20Huxley/en-en/>> Consultado el 27 de enero de 2020.

16 Filósofo Transhumanista (1930-2000), su obra más importante fue: *Are You a Transhuman?* Tenía la esperanza que en el año 2030 se alcanzara una longevidad indefinida y por eso cambió su nombre por el de FM-2030. En el año 2000 murió por un cáncer de páncreas y su cuerpo fue conservado criónicamente en Arizona donde permanece hasta hoy.

En línea:<<http://24transhumanismo.blogspot.com/2009/12/fm-2030.html>> Consultado el 27 de enero de 2020.

los antecedentes del Transhumanismo en la historia¹⁷ pero basta decir que este movimiento se hizo extensivo a un amplio abanico de pensamientos.

Por recordar sólo dos casos conocidos, pensemos lo lejos que quedaron las premoniciones futuristas de *Un mundo feliz* de Aldoux Huxley¹⁸ y de *Frankenstein* de Mary Shelley¹⁹ cuando, por diferentes caminos, postulaban la transformación tecnológica humana vaticinando el avance desmesurado de la misma en el campo de la Medicina. El objetivo que agrupa a los transhumanistas es el siguiente: "*El mejoramiento físico, mental, moral, emocional o de otra índole mediante procedimientos tecnológicos, en especial a través de las biotecnologías, de la robótica y de la inteligencia artificial y que en su versión más sofisticada y radical promueve el advenimiento de una nueva especie transhumana*"²⁰.

Otro documento interesante de esta corriente del pensamiento es el llamado Manifiesto Transhumanista²¹ al cual todos sus adeptos adhieren y que establece lo siguiente:

- 1- En el futuro, la humanidad cambiará de forma radical por causa de la tecnología. Prevemos la viabilidad de rediseñar la condición humana, incluyendo parámetros tales como lo inevitable del envejecimiento, las limitaciones de los intelectos humanos y artificiales, la psicología indeseable, el sufrimiento y nuestro confinamiento al planeta Tierra.
- 2- La investigación sistemática debe enfocarse en entender esos desarrollos venideros y sus consecuencias a largo plazo.
- 3- Los transhumanistas creemos que siendo generalmente receptivos y aceptando las nuevas tecnologías, tendremos una mayor probabilidad de utilizarlas para nuestro provecho que si intentamos condenarlas o prohibirlas.
- 4- Los transhumanistas defienden el derecho moral de aquellos que deseen

17 Para una detallada historia del Transhumanismo puede leerse el trabajo de Nick Bostrom llamado *Una historia del pensamiento Transhumanista* de la Universidad de Oxford. En línea: <https://institucional.us.es/revistas/argumentos/14/art_7.pdf> Consultado el 27 de enero de 2020.

18 Huxley, A.; *Un Mundo Feliz*, 28° Edición, Buenos Aires, Editorial Penguin, Traducción de Ramón Hernández, 2019.

19 Shelly, M., *Frankenstein o el moderno Prometeo*, Barcelona, 1° Edición, Editorial Castalia, 2017.

20 Dieguez, A., *Transhumanismo. Propuestas y límites*. En línea:<www.dieguez_transhumanismo_propuestas_y_limites_telos-108.pdf> Consultado el 24/1/2020

21 Manifiesto Transhumanista. En línea:< www.transhumanismo.org/manifiesto-transhumanista/ > Consultado el 24/1/2020

utilizar la tecnología para ampliar sus capacidades mentales y físicas y para mejorar su control sobre sus propias vidas. Buscamos crecimiento personal más allá de nuestras actuales limitaciones biológicas.

5- De cara al futuro, es obligatorio tener en cuenta la posibilidad de un progreso tecnológico dramático. Sería trágico si no se materializaran los potenciales beneficios a causa de una tecnofobia injustificada y prohibiciones innecesarias. Por otra parte, también sería trágico que se extinguiera la vida inteligente a causa de algún desastre o guerra ocasionados por las tecnologías avanzadas.

6- Necesitamos crear foros donde la gente pueda debatir racionalmente qué debe hacerse, y un orden social en el que las decisiones serias puedan llevarse a cabo.

7- El Transhumanismo defiende el bienestar de toda conciencia (sea en intelectos artificiales, humanos, animales no humanos, o posibles especies extraterrestres) y abarca muchos principios del humanismo laico moderno. El Transhumanismo no apoya a ningún grupo o plataforma política determinada.

Como puede derivarse de la lectura del Manifiesto, especialmente cuando afirman en el punto uno que: “[...] *en el futuro, la humanidad cambiará de forma radical por causa de la tecnología*”, hay una constante y conducente desnaturalización del diálogo fecundo de todas las relaciones humanas en pos de un empoderamiento de lo tecnológico. Va de suyo, que estos postulados alcanzaron a la relación médico enfermo y que, por lo tanto, no dudan en desnaturalizar su esencia. Sin embargo, sus seguidores fueron más allá al manifestar que “[...] *el hombre actual es fruto de un proceso llamado evolución que hasta ahora era algo natural pero con la ayuda de las nuevas tecnologías, el hombre se está construyendo a sí mismo y la evolución natural da paso a la evolución artificial e intencionada*”²². Podemos imaginar, en el terreno de la correspondencia médico paciente, cuáles son las consecuencias de estas afirmaciones.

Como parte inseparable del Transhumanismo se encuentra la denominada Inteligencia Artificial, a la cual se define como la capacidad que tiene una máquina de “pensar” por sí sola. La tecnología que emplea una máquina artificial e “inteligente” está desarrollada por medio de una serie de algoritmos que le proporcionan la capacidad de interpretación, decisión y resolución de problemas de forma

22 Olivares Sanlés, M.; El Transhumanismo en 100 preguntas, Nowtilus, 1º Edición, España, 2019, p. 24.

autónoma ante las señales que recibe²³. La primera persona que utilizó esta denominación fue John Mac Carthy²⁴ en el año 1956 y si bien la aplicó inicialmente a la robótica, en la actualidad, son numerosos los dispositivos de la vida habitual que conocemos y que se manejan con ella. Cada día nuestra cotidianeidad se encuentra relacionada con esta tecnología y los instrumentos que utilizamos están integrados a nosotros. Vaya como algunos ejemplos cercanos, el teléfono celular o nuestra computadora. En el ámbito de las Ciencias de la Salud se encuentran en los sistemas de diagnóstico médico y, actualmente, se hace extensiva a la virtualidad de la entrevista entre el médico y su enfermo.

Haciendo referencia a la ausencia de moralidad que comporta este movimiento, Fishel Slajen nos afirma que se caracteriza por presentar: *"Un subjetivo materialista estado mental o de perfeccionamiento instrumental carente de todo sentido de teleología trascendente o integridad mora"*²⁵.

CONSIDERACIONES DESDE LA BIOÉTICA PERSONALISTA ONTOLÓGICA

"Tarde en la vida descubro que tengo un alma", me escribió usted. [...] Si la descubrimos es porque siempre estuvo allí, incluso antes de nuestro nacimiento.

Acerca del alma, Francois Cheng

El punto de partida del cual emergen los transhumanistas es el principio de que el hombre aún necesita alcanzar una culminación tal que solo es brindada por la tecnología dominante. De esta forma, los lleva a considerar que el ser humano es algo inacabado, en proceso y, por lo tanto, imperfecto, donde solo la tecnología puede lograr la perfección necesaria. En el mismo sentido, proponen al hombre como una síntesis entre su naturaleza y la tecnología que lo rodea, viéndose a esta última

23 En línea: <<https://revistaderobots.com/inteligencia-artificial/que-es-la-inteligencia-artificial/>> Consultado el 27 de enero de 2020.

24 Fue un prominente informático (1927-2011) que recibió el premio Turing en 1971 por sus importantes contribuciones al estudio de la inteligencia artificial. En línea: <<http://jmc.stanford.edu/general/biography.html>> Consultado el 27 de enero de 2020.

25 Szljajen, F.; Inteligencia Artificial y Transhumanismo: falacias del humano exacerbado y desfondado en la tecnología, Revista de Filosofía de PUCRS. En línea <<http://dx.doi.org/10.15448/1984-6746.2020.1.36050>> Consultado el 7 de enero de 2021.

como algo imprescindible para su vida. Tal es este extremo que adoptan a la técnica como una segunda naturaleza, tan o más importante que la primera y originaria, por lo cual, existe un progresivo avance de ella sobre lo verdaderamente natural, es decir, lo que nos fue dado. Así también, no es difícil apreciar que paulatinamente la intención es ir sustituyendo lo natural por la selección artificial tecnológica.

Es de esta forma, que la mayoría de los transhumanistas, postulan que, tanto la biotecnología actual como la futura, es capaz de resolver los problemas existentes y transformar la naturaleza y el ente humano a un ritmo acelerado por medio del desarrollo artificial de una "superinteligencia motora", de una mayor longevidad e incluso una pretendida y alocada inmortalidad. Con este nivel de proyecto es que la intrusión alcanza a las Ciencias Médicas. Se esfuerzan en subordinar la esencia médica bajo el mando estricto de la tecnología Transhumanista, empeñándose en aplicar lo inaplicable: la presencia de una relación médico/paciente tecnológica en detrimento de una relación médico/enfermo vivencial y personal.

Por otra parte, la biotecnología sostenida por el movimiento Transhumanista, tiene como base una valoración ética que se sostiene en una creencia "ciega" a las máquinas. Esto lleva a suponer que, estas herramientas, por sí solas son capaces de solucionar todos los problemas del hombre y, que, por lo tanto, son siempre buenas desde la axiología y, que incluso, están por encima de las relaciones interhumanas sensibles y específicas. En este sentido, los transhumanistas, toman el cientificismo positivista como la única fuente del bien y lo separan de toda connotación moral sin interesarles el impacto negativo que pueden tener sobre la ecología y sobre las personas en particular.

Para ser más precisos, desde esta corriente, se pretende una reducción de la relación médico enfermo tradicional a cinco puntos esenciales que merecen una atención especial desde la Bioética. Ellos son:

- 1- Una plataforma de inteligencia artificial de análisis automático del discurso, que cuantifica síntomas, eventos y problemas de los pacientes.
- 2- La plataforma también da información de los efectos de los fármacos a través del tiempo y colabora con la adherencia al plan recetado.
- 3- Con esta información, por ejemplo, el psiquiatra puede observar cómo está evolucionando y actuar en caso que requiera una atención específica.
- 4- Esta herramienta es un soporte para el profesional, una ayuda para tener una base objetiva sobre la cual podrá llegar a sustentar una decisión diagnóstica.

5- Apunta a crecer en la medicina de precisión [...] al desarrollo de drogas más personalizadas ya que estas métricas pueden servir para predecir si una determinada droga va a hacer efecto o no en un paciente.

Como podemos observar, a partir del pensamiento Transhumanista, todo el sentido y la esencia misma de la relación médico enfermo de la tradición hipocrática pierde su sentido y sus valores morales originarios. No cabe duda, que el movimiento Transhumanista aplicado a esta relación particular llega a despersonalizar totalmente esa situación. En este sentido, vivimos inmersos en una tecnología que invade nuestras vidas con la ausencia radical de parámetros morales buenos, que trata de reemplazar la consulta médica por una aplicación "inteligente" del teléfono celular. No solo nos invade y nos dejamos invadir, sino que, le transferimos atributos inherentes de la potencia intelectual del hombre ("*inteligente*") al instrumento mecánico ("*teléfono inteligente*"). Esto es particularmente peligroso, porque le permite a los transhumanistas lograr un "optimismo tecnológico" que deriva en una confianza extrema en los nuevos aparatos, sin interesarles que, esta situación, conduce a la culminación de los valores y principios ético morales de carácter universal que se encarnan en la persona y no en la máquina.

Por este motivo, a pesar de todas las supuestas bondades de la Inteligencia Artificial, es evidente que nunca podrá reemplazar a los seres humanos. El humano es aquel que piensa, que es inteligente, que siente, que asiente, que rechaza, que es dueño de sus acciones (incluso de accionar o no la tecnología artificial) y de sus responsabilidades. Sin embargo, muchos transhumanistas lo tienen dentro de sus proyectos y esta situación nos plantea, como lo hemos dicho, numerosas cuestiones bioéticas. Uno de esos aspectos afectados se refiere a la relación médico paciente, la cual, se reduce a una situación de anestesia moral, afectiva e intelectual. Frente a ello nos preguntamos ¿es esto lícito?, ¿corresponde a la esencia médica o se aleja de ella?

Cuando María del Carmen Vidal y Benito dice que:

[...] cada época histórica tiene una particular forma de comprender el acto médico, la salud, la enfermedad y la relación médico paciente²⁶.

¿Significa que paulatinamente estamos abandonando a los seres humanos en reemplazo de este mecanicismo artificioso que hace naufragar toda relación interhumana junto a la insita riqueza que ella posee? Va de suyo, que no es novedad

26 Vidal y Benito, M.; La Relación Médico Paciente, 1° Edición, Editorial Lugar, Buenos Aires, 2010, p. 11.

ni escapa a nadie que existe una especial "facilidad y comodidad" de algunas empresas de medicina prepaga e instituciones hospitalarias que ofrecen a los pacientes, en detrimento de la valoración interpersonal de aquello que aqueja al enfermo, de esta modalidad. Frente a esta supuesta "*Inteligencia Artificial que brinda sus bondades y beneficios a la relación del médico con su enfermo*", Vidal y Benito, nos dice que el diálogo que se entabla entre el facultativo y su enfermo no es en absoluto sencillo y que en la información brindada al paciente hay que considerar a la persona que lo recibe (el enfermo), que oye o lee lo que se le provee, pero también escucha y entiende en función de lo que ya sabe, con una marcada influencia de variables como son la psicológica y la cultural²⁷. ¿Estamos seguros que esta complicada interrelación de médico y paciente puede ser evaluada por medio de la tecnología artificial como lo propone el Transhumanismo?

Debemos concientizar que, como parte constitutiva de la relación médico paciente se halla el proceso de "comunicación" que presenta determinadas características, que le son propias y que establece un correlato entre el "dato" que brinda el médico y el "dato" que recibe y entiende el paciente en relación a su padecimiento. Por ello la autora anteriormente citada dice que:

Se entiende entonces que la información en la relación médico paciente se intercambia mediante un proceso interactivo al que llamamos comunicación. [...] lo que se transmite debe ser significativo para que sea comprendido y valorado favorablemente o desfavorablemente²⁸.

Desde este punto de vista, nadie puede dejar de pensar, al menos en Medicina y particularmente en lo que se refiere a la relación médico paciente, que esto es posible por medio del *cyborg*²⁹. Jamás el médico y su paciente podrán relegar la riqueza del diálogo interhumano, como lo aseguraba toda la tradición hipocrática y como lo expresa Vidal y Benito, especialmente cuando uno de ellos es el portador de una enfermedad, situación que confiere una connotación especial, y que no responde en absoluto a la simple "cuantificación de síntomas, eventos y problemas de los pacientes". En el mismo sentido, tampoco se puede acceder a la posibilidad

27 *Ibidem*, p. 29.

28 *Ibidem*, p. 30.

29 El término *cyborg* fue acuñado en el año 1960 por Manfred Clynes y Nathan Kline, investigadores del Laboratorio de Simulación Dinámica de Rockland State y se creó para referirse a un ser humano mejorado en ambientes extraterrestres siendo transferido posteriormente al ámbito académico y de la biotecnología. Catuara Solarz, S.; *Cyborg. La fusión de mente y máquina*; Colección de Neurociencia y Psicología, Editorial Futuro, Buenos Aires, 2019, 1° Edición, p. 11.

de brindar información vía teléfono celular de "efectos farmacológicos" y, más aún, de considerar la "adherencia" de los pacientes, es decir el cumplimiento que esos enfermos tiene con la prescripción médica, como se pretende. Es indudable la intención manifiesta de que el diálogo entre el profesional y su paciente desaparezca, pero también más allá, se intenta conocer la evolución del enfermo simplemente bajo la excelencia de la programación informática. Lejos quedaría la base "objetiva" de la observación directa y el correspondiente examen médico personal llevado a cabo por el profesional de la salud. Cada ser humano es único e irrepetible y, por lo tanto, cada paciente también lo es, por lo cual, no es posible suplantarlos por algo mecánico y que se encuentra desprovisto del conocimiento de las singularidades de cada paciente.

En Medicina, *"no hay enfermedades sino enfermos"*.

De esta misma forma y remarcando la importancia del diálogo entre el médico y su paciente, Vidal y Benito sigue diciendo que:

El médico debe obtener la información necesaria del paciente para elaborar un diagnóstico lo más cierto posible y por ello hay que saber escuchar, saber preguntar, estar atento, verificar si el médico comprendió lo que el paciente le quiso decir y sabe explicar de tal forma que el que consulta pueda entender lo que se le está diciendo³⁰.

Por ese motivo, dicha comunicación se lleva a cabo con un trasfondo que nunca puede ni podrá ser accesible a la Inteligencia Artificial, ya que, se trata de *interacciones afectivas, expresadas verbal o no verbalmente como la simpatía, el agrado, el rechazo, fastidio, impaciencia, enojo, idealización, pena, omnipotencia [...] empatía, transferencia y contratransferencia*³¹.

Frente a este panorama desolador en la relación médico enfermo, la disciplina de la Bioética es un saber que brinda las herramientas necesarias para detener este avance que, como un mar bravío, realiza la biotecnología indiscriminadamente sobre el ser humano. Entonces, es a ella a quien le cabe la responsabilidad de gritar en lo alto esa presión insistente y avasallante que deforma y desnaturaliza su esencia entre el doliente y su médico.

30 Vidal y Benito, M.; La Relación Médico Paciente, Óp. Cit., p. 30.

31 Ibidem, p. 31.

Ahora bien, dicho esto, es necesario aclarar que no todas las corrientes bioéticas se encuentran comprometidas en evitar ese ataque desde una posición sólida, ya que, muchas de ellas, se interiorizan en la antropología y en la eticidad del ente humano, desde incidencias especiales, que las distancian de un anclaje moral firme. En este sentido, el Principialismo, tiene como centro los principios y no a la persona; tampoco la denominada Bioética de los Derechos Humanos, que a pesar de hablar de "Humanos" los aborda desde una perspectiva más política.

Va de suyo entonces, que la corriente Bioética Personalista Ontológicamente Fundamentada cumple con el requisito de advertir el peligro de esta intrusión, ya que, considera a la persona desde la visión antropológica y ética, cuando ella es sustentada por valores y principios universales estables que se amarran desde la luz natural de la razón en una visión integral del hombre y de su entorno. Es de esta manera, que se convierte en la voz destacada para detener ese recurso tecnológico que sacude a la persona del médico, del paciente y que no permite establecer la tan ansiada *confianza* de la que hablaba Laín Entralgo. Es por este sendero, como lo expresamos al inicio de este trabajo, que el Transhumanismo como eje en la relación médico paciente, transgrede formalmente no sólo los cánones hipocráticos, sino que anula los valores y principios morales del uno y del otro, negándose a erigir una sólida y eficaz comunión entre el profesional de la salud y su enfermo.

La Bioética Personalista Ontológicamente Fundamentada, como saber protagónico en este tema, tiene una responsabilidad mayor, ya que, aporta los pilares sólidos bajo un estatuto moral que se opone a la desnaturalización de la esencia de la relación humana. Así, desde la óptica ontológica, sostiene y vivifica la cualidad intrínseca de dos seres humanos que se interrelacionan, tanto físicamente como espiritualmente, en torno al padecimiento del segundo. Es en este sentido, que el Personalismo Ontológico valora y resguarda esa reciprocidad, que únicamente puede establecerse en un diálogo, verbal, custodiándolo para que se ofrezca en forma directa y sincera. Ella no permite el avasallamiento desde la tecnología aportada por la "inteligencia artificial" que, en definitiva, trata de reemplazarlo. En este sentido su fundador, Elio Sgreccia, ya consideraba que, si bien el progreso de la Medicina le debe mucho a la tecnología, este recurso comporta riesgos y, por lo tanto, requiere complementos correctores e integradores. En sus palabras:

[...] hay que tener presente lo que ha ocurrido en el campo de la evolución cultural de los pueblos: la invención de un instrumento no ha modificado solo las condiciones de ejecución del trabajo, sino que ha acabado por "inducir" una cultura automática, ha provocado una mentalidad y una cultura diferentes. [...]

De este modo, la utilización del medio técnico, en vez de aumentar el tiempo del que el médico dispone para dialogar y escuchar al paciente, lo reduce³².

Siguiendo este lineamiento, Sgreccia, denuncia otros riesgos éticos bajo lo que él llama "*creciente tentación de poder y de hacer*", ya que, el medio tecnológico puede permitir un "ensañamiento terapéutico" en la manipulación de la corporeidad humana. Con su sabiduría, expresa la incidencia en la relación médico paciente de la siguiente forma:

[...] cuanto más aumenta la utilización de medios y se afirma la mentalidad que acompaña su utilización, tanto más debe intensificarse y hacerse significativa la relación interpersonal entre médico y paciente; y esto no solo porque a veces también los medios pueden fallar, sino porque estos no manifiestan el fondo de la enfermedad ni, menos aún, hablan de la profundidad humana del enfermo³³.

En base a ello y en sus palabras, es entendida como una "fidelidad" y "subordinación" del profesional de la salud a los valores morales de la persona humana, que es su paciente. Es una alianza en la que el paciente tiene la obligación moral de cuidar su vida y su salud, mientras que, al médico, le corresponde prevenir o curar la enfermedad. En esta relación, el paciente siempre es la parte prioritaria y activa, ya que, el enfermo (o sus familiares) son los que se dirigen al médico. Esto, aclara Sgreccia, no significa que exista una invasión del paciente en las competencias del profesional de la salud, pero sí debe existir un compromiso de ambos en actuar éticamente. *Se trata, por esto, de un pacto entre personas en el que una es la responsable principal de la iniciativa y la otra es más competente en la forma de resolver el problema*³⁴. Con respecto al diálogo fecundo que se debe entablar entre el paciente y su médico, Sgreccia, refiere tres aspectos fundamentales y que deben, por lo tanto, siempre estar presentes. Ellos son: la finalidad informativa, la finalidad terapéutica y la finalidad decisoria³⁵. Por finalidad informativa entiende a todo el testimonio, dual e interpersonal, profundiza que se debe guardar el secreto y toda la información con la que deba contar el paciente en forma clara y precisa, la preparación técnica y psicológica del paciente y de ser necesario la del médico. Por finalidad terapéutica hace alusión a la palabra adecuada y justa enfocada a un marco psicológico dentro de un diálogo, que, muchas veces, hacen de terapia. Por último, la finalidad decisoria es entendida como el derecho

32 Sgreccia, E.; Manual de Bioética, Madrid, BAC, 4º Edición, Tomo I, 2017, p. 264.

33 Ibidem.

34 Ídem, p. 279.

35 Ídem, p. 281.

fundamental que el paciente tiene a decidir sobre su salud y, con esto, remarca la importancia del consentimiento informado.

En el mismo sentido, cuando profundiza la esencia ética de la relación médico paciente, deja sentado que su raíz está en la Medicina hipocrática, la cual, profundiza sus saberes en el beneficio al paciente, en hacer el bien, a pesar, de caer en el riesgo del denominado "paternalismo médico". Para el padre de la Bioética Personalista Ontológica, la fundamentación ética de la relación médico paciente se sustenta en el bien del paciente como el elemento objetivo, en el consentimiento del paciente como el elemento subjetivo y en el elemento jurídico como elemento social y garantía de legitimidad³⁶. Se reafirma de esta forma y a partir de su creador, que en la relación médico enfermo se deben tener en cuenta ambas moralidades (del médico y del paciente) aunadas a profundizar un diálogo y una comunicación que se convierten en el elemento indispensable que forjan una "confianza" sólida entre ellos y que busca el bien ontológico del enfermo³⁷.

Por ello postulamos con firmeza, desde esta visión, que de ninguna forma es aceptable un Transhumanismo que pretenda deshumanizar tal relación, necesaria para fomentar la construcción y la armonía que logren arribar a un diagnóstico y a un tratamiento con la finalidad de la recuperación de la salud perdida. Con esto no estamos diciendo que la tecnología que incluye y maneja la Inteligencia Artificial y el Transhumanismo sea totalmente perjudicial y negativa, ya que, existen diversos campos de acción, en los cuales, el beneficio es manifiesto. Nos referimos, por ejemplo, a los nuevos avances tecnológicos (métodos complementarios de diagnóstico) para el diagnóstico y tratamiento precoz de numerosas enfermedades, implantes para sustituir la funcionalidad de alguna parte del organismo, prótesis para corregir minusvalías, etc. Pero, intentar reemplazar la "consulta médica" por una de tipo estrictamente virtual no es admisible. En este sentido, darse la mano, escuchar, sonreír, etc., son prioritarias frente a cualquier intercambio de tipo "inteligente" que intente eliminar el trato personal y afectivo, entre el enfermo y su médico.

Como lo decíamos anteriormente, se torna imperioso un freno ético a esta verdadera invasión tecnológica que lleva a relacionar al paciente solo a través de máquinas que no hacen otra cosa que acentuar aún más la llamada "deshumanización de la medicina", situación que tanto nos aqueja y, que, en detrimento

36 Ídem, p. 285.

37 Ídem, p. 290.

del arte médico, observamos en muchos hospitales y consultorios médicos. Esto trae como consecuencia el envenenamiento del acto médico, que se reduce a meros procedimientos de carga de datos y de brindar respuestas de tipo signo sintomatológicas mecánicas, por desconocer la verdadera profundidad del paciente, que, en definitiva, es donde se manifiestan.

Nuevamente, como lo hace notar Vidal y Benito:

Estas habilidades descritas son algunas de las habilidades comunicacionales que se llevan a cabo en una entrevista, sobre un trasfondo de interacciones afectivas expresadas verbal y no verbalmente [...]³⁸.

Obsérvese, que este tipo de intercambio no es posible mediante la consulta informática desprovista de todas las características comunicacionales por estar inmersa en la frialdad tecnológica de los aparatos. Está demostrado, empíricamente, que en la práctica asistencial médica una comunicación pobre, entre el médico y su paciente, produce no solo fallas en la información brindada sino que aumenta la ansiedad y la incertidumbre e insatisfacción en el cuidado médico³⁹.

Nuevamente repetimos que, la Bioética Personalista Ontológica, por hacer blanco en la persona humana, se constituye en rectora de esa interrelación y la que alza su voz al abordar ambos mundos humanos. Logra evitar una verdadera sumisión de la persona en el mundo fabricado de la informática. Va de suyo, que la "tecnología" jamás podrá "entender" la dimensión de la enfermedad para el enfermo, ya que, esto se encuentra por fuera de la esfera de la "inteligencia artificial" y por ello nunca podrá acceder a la interioridad del sufriente.

CONCLUSIONES

Varias veces he dicho que el médico debe objetivar cognoscitivamente y operativamente la realidad del enfermo.

La Relación Médico Enfermo, Pedro Laín Entralgo

Luego de este breve relato de la relación médico paciente hipocrática y su pretendida reformulación por parte del Transhumanismo, nos permitimos pregun-

38 Vidal y Benito, M.; *La Relación Médico Paciente*, Óp. Cit., p. 31.

39 *Ibidem*, p. 31.

tarnos: ¿nos encontramos frente a una utopía o frente a una realidad que olvida la esencia humana en favor de la rentabilidad de entidades médicas?, ¿descartamos la relación médico enfermo presencial por una relación médico-máquina-enfermo?

Si como lo hace notar Lain Entralgo, la relación médico enfermo presenta tres condiciones básicas: saber ponerse en el lugar del otro, sentir como el enfermo y disponer a ayudar al enfermo cuando enfrenta las dificultades de salud⁴⁰, va de suyo, que ninguna de ellas se desarrolla en la consulta médica virtual, por lo cual, nos enfrentamos a una tecnología que se aparta de lo intrínseco de esa relación de confianza entre el médico y su paciente. La Inteligencia Artificial podrá seguir perfeccionándose, pero nunca será capaz de reemplazar a los seres humanos ni a todas las implicancias físicas y espirituales inmersas en ella, Nunca será humana ni tampoco superior a nosotros, por ello, en nuestro caso puntual, la relación que se establece entre el médico y el paciente nunca podrá ser sustituida. Desde la posición de Ortega y Gasset; el hombre es más que su biología, es también su alma y por eso jamás podrá suplantarse:

Ese fondo de vitalidad nutre todo el resto de nuestra persona, y como una savia animadora asciende a las cumbres de nuestro ser. No es posible, en ningún sentido, una personalidad vigorosa, de cualquier orden que sea, moral, científico, político, artístico, erótico, sin un abundante tesoro de esa energía vital acumulada en el subsuelo de nuestra intimidad y que he llamado "alma corporal"⁴¹.

Asistimos en la actualidad a un escenario en el que se trata de imponer una "*pseudo relación médico paciente*", mediante la aplicación de la Inteligencia Artificial, que no hace otra cosa que su efecto inverso: acentuar la distancia entre sus integrantes.

La Bioética Personalista Ontológica vislumbra los problemas bioéticos que esta situación plantea y por consiguiente la obliga a decir que:

- 1- Esta tecnología hace desaparecer la relación entre el médico y el enfermo con todas las implicancias que esto conlleva.
- 2- El riesgo que puede ocasionar que el paciente se entere antes que el profesional de los resultados de estudios médicos que pueden conducir a que el

40 Lain, E.; Óp. Cit., p. 37.

41 Ortega y Gasset, O., Obras Completas, Centro de Estudios Orteguitanos, Fundación Ortega y Gasset, Madrid, 2ª Edición, 2005, Tomo II, p. 574.

primero inicie acciones en forma precipitada (con las consecuencias que esto acarrea) sin el tamiz humano del médico.

3- También se debe prestar mucha atención ya que, en determinadas situaciones, el paciente puede saber antes que el profesional de que en su situación no hay expectativas de curación. Se conocen las terribles complicaciones que esto puede acarrear al enfermo si no existe un adecuado diálogo en la entrevista médica.

4- Se desnaturaliza la información médica que se debe brindar al paciente, ya que la misma, no proviene de un acto médico sino del frío e insensible dato de la Inteligencia Artificial.

5- Dentro del tema anterior, se plantea a menudo una problemática difícil debido a que no es posible "dosificar" ¿cuánta información necesita el paciente?, ¿quién lo determina?, ¿el médico, el paciente, la familia o la Inteligencia Artificial?

6- Ya que los datos médicos sobre el enfermo "viajan" por internet ¿es posible asegurarse la confidencialidad e intimidad del paciente?

Asistimos a una especie de "revolución tecnológica" dentro de la salud y es necesario, en forma imperiosa, una implementación más profunda y certera de la Bioética y del Humanismo médico que vayan a la par del desarrollo tecnológico, ya que, si actuamos en contrario, estaremos más cerca de la "conectividad de los teléfonos celulares y computadoras" que, de la cercanía física y espiritual con el enfermo, verdadero y eje fundamental de la Medicina como lo anunciaba Hipócrates.

Por eso, a juicio de Laín Entralgo:

Los progresos de la técnica, ¿nos llevarán a una Medicina en la cual sea inútil la relación directa entre el médico y el enfermo? No lo creo. Pienso que la disposición a la enfermedad y la enfermedad misma pertenecen por modo constitutivo a la condición humana, y por consiguiente a la existencia terrena del hombre, y tengo por seguro que, estando enfermo, el hombre necesitará casi siempre recurrir a la ayuda y asistencia del médico⁴².

¿Lo lograremos?

42 Laín Entralgo, P.; Óp. Cit., p. 492.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beca, J., Bioética Clínica, 1° Edición, Editorial Mediterránea, Chile, 2012.
2. Laín Entralgo, P., La Relación Médico Enfermo, 1° Edición, Madrid, Revista de Occidente, 1964.
3. Laín Entralgo, P.; La Medicina Hipocrática, 1° Edición, Madrid, Revista de Occidente, 1970.
4. Hipócrates, Tratados, Biblioteca Clásica Gredos, 1° Edición, Madrid, 1982.
5. Olivares Sanlés, M.; El Transhumanismo en 100 Preguntas, Nowtilus, 1° Edición, España, 2019.
6. Revista del diario La Nación, 22 de diciembre de 2019.
7. Vidal y Benito, M.; La Relación Médico Paciente, 1° Edición, Editorial Lugar, Buenos Aires, 2010.
8. Catuara Solarz, S.; Cyborg. La Fusión de Mente y *Máquina*; Colección de Neurociencia y Psicología, Editorial Futuro, Buenos Aires, 1° Edición.
9. Ortega y Gasset, O., Obras Completas, Centro de Estudios Orteguianos, Fundación Ortega y Gasset, Madrid, 2° Edición, 2005.
10. Sgreccia, E., Manual de Bioética, Madrid, BAC, 4° Edición, Tomo I, 2017.
11. Silva, H.R.; La Relación Médico paciente; Rev. Cubana Salud Pública v.32 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2006.
12. Semberoiz, A.; El Momento Ético. Sensibilidad Moral y Educación Médica, Buenos Aires, Ed. Biblos, 1° Edición, 2012.

BIOBANCOS Y PANDEMIA: EL LEGADO DE LAS VÍCTIMAS.

REFLEXIONES DESDE LA
BIOÉTICA Y LA SOLIDARIDAD

Fecha de recepción: 16/02/2021

Fecha de aceptación: 30/02/2021

Dra. Silvia J. Birnenbaum¹

Contacto: silvia.birnenbaum@gmail.com

- Coordinadora del Comité de Bioética - Hospital Francisco Santojanni, Argentina

Palabras clave

- Biobancos
- Bioética
- muestra biológica
- COVID-19
- Pandemia

Key words

- Biobanks
- Bioethics
- biological sample
- COVID-19
- Pandemic

1 Bioquímica clínica especialista en Inmunohematología y Banco de Sangre. (Ministerio de Salud de la Nación). Bioquímica del Servicio de Medicina Transfusional (Hospital Francisco Santojanni). Coordinadora del Comité de Bioética (Hospital Francisco Santojanni). Maestranda en Ética Biomédica (UCA). Profesora de dedicación especial del Instituto de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas (UCA). Secretaria de la Carrera de Bioquímica de la Facultad de Ciencias de la Salud (UK). Profesora Adjunta de Análisis clínicos (UK).

RESUMEN

En el escenario de la emergencia sanitaria por coronavirus, es fundamental la investigación en busca de soluciones para preservar y mejorar la vida de las personas. En relación a esto, adquieren una esencial relevancia las colecciones de muestras biológicas provenientes de personas infectadas por el virus, que asociadas a sus datos personales, sirven de sustento para avanzar en el conocimiento del Covid-19. Estas colecciones son obtenidas, procesadas y custodiadas en estructuras organizadas denominadas Biobancos. Los mismos son sostenidos por la solidaridad y el compromiso de la comunidad. Estos recursos demostraron ser valiosos instrumentos en la búsqueda de superar la crisis sanitaria. Sin embargo, asociados a ellos, se plantean cuestionamientos éticos que emergen en una realidad tan desconocida como el virus mismo. A través de las presentes reflexiones se pretende abarcar las cuestiones bioéticas derivadas de uso de estos recursos y su donación en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2.

ABSTRACT

In the scene of sanitary emergency due to coronavirus, it is fundamental the research to find solutions in order to preserve and improve people's life. In relation to this, the collections of biological samples from people infected with the virus, acquire an essential relevance that associated to personal data, serve as foundation to make progress in the knowledge of Covid-19. These collections are obtained, processed and guarded in organized structured called Biobanks. These are supported by the solidarity and commitment of the community. These resources proved to be valuable instruments in the search of overcoming the sanitary crisis. Nevertheless, associated to these, there are ethical questioning that emerge from such an unknown reality as the virus itself. By means of the following reflections, we pretend to address the bioethical issues derived from the use of these resources and its donation in the context of the SARS-CoV-2.

INTRODUCCIÓN

Los estudios biomédicos son un instrumento clave para mejorar la vida de las personas, y la investigación en seres humanos, es el camino que permite perfeccionar el diagnóstico y el tratamiento de diferentes enfermedades. Para desarrollar estas exploraciones, la materia prima necesaria, la constituyen las muestras biológicas² provenientes de seres humanos sanos y enfermos. Estas, componen un recurso clave en la investigación biológica³ ya que por medio de su análisis, se obtienen valiosos datos que pueden beneficiar a la humanidad en general, y a las personas enfermas en particular. Existe una gran necesidad de contar con óptimos especímenes biológicos para ensayos científicos. Los mismos, llevan aparejados múltiples cuestionamientos e incertidumbres éticas. Esto se debe a que, a través de la historia de las investigaciones en seres humanos, en diversas oportunidades, la reflexión moral de los actos científicos, no acompañó a la práctica experimental que se realizaba, y como consecuencia se produjeron actos deshumanizantes y abusos sobre los sujetos de investigación.⁴

Una forma de ofrecer seguridad y protección a las personas que donan su material biológico, es trabajar con este de manera controlada, bajo estrictos procedimientos operativos y con un marco normativo apropiado. Estas biomuestras donadas, se asocian a información personal de carácter confidencial, para luego ser organizadas y custodiadas en colecciones. Las organizaciones que las albergan se conocen como biobancos (BB). Son estructuras que involucran dentro de sus funciones básicas el recolectar, almacenar y distribuir alícuotas de material biológico que se encuentra asociado a datos personales de quien lo donó.⁵ Se los designa también como centros de recursos biológicos, biorepositorios o archivo de material biológico.

2 Se considera muestra biológica a cualquier material biológico de origen humano, células, tejidos, fluidos, fragmentos sub-celulares o moléculas como proteínas, susceptibles de conservación. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/muestra-biologica>.

3 Kauffmann F, Cambon-Thomsen A. Tracing biological collections: between books and clinical trials. *Jama*.2008;299:2316-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.299.19.2316>

4 Sierra X. Ética e investigación médica en humanos: perspectiva histórica [Ethics in medical research in humans: a historical perspective]. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102(6):395-401. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2011.03.016>. Epub 2011 May 24. PMID: 21605849.

5 Veloza Cabrera, LA, Wiesner Ceballos C, Serrano López ML, Peñaranda Correa NR, y Huertas Salgado A. Consideraciones éticas y legales de los biobancos para investigación. *Rev Colombiana de Bioética*. 2010;5(1): 121-41. Disponible en: <https://doi.org/10.18270/rcb.v5i1.1287>

La creación y utilización de BB demostró tener una gran importancia dentro del desarrollo e implementación de programas de experimentación ya que son estructuras de alto valor estratégico para esta actividad. El uso de especímenes provenientes de biorepositorios, supone tener en cuenta ciertos aspectos bioéticos, debido a que una muestra biológica debe considerarse parte de la persona, separada de la misma, por lo que debe ser respetada y cuidada en su integridad, independientemente de la circunstancia de haber sido extraída y almacenada. Estas organizaciones, deben ser reguladas, con el fin de garantizar la manipulación responsable para que se cumplan los criterios de amparo de las personas. Los centros de recursos biológicos son cada vez más reconocidos como activos primordiales en la investigación de enfermedades.^{6,7}

En la actualidad es habitual que, en departamentos diagnósticos, hospitales, universidades y centros de investigación exista un gran número de ejemplares biológicas humanas almacenadas, que fueron obtenidas con fines asistenciales, y cuya utilización podría ser relevante en un estudio. Sin embargo, adquiridos de esta manera no siempre cumplen con los criterios bioéticos de recolección y protección de las personas. Es importante recordar que toda exploración debe desarrollarse dentro de un marco legal⁸ y ético que respete el derecho a la intimidad de las personas que participan y que las mismas ofrezcan su consentimiento libre y correctamente informado, antes que se tomen las muestras y se compilen los datos.

Durante una emergencia sanitaria mundial por el nuevo coronavirus,⁹ la investigación científica toma un papel destacado. Debe dar respuesta a diversas cuestiones emergentes vinculadas con estudiar y conocer al agente infeccioso y encontrar terapias posibles para tratar a los pacientes, ofrecer vacunas confiables, y lograr un mejor conocimiento del origen, evolución y formas de controlar la

6 Miller G. Is pharma running out of brainy ideas? *Science*. 2010;329(5991):502-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1126/science.329.5991.502>. PMID: 20671165.

7 Paik, YK, y col. Standard Guidelines for the Chromosome-Centric Human Proteome Project. *Journal of Proteome Research*. 2012;11 (4), 2005-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1021/pr200824a>

8 Ejemplo de estas normas son: Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (UNESCO, 1997), Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina (Consejo de Europa, 1997), Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos (UNESCO, 2003), Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005), y Recomendación del Consejo de Europa sobre investigación con material biológico de origen humano (Consejo de Europa, 2006).

9 La epidemia mundial por el nuevo coronavirus, fue declarada por la OMS como emergencia de salud pública internacional, pandemia, el 30 de enero de 2020. Disponible en: <https://youtu.be/FkcRc5DnRt8>

propagación viral. Se trata de promover la investigación, no solo desde la perspectiva de su aplicación clínica y asistencial, sino también en el ámbito de la salud pública, estando ambas dimensiones estrechamente vinculadas.¹⁰ En este escenario, adquieren una esencial relevancia las colecciones de bioespecímenes, ya que las muestras biológicas de personas infectadas por el virus, junto con sus datos clínicos, pueden ayudar a los investigadores a seguir avanzando en el conocimiento del Covid-19.

1. LOS CENTROS DE RECURSOS BIOLÓGICOS HUMANOS

Un BB es una estructura organizada que funciona vinculada a una institución pública o privada. Se trata de un bioarchivo. Tiene como tarea principal el almacenar colecciones de especímenes de origen humano vinculadas con datos personales e información clínica y epidemiológica. Esta unidad desarrolla sus tareas de acuerdo a normas técnicas y jurídicas, con criterios de calidad, orden y utilidad.¹¹ Al tratarse de un centro sin fines comerciales, la generación de ingresos y la financiación básica puede provenir del apoyo gubernamental, industrial privado o de fundaciones, así como de actividades como prestación de servicios especializados, consultoría técnica, investigación, servicios de repositorio o dictado de cursos.

Si bien, la recolección y almacenamiento de material biológico humano con su información asociada, es un procedimiento histórico en medicina, el concepto de BB es reciente;¹² ya que se utilizó por primera vez en una publicación científica a fines del siglo pasado;¹³ y el establecimiento de los requerimientos de infraestructura y reglamentación rigurosas dio sus primeros pasos hace menos tiempo.¹⁴

10 Informe del Comité de Bioética de España sobre los requisitos ético-legales en la investigación con datos de salud y muestras biológicas en el marco de la pandemia de Covid-19. Madrid, 28 de abril de 2020.

11 Adaptado de las Recomendaciones para la organización y funcionamiento de Biobancos/Centros de Recursos Biológicos. Grupo Ad Hoc de Biobancos, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. República Argentina. (2012) Disponible en: <http://www.celulasmadre.mincyt.gob.ar/Documentos/Recomend-Biobancos.pdf>

12 Elger BS, Caplan AL. Consent and anonymization in research involving biobanks: differing terms and norms present serious barriers to an international framework. *EMBO Rep.* 2006;7(7):661-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/sj.embor.7400740>

13 Loft S, Poulsen HE. Cancer risk and oxidative DNA damage in man. *J Mol Med (Berl).* 1996;74(6):297-312. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/BF00207507>

14 Martín Arribas MC, Arias Díaz J. Biobancos y utilización de muestras de origen humano en investigación quirúrgica. Marco normativo actual. *Cirugía Española.* 2011; 89(4):207-12. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.07.014>.

La noción de BB también cambió con los años, ya que originalmente identificaba a los centros que almacenaban bioespecímenes de la población humana. En la actualidad, el vocablo se emplea con un sentido más amplio ya que pueden incluir muestras de otras especies.¹⁵ Sin embargo, independientemente del tipo de recursos custodiados, los BB cuentan con procedimientos y reglamentaciones diversas. Estas recomendaciones no afectan a instituciones que colectan bioespecímenes de origen humano, cuando los mismos se hayan obtenido y se utilicen exclusivamente con fines asistenciales, tanto terapéuticos como diagnósticos, o con objetivos diferentes a la investigación, como la docencia superior.

1.1. La necesidad de contar con BB

Los archivos de muestras biológicas actúan de nexo de unión entre donantes, fuentes de las mismas y los investigadores, con el propósito de asegurar un tratamiento seguro y eficaz de los insumos biológicos, favoreciendo el acceso a ejemplares de gran calidad.

Las colecciones de biomuestras son de calidad, magnitud y finalidades muy diversas. Es por esto que las aplicaciones de los BB son múltiples: algunos son creados prospectivamente para un proyecto de investigación específico; otros están conformados con muestras de intervenciones sanitarias que en el futuro podrían utilizarse en experimentación biomédica; bancos instituidos con propósitos forenses y de investigación criminal, asistenciales para el diagnóstico o terapéuticos como los bancos de tejidos. También existen centros de recursos biológicos poblacionales de acuerdo con decisiones gubernamentales, con objetivos de interés general, y otros con objetivos muy diferentes como buscar prevalencias de genes específicos en las comunidades, facilitar la búsqueda de marcadores moleculares de predisposición a enfermedades, investigar interacciones entre genes y factores medioambientales o descubrir blancos terapéuticos.¹⁶ Los BB de estudio de enfermedades que pretenden aumentar el conocimiento sobre los mecanismos y biomarcadores de una determinada patología como en el escenario de la pandemia

15 Hewitt, R, Watson, P. Defining Biobank. *Biopreservation and Biobanking J [Revista on-line]*, Inc.2013;11(5):309-15. Disponible en: <http://doi.org/10.1089/bio.2013.0042>

16 Un ejemplo en la República Argentina, es el Banco Nacional de Datos Genéticos creado en 1987, de acuerdo a la Ley 23.511. Funciona como biobanco de material genético y muestras biológicas de familiares de personas que han sido desaparecidas durante la última dictadura militar.

por SARS-CoV-2.¹⁷ Las utilidades de los BB eran imposibles de pronosticar hace unos años y aún es difícil predecir todo su potencial en la investigación futura debido a los avances tecnológicos que se suceden cada vez con mayor celeridad.¹⁸ Es por esto, que, desde los biorepositorios, se debe promover la experimentación de calidad, tendiente al bien común y a la promoción de la salud. Entendiendo que las muestras que custodian no son bienes comercializables, por lo que su actividad debe ser siempre sin fines de lucro.¹⁹ Estas entidades de almacenamiento, están aumentando en número e importancia, ya que poseen un gran potencial para avanzar en el conocimiento de la salud humana, las enfermedades y el tratamiento de las mismas.²⁰ El reclutamiento de donantes es vital para su éxito. Este debe realizarse en el marco del respeto a la persona y su dignidad.

1.2. Las muestras biológicas como un bien

Una muestra biológica constituye un depósito de información sobre las características orgánicas de la persona.²¹ Los tejidos, células, fluidos corporales, suero, plasma, ADN, glóbulos rojos y orina son útiles para la obtención de información. Todos se caracterizan por tener una doble naturaleza, por un lado, son elementos biológicos, y por el otro, son soporte de información y, aunque el ejemplar no es objeto de regulación de las normativas especiales sobre protección de datos, ni se la puede considerar un base de datos a estos efectos, sí lo son los registros que se obtienen de su análisis. En relación a estos últimos, existe una percepción social que la información biológica corresponde al tipo de información personal más sensible. Por una parte, puede tener características identificativas la persona del donante y, por otra, contiene información que pertenece al entorno familiar y, a veces, al comunitario, pudiendo llevar a un sentimiento de temor ante un posible

17 El Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus (ICTV), le otorgó oficialmente la identificación SARS-CoV-2, aunque es frecuente que se siga empleando el provisional 2019-nCoV. Disponible en: <https://talk.ictvonline.org/>

18 Vergès C, Sotomayor Saavedra M, Sorokin P, López Dávila L. Propuestas para "democratizar" los beneficios de los biobancos en América Latina. Revista Grafía. Universidad Autónoma de Colombia [Revista on-line]. 2015;12(2):50-2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26564/16926250.547>

19 De acuerdo al Convenio de Oviedo "*El cuerpo humano y sus partes, como tales, no deberán ser objeto de lucro*". Convenio para la protección de los Derechos Humanos y de la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y de la Medicina del Consejo de Europa, ETS n°164. Oviedo, 4 de abril de 1997. art. 21.

20 Hewitt R. Biobanking: the foundation of personalized medicine. Curr Opin Oncol. 2011 ;23(1):112-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/CCO.0b013e32834161b8>. PMID: 21076300.

21 Una muestra biológica puede albergar información sobre la dotación genética propia de una persona.

mal uso de esa información. Como consecuencia, se sostiene que la información debe merecer un tratamiento legal y medidas de protección excepcionales. No obstante, la información biológica, incluida la genética, forma parte del espectro completo de información sanitaria y no constituye como tal una categoría aparte: todos los datos médicos, requieren los mismos niveles de calidad y garantías de confidencialidad.^{22, 23}

En términos generales, es posible disponer de especímenes biológicos representativos de los distintos constituyentes de la función vital, por lo que las muestras deben ser obtenidas de acuerdo con el objetivo de ensayo específico y es por esto que se transforma en un bien valioso, un patrimonio a custodiar. Una vez realizado el análisis primario, éstas se deben almacenar adecuadamente para garantizar su conservación en condiciones apropiadas, de manera de asegurar que cada ejemplar pueda ser utilizado en una etapa posterior sin perder su integridad y manteniendo su valor intrínseco. Este sistema de almacenamiento permite contar con un importante potencial de información sobre enfermedades en la medida que aparezcan nuevos recursos de investigación, tecnologías y líneas de exploración, sin que se tenga que convocar a las personas para repetidas extracciones. Como consecuencia, cada vez se recolectan mayor cantidad de muestras. El almacenamiento masivo de bioespecímenes plantea retos técnicos, logísticos y bioéticos complejos; para permitir obtener resultados confiables, comparables y útiles. Un principio fundamental es asegurarles a quienes desinteresadamente contribuyeron con sus muestras o a sus familiares, que las mismas no serán desperdiciadas por problemas técnicos o administrativos.

1.3. Información reservada y preservada

El tipo de información guardada puede abarcar un espectro amplio: información demográfica, étnica, clínica, ambiental o genética. Con frecuencia los BB guardan más de un tipo de información.²⁴ En todos los casos la confidencialidad debe estar protegida y se deben ofrecer garantías de seguridad. El uso de informa-

22 Ley Nacional 25326/00, Protección de datos personales. República Argentina.

23 Ley Nacional 26529/09, Derechos de los pacientes en su relación con los profesionales y las instituciones de salud, modificada por la Ley 26742/12. República Argentina.

24 Resultados del primer relevamiento nacional sobre Biobancos. Comisión ad hoc en Biobancos. "Grupo de Trabajo Ad-hoc en Biobancos para Investigación" dentro de la Comisión Asesora en Terapias Celulares y Medicina Regenerativa del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. Diciembre de 2012. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/resultados-relevamiento.pdf>

ción personal, privada, o sensible puede atentar contra la intimidad, la privacidad y vulnerar la dignidad humana de individuos.²⁵ Es imprescindible que previo a la toma de las muestras, se cuente con un protocolo que indique el tipo de información que se va a solicitar, la manera en que se va a asociar a la muestra y detalle en procedimiento para sostener la cadena de custodia de ambos bienes, conocida como trazabilidad.²⁶ Se debe considerar la libertad de las personas de donar y disponer de su información personal, así como también el derecho a la intimidad, la confidencialidad de los datos, no solo para cumplir con la normativa vigente, sino para garantizar la protección de cada donante.

Existe un vínculo entre la identidad biológica y la dignidad humana. No es correcto obtener la información sin el conocimiento y consentimiento informado (CI) de los donantes, o aprovecharse de sus condiciones de vulnerabilidad física o intelectual para la recolección de antecedentes, ya que esto atenta contra la integridad persona. La manipulación y uso de los datos particulares puede constituir desconocimiento de la dignidad personal debido a que la identidad biológica es parte esencial y sensible de la identidad de donante. Sin embargo, es importante considerar que la información orgánica no equivale a la persona en sí misma. La persona humana siempre es más que su información.

Es fundamental asegurar la confidencialidad en el tratamiento de datos, así como en los procedimientos para su codificación. En todo momento debe prevalecer el profundo respeto hacia el ser humano y hacia la muestra, el respeto a la autonomía de la persona y el derecho a evitar la discriminación que podría resultar de la revelación de datos del donante o de su familia a terceros.

1.4. Seguridad de las muestras y protección de la persona

Todos los especímenes biológicos incluidos en un BB deben ser otorgados por las personas de manera libre. Se pueden identificar dos motivos por los que se justifica que la dación de muestras debe ser desinteresada: la primera de ellas es la convicción, que las partes constituyentes de una persona, no deben ser compradas

25 Sánchez-Romero JM., González-Buitrago JM. Biobancos, laboratorios clínicos e investigación biomédica. *Revista del Laboratorio Clínico*. 2010;3(4):201-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.labcli.2010.09.001>

26 Se trata de la capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo lo que está bajo consideración (ISO 9000:2005). En el caso concreto de muestras biológicas la trazabilidad de las mismas es la capacidad de asociar un material biológico determinado con información registrada referida a cada paso en la cadena de su obtención y custodia, así como a lo largo de todo el proceso de investigación hasta su disposición final.

ni vendidas, ya que el cuerpo humano no debe ser origen de ganancia económica, esto significaría tratar a las personas como objetos, vulnerando con ello el respeto a su personabilidad. La segunda razón, se justifica en que la persona que dona, entrega su muestra de modo voluntario, y retiene ciertos derechos respecto a la misma y su destino. El acto de donación de biomateriales para investigación, se rige por el mismo principio que la donación de órganos, tejidos y células: la solidaridad desinteresada y altruista. La persona ofrece un bien valioso para la ciencia y la sociedad,²⁷ sin aspirar a obtener un beneficio terapéutico individual. Tampoco se generan utilidades económicas, ya que esto desvirtuaría el acto de donación, transformándolo en una transacción comercial. Se debe garantizar el respeto a los derechos y libertades fundamentales, protección de la dignidad e identidad del donante y de sus datos personales.²⁸ De este modo, no deberían ser dadas a conocer, ni puestos a disposición de terceros, salvo por una razón importante de interés público y con consentimiento de la persona. En el acontecimiento de la pandemia, el interés público es evidente.²⁹ Sin embargo, se debe proteger a la persona de manera integral. Para garantizar esto, existen dos modos de preservar la intimidad. En ambas, las muestras deben ser almacenadas con códigos únicos, adoptándose diferentes grados de identificación. Depende el nivel de codificación y anonimato se pueden considerar identificables o no identificables. La elección de un código apropiado, es crítica para la correcta y precisa individualización, clasificación, ubicación y manejo del espécimen. Este procedimiento es esencial para salvaguardar la dignidad e intimidad del donante por encima del interés de la sociedad o de la ciencia. Las muestras identificables son aquellas que poseen un código único que las vincula con la información personal del donante. El investigador puede tener acceso al mismo y puede relacionar el contenido de la base de datos con lo obtenido en la investigación directamente. Para que algunos ensayos sean más efectivos, puede ser necesario contactar a los dadores, tanto para recabar nueva información como para vincularla a otros registros. En esta situación, mantener las muestras asociadas a datos particulares de salud, obliga a garantizar el máximo de protección a fin de salvaguardar la confidencialidad de las personas. Una forma de ofrecer mayor protección se logra cuando los datos se encuentran

27 El Comité Internacional de Bioética (IBC) de la UNESCO señaló en su Informe sobre Big Data en salud de 2017, que el Big Data puede considerarse un bien común de la humanidad.

28 Ficha de Consentimiento informado para la donación voluntaria de muestras biológicas para investigación. Biobanco para la Investigación Biomédica y en Salud Pública de la Comunidad Valenciana (Biobanco IBSP-CV) Disponible en: http://grupos.fisabio.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=db-5d75cf-c349-4161-aceb-519d193c72a7&groupId=44655

29 Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, de la UNESCO, art. 14.

en bajo la custodia del BB y el investigador deba solicitarlos formalmente para acceder a ellos. Esta última manera otorga un amparo adicional a la confidencialidad del donante. Este proceso de protección de datos siempre debe someterse a la evaluación del Comité de Ética de la Investigación (CEI) interviniente. En la custodia del donante siempre se debe tener presente que prima un deber de protección, sobre la posibilidad de obtener conocimientos valiosos.³⁰ El criterio general a seguir para esto, es el del riesgo mínimo, entendiendo por tal, aquel que asume cualquier persona en su vida y actividades cotidianas o mediante la implementación del cuidado sanitario estándar. Este riesgo mínimo debe ser evaluado por un CEI con toda la información disponible y valorando las circunstancias en la que se realiza la investigación.

En la situación de pandemia un tipo de muestras muy útiles son las no identificables. Estas se encuentran totalmente desvinculadas de los datos personales, pero no de los datos de interés para el ensayo, y son completamente anónimas. No conservan ninguna relación con la identidad de la persona fuente de la misma. Este tipo de material plantea menos problemas éticos para cierto tipo de estudios, como la investigación epidemiológica. Aún en esta circunstancia de anonimato, se debe tener presente al respeto hacia la persona que se manifiesta en no utilizar una parte de su cuerpo sin su anuencia y ni desperdiciar las muestras ya que las mismas son del dador y los profesionales solo las custodian. En este sentido, las colecciones solo se deben utilizar con un fin válido, en condiciones adecuadas, con competencia profesional, explicar al donante lo que se propone realizar y pedirle autorización mediante el proceso de su CI.

El BB debe contar con el asesoramiento del comité en busca de garantizar el cumplimiento de los principios éticos que se aplican a la investigación biomédica con muestras de origen humano, así como del uso que se haga con ellas. Es por esto que la creación de un centro de recursos biológicos debe estar supervisada por un CEI. El objetivo final será asegurar, desde una actuación independiente, el respeto a las pautas éticas y la gestión responsable de las muestras y las bases de datos de material biológico humano y la transmisión de información completa y veraz a la comunidad. Debe evaluar y certificar los procedimientos que se realizan en el mismo, efectuar la aprobación de las solicitudes de los investigadores para acceder a los recursos, llevar a cabo el seguimiento de los proyectos realizados

30 Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMA). Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Disponible en: www.wma.net/en/30publications/10_policies/b3/index.htm

con biospecímenes y antecedentes, y controlar el acceso a los datos asociados, incluyendo los que permiten identificar a las personas. Su independencia y autoridad moral son elementos imprescindibles para asegurar la calidad ética de estas actividades y su impacto en la sociedad.

1.5. El consentimiento informado

La incorporación de una muestra a un BB se llevará a cabo con el CI, libre, voluntario, expreso, específico y documentado de las personas participantes. Este es un paso indispensable en la búsqueda de respetar la libertad de las personas.

El donante o su representante legal, deben ser informados acerca de los biomateriales que se desea almacenar y los datos que se espera registrar. Esta información deberá suministrarse individualmente, ser específica de cada investigación y adaptada a la capacidad de comprensión de la persona y a sus características culturales. Los donantes pueden tener inquietudes morales, religiosas y culturales sobre el uso que se les da a sus especímenes, lo que puede afectar su disposición a dar su consentimiento.³¹ Al momento de otorgar su CI muchos dadores desean conocer no solo la finalidad y uso de sus muestras, sino datos concretos sobre los investigadores que harán uso de las mismas, como sus creencias o sus valores.³² Esto puede influir a la hora de efectuar la donación biológica.

El proceso de obtención del CI requiere que se brinde información completa, específica, adaptada y útil, que la persona comprenda las nociones explicadas y pueda consentir. El investigador debe asegurarse que el donante entendió la información suministrada antes que otorgue el CI. Es importante que esté al tanto que conserva sus derechos sobre las muestras y sus datos, que se garantiza la confidencialidad en el manejo de las mismas y que los proyectos en los que intervengan sus daciones serán evaluados y aprobados por un CEI independiente. El documento que acompaña el proceso de CI debe incluir la finalidad y objetivos del proyecto de investigación y del BB, el procedimiento y los riesgos asociados a la toma de muestras, el tiempo del almacenamiento de la misma, la información que

31 Tomlinson T, Kaplowitz SA, Faulkner M. Do people care what's done with their biobanked samples? *IRB*. 2014;36(4):8-15. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/264038416_Tomlinson_T_Kaplowitz_S_Faulkner_M_Do_People_Care_What's_Done_with_Their_Biobanked_Tissue_IRB_3648-15

32 Gornick MC, Ryan KA, Kim SY. Impact of non-welfare interests on willingness to donate to biobanks: an experimental survey. *J Empir Res Hum Res Ethics*. 2014;9(4):22-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1556264614544277>

se van a registrar en la base de datos, los derechos asociados y las garantías para el mantenimiento de la confidencialidad y consignar que el proyecto fue evaluado y aprobado por un CEI. Los derechos que emanan de la donación de muestras a un biorepositorio incluyen el derecho de la persona para expresar sus deseos en relación a usos futuros de los bioespecímenes o los datos, a revocar el CI en cualquier momento; a decidir si desea o no recibir información de los resultados del ensayo y a solicitar que se retire o se destruya su muestra.

Es claro que es obligatorio contar con el CI del donante tanto para participar en la estudio, para la incorporación de muestras al BB y para su utilización posterior en investigación.^{33,34} Cuanto mejor informados estén los ciudadanos, más independiente y libre será su decisión de participar o no en un ensayo. Sin embargo muchos son los interrogantes asociados ya que algunos investigadores consideran que es necesario un único CI prospectivo, mientras que otros, sostienen que las personas deben dar su CI para cada nuevo proyecto de investigación, en el momento en que se propone el estudio.³⁵ Esto requiere re-contactar y re-consentir la cesión de la muestra y datos para cada proyecto, implica molestias y obstáculos que podrían demorar el inicio de un protocolo.³⁶ Es por esto, que en relación a los BB, el consentimiento específico no parece adecuado frente a la posibilidad de contar con CI con mayor amplitud. Coexisten diferentes tipos de modelos para repositorios: el CI completamente genérico, el CI de régimen intermedio y flexible y el CI delegado en los CEI.³⁷ No deberían incorporarse a ningún centro de recursos biológicos muestras sin CI del donante ya que esto no respeta la normativa vigente y tampoco es moralmente aceptable.

El CI genérico, se considera un CI en blanco para la utilización de bioespecímenes recogidos prospectivamente y que mantengan su codificación en investiga-

33 Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos de UNESCO, art. 8; 2003.

34 Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, art. 32. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

35 Wendler D. One-time general consent for research on biological samples. *BMJ*.2006;332(7540):544-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7540.544>

36 Serrano-Díaz N, Guío-Mahecha E, Páez-Leal MC. Consentimiento Informado para Biobancos: Un debate ético abierto. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud* [Internet]. 2016;48(2):246-256. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343845607012>

37 Sánchez D, Carracedo M, Abraham D. Consentimiento informado en Biobancos y Bases de Datos. *An Facultad Med (Univ Repúb Urug)* [Internet]. 2017 [citado 1 de febrero de 2021]; 40:31-6. Disponible en: <http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/312>

ciones futuras para fines de investigación que supone un beneficio para la sociedad, entendiendo que contactar nuevamente a los donantes supone una carga de trabajo excesiva o una financiación adicional. El CI otorgado puede ser extensible para investigaciones futuras, con finalidades compatibles con aquellas del proyecto para las que fueron recogidas. Es por esto que los investigadores deben ofrecer al donante la posibilidad de elegir respecto al uso posterior de su dación. Las opciones son variadas y todas deben ser explicadas con claridad y sencillez para que comprenda y evalúe el tipo de permiso que quiere conceder para que se investigue con su material e información. Se puede dar la opción de rehusar el CI para usos secundarios, permitir cualquier uso solo si la muestra se deja irreversiblemente anonimizada; permitir sólo la investigación relativa a cierta enfermedad o un grupo de entidades; consentir en la conservación de la muestra, pero con la condición que si fuera utilizada en otro proyecto se solicitará de nuevo un consentimiento específico; o dando opción de otorgar un permiso genérico para la utilización del material. La propuesta de un CI dinámico, podría aprovechar las herramientas digitales y fomentar una comunicación continua entre quien dona y el establecimiento, minimizando las tensiones entre la especificidad del documento, la libertad del donante y las prácticas de investigación, que beneficiará al conjunto de la sociedad. No obstante, se podría cuestionar la viabilidad de incorporarlo en la práctica a corto plazo.

Eximir a los profesionales de realizar el proceso de consentimiento en la situación de pandemia, genera la sospecha acerca de las excepciones a las exigencias tradicionales del CI, ya que existe cierto riesgo de caer en una pendiente resbaladiza en la que garantías éticas terminen por desaparecer. Para evitar esto es necesario contar con un concepto más completo de la libertad de las personas, que no se reduzca simplemente a cumplir con el requerimiento del CI en un momento puntual de la investigación. La intención de flexibilizar el proceso respecto al CI tiene por objetivo propiciar la fluidez de los mecanismos para facilitar el acceso y la utilización de materias primas contenidas en grandes bancos. Sin embargo, desde la perspectiva de la protección integral de la persona junto con esta oportunidad, también aparecen los riesgos asociados a los derechos de las personas y su resguardo.

2. BIOBANCOS Y COVID-19

Al tratarse de una enfermedad infecciosa producida por una novedad biológica, se conoce poco sobre su evolución. Avanzar en la investigación, es la única solución para abordar y controlar la neumonía por coronavirus de manera defi-

nitiva. La información clínica y las muestras de seguimiento recopiladas en BB, permiten afrontar estudios sobre su comportamiento, posibles efectos y secuelas en el mediano y largo plazo. Estos especímenes son el reflejo del estado fisiológico del paciente, ya que contienen biomarcadores útiles para conocer el estado funcional de los órganos afectados por el virus y su evolución. Por tanto, son clave para saber más sobre Covid-19.

2.1. La oportunidad en tiempos de crisis

Para estudio de SARS-CoV-2, las muestras de elección son mayoritariamente suero, exudados nasofaríngeos, sangre, plasma y leucocitos, además de orina o heces.³⁸ Proceden de pacientes infectados con diferentes estadios de gravedad de la enfermedad hasta fallecidos. Es fundamental recolectar muestras representativas de personas con enfermedad grave, moderada o incluso personas infectadas que sean sintomáticos no institucionalizados, asintomáticos o con cuadro clínico compatible con Covid-19 sin pruebas confirmatorias de laboratorio. También incluyen muestras de personas recolectadas previo a la pandemia, no han tenido contacto con el agente para ser utilizados como controles sanos. Estos últimos son de gran importancia para los protocolos de investigación y solo se pueden incluir si se cuenta con CI amplio, se contacta al donante especialmente o se solicita la autorización de un CEI. Es sustancial disponer de estos materiales en diferentes momentos de la evolución clínica de la enfermedad, ya que permitirá abordar proyectos para conocer las posibles secuelas de esta nueva entidad. Estos ejemplares biológicos constituyen una materia prima fundamental que permitirá conocer mejor las particularidades del SARS-CoV-2 y la forma de tratarlo. Pueden ser muy útiles, por ejemplo, en investigaciones sobre la prevalencia de la infección en subpoblaciones determinadas, para estudiar las mutaciones que ha desarrollado el virus o las diferencias biológicas pueden hacer a una persona o población más susceptible a la infección. Considerando que la presentación clínica de Covid-19 varía de un paciente a otro, comprender la susceptibilidad genética individual a la enfermedad es vital para el pronóstico, prevención y desarrollo de novedosos tratamientos.³⁹

38 Wang W, Xu Y, Gao R, et al. Detection of SARS-CoV-2 in different types of clinical specimens. *Jama*. 2020;323(18):1843-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3786>

39 Ejemplos de esto son los proyectos "Genoma Personal" de la Universidad de Harvard que busca identificar las variantes de ADN protectoras o susceptibles al SARS-CoV-19 y el proyecto "GEN-COVID", conformada por una red de más de 20 hospitales italianos dirigida por Universidad de Siena. La red busca desarrollar un enfoque basado en la genética para comprender la variabilidad clínica del Covid-19, identificar la causa genética de la misma en búsqueda de mejorar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento personalizado.

En el marco de una investigación científica fuera de la emergencia sanitaria, las muestras ya están almacenadas en el BB al iniciarse la misma, y por tanto no se recogen ni se almacenan nuevas muestras prospectivamente. Sin embargo, frente al contexto de pandemia, no se contaba al inicio de las investigaciones con estos elementos almacenados, por lo que rápidamente surgieron convocatorias a donantes en los diferentes países. Se almacenaron estos recursos en espacios separados, considerando su alta contagiosidad de acuerdo a los conocimientos empíricos. También en diferentes instituciones del mundo se generaron nuevos BB específicos para estas investigaciones a partir de la crisis sanitaria.

El trabajo desarrollado en este contexto en un biorepositorio permite a la comunidad científica, nacional e internacional, utilizar las muestras en los proyectos que buscan comprender mejor los diferentes aspectos de esta pandemia. Durante la emergencia por SARS-CoV-2 existe una real oportunidad de recolectar bioespecímenes que es probable que a futuro no sean posibles de encontrar en cantidad y variedad. Las mismas deben conservarse⁴⁰ de manera de poder ser compartidas con aquellos investigadores que posean proyectos coherentes, siempre que sea aprobado por un CEI. Para esto es fundamental su conservación ya que la investigación científica **requiere reproducibilidad** y los experimentos realizados por un grupo de investigadores deben poder replicarse en otro ámbito. La confiabilidad de los elementos biológicos es tan importante como la pureza de los reactivos químicos y la precisión del equipo utilizado. La disponibilidad de recursos conocidos y validados con precisión son esenciales para los ensayos. Los BB deben garantizar que la comunidad científica tenga acceso a productos **óptimos** ya que conforman una herramienta única, oportuna y esencial para futuros desarrollos, como el estudio de marcadores de progresión de la enfermedad, la creación de pruebas de diagnóstico, estudios de prevalencia y patogenia. El BB vincula a la población enferma y recuperada de Covid-19 con los investigadores en un marco de confianza, respeto y calidad, y ofrece la posibilidad de estudiar al virus en muchos niveles.

40 Los bioespecímenes se conservan congelados en ultrafreezer a 80 grados bajo cero, si se trata de muestras de plasma y suero, y en tanques criogénicos con hidrógeno líquido entre 150 y 180 grados bajo cero si son células que contienen SARS-CoV-2, el virus que provoca la enfermedad de Covid-19.

2.2. La necesidad de investigar en el contexto de pandemia

Aunque a menudo los BB operan en segundo plano, jugando un papel crítico la investigación de enfermedades, la utilización de muestras de donantes está a la vanguardia de la emergencia actual por Covid-19. Para investigar en torno al coronavirus, es importante que los BB tengan cantidad suficiente de insumos, y además posean representatividad de la variedad en las respuestas de las personas frente al mismo agente infeccioso. No existe otro camino para avanzar en el conocimiento de esta nueva entidad. Deben considerarse los impactos potenciales de la investigación propuesta y beneficios para la salud pública. Al mismo tiempo, todos los protocolos deben contar con la aprobación ética otorgando especial atención a las disposiciones para la protección de la confidencialidad y seguridad de las personas. El experto receptor de los bioespecímenes tiene la obligación y el compromiso de utilizarlas **sólo en el protocolo aprobado por el CEI**. Sin embargo, frente a la incertidumbre existente, debido a la real urgencia de generar conocimiento velozmente, se refuerza la necesidad de auditar el uso de las mismas, por parte de los comités, buscando para proteger la voluntad de los donantes y respetar sus decisiones.

Cuando se busca experimentar con muestras de personas en estado de vulnerabilidad, incapaces para dar su CI, como algunas con cuadros severos de Covid-19, se debe considerar que la misma tenga como objetivo contribuir a incrementar el conocimiento científico de la enfermedad y la obtención de resultados pudiera proporcionar beneficios para otros pacientes en la misma situación. Siempre que dichos conocimientos no pudieran ser obtenidos a través de las donaciones de otras personas capaces de consentir. No corresponde utilizar estas muestras para replicar ensayos o malgastar tiempo y recursos en investigaciones que no aporten nuevos saberes ya obtenidos. En situaciones de emergencia, cuando el CI previo del donante no es posible, se debe buscar el consentimiento de su representante legal aceptable. Si este no está disponible, los procedimientos de reclutamiento deben describirse en el protocolo del BB y deben implicar la participación de un testigo imparcial. Otra situación que puede desarrollarse, es la posibilidad de extracción de material biológico de una persona fallecida. También en este caso, debe tenerse en cuenta el CI previo o, en su defecto, el de sus familiares o representantes. Los familiares deben conocer qué clase de muestra se va a conservar, la manera en que se va a custodiar y el tipo de investigaciones en la que se postula utilizar. No es correcto obtener muestras de una persona fallecida si se sabe que la misma en vida no consentía la práctica. Por lo tanto, todas estas consideraciones deben ser sistemáticamente valoradas tanto por los profesionales del BB, como por los investigadores y los CEI a la hora de confeccionar los protocolos,

procedimientos de trabajo y procesos de CI correspondientes, en consideración especialmente de no generar un daño.

Es importante que desde los Estados se apoye la creación y sostenimiento de los BB como una parte esencial de la planificación de la emergencia por Covid-19. En este contexto se puede inclusive, autorizar un enfoque en dos etapas para dar el CI para futuros usos de datos y muestras en investigación. Esto permitiría discusiones sobre qué enfoque podría ser aceptable para compartir los recursos, a nivel individual y comunitario en una etapa posterior. Los beneficios derivados de la participación de los BB en el estudio de Covid-19 son múltiples. Los investigadores obtienen muestras con criterios de calidad y orden que permiten la realización adecuada de estudios y les proporciona un marco que sirve de instrumento para la investigación cooperativa multicéntrica, multidisciplinar e intersectorial.

2.3. El intercambio de recursos de investigación: Los datos y las muestras biológicas

En la emergencia sanitaria, diferentes organizaciones internacionales recomiendan que las muestras deben estar disponibles para la comunidad científica en general y resaltan el beneficio de esta colaboración. Es aceptable desde una mirada ética, compartir estos materiales siempre que el comité interviniente apruebe cualquier transferencia de especímenes a terceras partes. Considerando que el valor de una colección de bioespecímenes es proporcional a la cantidad y calidad de las muestras y de la información asociada, y sus mayores beneficios se alcanzarán a través de la investigación cooperativa de alta calidad. Por lo tanto, es un imperativo ético promover el acceso e intercambio de información siempre y cuando la confidencialidad esté protegida.

Compartir estos bienes entre grupos de investigación, o para fines de exploración adicionales, puede ayudar a maximizar los beneficios de la pesquisa y, al hacerlo, ayudar a reducir el sufrimiento de las personas afectadas por el virus. Sin embargo, también puede plantear inquietudes sobre posibles daños, particularmente en el entorno de la pandemia, donde las reglas y procedimientos normales pueden no estar funcionando de manera efectiva. Los sistemas utilizados para compartir datos y muestras siempre deben ser justos, transparentes y confiables, para minimizar los problemas éticos relacionados con los mismos y con su uso. Esto se debe en parte a que las muestras son un recurso agotable, lo que plantea cuestiones de priorización del acceso para maximizar su rendimiento. Al mismo tiempo es importante reconocer los significados sociales y culturales de algunos

tipos de muestra, particularmente de sangre. Las personas a las que se les pide que sean fuente de donación, y las comunidades de donde provienen, tienen interés en cómo se usan esos recursos en la experimentación actual y en el futuro. Para esto, los equipos de investigación deben poder justificar ante los representantes de las poblaciones afectadas por la pandemia, que las propuestas para usos de sus datos y muestras son justas. Para esto se deben desarrollar sistemas de garantía, como enfoques apropiados para el CI local y cultural, para usos futuros, entendiendo que estos pueden variar en diferentes partes del mundo y al mismo tiempo, establecer las pautas para decidir qué tipo de investigación se puede hacer y qué investigadores deberían tener prioridad de acceso a las muestras.

Los arreglos de colaboración deben ser equitativos y responsables. El intercambio equilibrado requiere sistemas que brinden a los investigadores que trabajan en entornos de bajos ingresos, las mismas oportunidades que a aquellos con altos recursos, para beneficiarse del acceso a los datos y las muestras que han adquirido. La distribución responsable, se basa en garantizar que los bienes, una vez compartidos, se utilicen con un objetivo conocido y aceptado, y con el objetivo claro de ayudar a reducir la incertidumbre acerca del Covid-19. Los criterios de cesión de las muestras a terceros deberán establecerse en detalle en el CI. Tanto el investigador principal como la institución, son responsables de la custodia de los recursos biológicos y de la protección de los intereses de las personas, por lo que deben instaurar una política global de cesión de las muestras sólo cuando el investigador solicitante, presente un proyecto de investigación aprobado por un CEI, y el propio comité institucional al que pertenece el BB a su vez lo apruebe, ya que este, es garante de velar por la calidad de las muestras y los derechos de los donantes. Para esto los biorepositorios deben contar con una estructura de gobernanza y procedimientos operativos que aseguren el cumplimiento de los aspectos éticos.⁴¹

3. BB Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

El papel de las comunidades para superar la pandemia COVID-19 resulta esencial, ya que se relaciona con valores que promueven el bien común, la solidaridad, el altruismo y la cooperación. La acción colectiva en busca de promover gestiones reales para superar la crisis, surge de la necesidad humana de sostener la esperan-

41 Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2018/01/CIOMS-EthicalGuideline_SP_WEB.pdf

za. Si bien, pueden existir tensiones entre el beneficio particular y el comunitario, la libertad individual y la seguridad pública, debe entenderse que ninguna persona, enferma o convaleciente está obligada a colaborar con sus datos o su cuerpo, para la superación de la emergencia sanitaria. Este mensaje debe ser transmitido con claridad y firmeza desde las instituciones científicas, sanitarias y el Estado. No debe existir coacción para que los ciudadanos que estuvieron en contacto con el patógeno se conviertan en donantes para un BB. Ningún integrante de la comunidad tiene el compromiso moral de participar en ensayos si no desea libremente colaborar.

Como nunca antes en la historia de la humanidad, las personas atendieron al cuidado de la salud de los otros, asumiendo la responsabilidad individual por la salud comunitaria y actuando en consecuencia. Este escenario novedoso, junto con el contexto crítico, requieren de manera imperiosa que la bioética sea el marco que contenga y acompañe las intervenciones sobre las personas, sus muestras, sus datos y su utilización. El consenso universal justifica la realización de investigaciones en situación de emergencia, pero los estándares éticos no deben reducirse para proteger a sociedades en general y a los donantes en especial.

3.1. Subsidiaridad en tiempos de pandemia

En el entorno de la epidemia global, la subsidiaridad surge como un valor no como una simple necesidad. Permite la superación del individualismo, transformándose en una herramienta de supervivencia y de cohesión. Es el instrumento clave con el que cuenta la población mundial para vencer esta catástrofe. El prójimo no es solamente otro ser humano, es la humanidad misma. Este concepto que invoca protección, responsabilidad, entrega, amor y relaciones de compromiso mutuo, de dar y de recibir e invita a actuar más allá de la caridad y las buenas acciones. Se basa en un acto de voluntad que lleva a todos a obrar bajo un principio: el bien común. Colaborar con un BB, disminuye las desigualdades en salud tanto presentes como futuras. La solidaridad estimula a donar vida y esperanza. Este modelo particular, supera la acción de facilitar un bien biológico a una o varias personas. Excede inclusive a una comunidad o una generación ya que lleva implícita la ilusión de patrocinar para un futuro de oportunidades. Se trata de un ejemplo especial de subsidiaridad, la que se manifiesta en tiempos de crisis. Esta, excede la noción de contar con el otro, supera el egoísmo de dar, ya que tiene como fin el mejorar la vida de los otros, de los sanos, los próximos enfermos y los futuros necesitados. Invita a participar de investigaciones en las que no se beneficia quien dona, ni siquiera se conoce si existe un posible beneficio. La subsidiaridad no dirige un acto hacia una o varias personas, sino hacia la humanidad

entera. Es válida siempre que se realice en el marco de la libertad, bajo el cuidado del donante y la protección de su persona y los bienes donados.

El bien compartido por parte de una persona enferma o recuperada de Covid-19, es valioso en sí mismo; involucra más que dar, más que conservar, más que colaborar. Genera un camino de posibilidades y conocimiento, tanto técnico como científico, ya que mejora la comprensión, la prevención, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; en este sentido, es beneficiosa para el conjunto de todos los hombres. Para esto, la colaboración solidaria de los donantes es indispensable. Ellos, con su gesto altruista, contribuyen a la investigación biomédica y, por consiguiente, a la mejora de la calidad asistencial.

El número de biorepositorios vinculados con Covid-19 se incrementó intensamente durante la pandemia. Esto solo fue posible por la gran cantidad de muestras donadas. Se puso de manifiesto que las personas y las comunidades son conscientes y quieren formar parte de la estrategia para generar nuevos conocimiento y soluciones para controlar la propagación de este agente.

3.2. Retorno de beneficios a la comunidad

Los BB tienen importancia para el fortalecimiento de una cultura de investigación de calidad, seria y sostenida en el tiempo, que redunde en el desarrollo de la ciencia en particular y de la sociedad en general. Los beneficios derivados de los ensayos con muestras biológicas tienen como objetivo final preservar y mejorar la vida de las personas y de la comunidad.⁴² Por tanto, debe asegurarse el aprovechamiento de los logros alcanzados y la disposición compartida de los beneficios, como ocurre con muchas investigaciones, en particular en el campo de la genética.⁴³ El retorno de beneficios a la comunidad se basa en los principios de equidad y justicia.

Los nuevos conocimientos constituyen un bien que, como parte del compromiso, debe ser compartido y debe contribuir a la humanidad en su conjunto, por esto los resultados deben ser anunciados, analizados críticamente y apoyados por la documentación adecuada. El valor de estos capitales biológicos impulsará la generación de un patrimonio social nuevo, al obtenerse conocimiento certero y

42 Declaración Internacional sobre los datos genéticos humanos. UNESCO. París, 2003.

43 HUGO ETHICS COMMITTEE, et al. Statement on benefit-sharing, 2000. Disponible en: http://www.hugo-international.org/Resources/Documents/CELS_Statement-BenefitSharing_2000.pdf

herramientas terapéuticas.⁴⁴ Para esto, es fundamental entender que el interés general de la comunidad nunca justifica el desatender el derecho individual de los donantes. Los resultados de las investigaciones deben ser publicados. Tanto la divulgación de los informes como las comunicaciones de carácter general sobre los estudios, deben respetar en todo momento, la confidencialidad de los datos.

4. EL APOORTE DE LA BIOÉTICA PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BB EN LA EMERGENCIA SANITARIA

La aparición de este agente infeccioso, encuentra a comunidad científica mundial provista de amplios recursos tanto humanos como biotecnológicos, en comparación a los que tenía en el pasado combatir amenazas similares. La llegada de nuevas tecnologías que posibilitan almacenar todo tipo de especímenes biológicos, incluyendo células que pueden permanecer vivas fuera del cuerpo humano, permiten obtener información científica diversa, abriendo un universo de posibilidades para la investigación. Como resultado emergen cuestiones éticas complejas que conciernen a las personas de las que proceden las muestras, a los investigadores que las manejan y a la sociedad en su totalidad.

4.1. Cuidado del personal

Los BB cuentan con profesionales formados y entrenados. Deben utilizar los elementos de protección personal adecuados y en cantidad suficiente, y recibir entrenamiento para el uso correcto de los mismos. En la manipulación de muestras sospechosas o confirmadas de infección por SARS-CoV-2, se debe aumentar el nivel de bioseguridad, que debe ser superior al que se utiliza habitualmente en estos centros. También es importante realizar la vigilancia de la salud de los trabajadores, adecuada y específica en relación con los riesgos por exposición al agente biológico. El seguimiento médico incluye la realización de pruebas diagnósticas para Covid-19 inicial, periódica y siempre que se sospeche de una exposición involuntaria.

44 Liaño F, Torres A. Biobancos: una nueva herramienta para la investigación clínica. *Nefrología*. 2009;29(3):193-5. Disponible en: <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.2009.29.3.5327.en.full>

4.2. Consideraciones éticas acerca de las muestras biológicas para investigación

En tiempos de crisis los desafíos éticos son más complejos, por lo que la atención a este componente en los proyectos que se desarrollan a partir del material biológico, debe estar presente durante todo el proceso de adquisición, almacenamiento, procesamiento, análisis, elaboración y comunicación de resultados. La finalidad de este control es la protección integral del donante ya que se encuentra en una situación de vulnerabilidad, en riesgo transitorio y, consecuentemente, requiere de medidas proporcionadas de amparo. Los procedimientos de obtención y procesamiento de material, deberá basarse en el respeto hacia el donante y la muestra, así como también hacia la libertad de este, y sus elecciones responsables. Ningún recurso biológico debe ser utilizado sin la autorización del donante. Durante todo el proceso, se debe buscar el resguardo de las personas vulnerables, especialmente aquellas con limitaciones para otorgar su CI, y establecer los procedimientos para evitar la discriminación como efecto de la revelación de datos del donante o de su familia. Se debe tener presente que el material custodiado nunca es de una persona aislada, sino todo su grupo familiar. Otras cuestiones a considerar, son la protección de los derechos de las personas, como el derecho a recibir información previa a la extracción, y acerca del uso potencial que se proyecta para las muestras y la prohibición de comercialización de los datos y los biospecímenes. El uso de estos recursos requiere de una reflexión, análisis y evaluación bioética permanente.

Algunos de los principales problemas éticos de los BB, están vinculados con el tiempo de almacenamiento de los ejemplares, el manejo de descubrimientos inesperados, la comunicación de datos y la modificación de la finalidad del uso de las muestras donadas. En el contexto de la pandemia, se agrega a estos, la especial vulnerabilidad en la que se encuentran los donantes, víctimas del Covid-19, y la relevancia de investigar en poblaciones especialmente vulnerables como las embarazadas o las personas con comorbilidades.

Se suman a estos, cuestiones vinculadas con situaciones particulares de los donantes como la manera de proceder con las muestras en caso de fallecimiento del mismo; dada la importancia de estos recursos, y la dificultad para obtener nuevas donaciones que reemplacen en oportunidad y variedad este material. Se plantean diferentes interrogantes ¿La muestra, es un bien personal, familiar, de la sociedad? ¿Cuál es el límite de la confidencialidad? ¿Los familiares tienen derecho sobre el espécimen, y la información que deriva del mismo? ¿El material puede conservarse como una donación anónima desvinculando la información propia del donante?

¿Tiene validez una declaración de la voluntad anticipada del donante frente a estas situaciones? Otra cuestión de difícil resolución puede emerger cuando los dadores menores pasan a la mayoría de edad y pueden, por ellos mismos, decidir el destino de los ejemplares donados. Al tratarse de investigaciones sobre una novedad biológica, estas muestras cobran una importancia adicional en el estudio a largo plazo de las poblaciones afectadas ya que difícilmente podrían ser reemplazadas por nuevas donaciones. Diferentes complicaciones surgen de la existencia de bases de datos; se relacionan con la confidencialidad de los mismos, el acceso a la información personal por parte del propietario, la capacidad de las personas de solicitar la remoción de la información y el uso de esta con fines de investigación.

4.3. El donante como pieza indispensable en la lucha contra el coronavirus

La alianza estratégica entre BB y bioética, ofrece la garantía de defensa y resguardo del donante, entendiéndolo que además de ser un recurso único, esencial e insustituible, en el combate contra este virus, es valioso en sí mismo. Poner en el centro a la persona que dona, protegiendo su dignidad, intimidad e inviolabilidad, y sus derechos como la privacidad y confidencialidad, es una exigencia moral. También lo es el sostener la extra-patrimonialidad del cuerpo humano y el principio de no comercialización del mismo. La protección de datos y el respeto por el proceso de CI son tan valiosos como tratar el material con equidad entendiéndolo que las donaciones son libres y se sustentan en el principio de solidaridad y subsidiaridad.

Es importante el desarrollo de proyectos que favorezcan el control integral del SARS-CoV-2. En los mismos, el donante no recibe los beneficios individuales de las investigaciones, ya que el principal propósito de estos ensayos es promover el desarrollo de los conocimientos científicos que puedan favorecer a la población en general o a un grupo específico de contagiados.⁴⁵ Del mismo modo, la comunicación de los resultados generales obtenidos, no es para el donante. La misma se comparte con la comunidad, mediante su publicación en revistas o eventos científicos. Sin embargo, puede hallarse resultados individuales que resulten de interés para la persona como, el hallazgo de determinada susceptibilidad genética a la infección, que constituye información valiosa para la familia de la misma. Si bien, el donante tiene derecho a decidir, el proceder ético

45 Hansson, M. Ethics and biobanks. *Br J Cancer*. 2009; 100, 8–12. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6604795>

indica comunicarle en el momento del descubrimiento que puede elegir conocer o no dichos hallazgos.

Con los recursos de los BB se busca obtener resultados sólidos y avanzar en la lucha contra la pandemia. Los bioespecímenes obtenidos durante el curso de la misma, permiten que se lleven a cabo proyectos sobre técnicas diagnósticas, caracterización de la enfermedad, respuesta inmunológica y variación genética y antigénica del virus. También facilitarán el desarrollo de terapias antivirales y desinfectantes innovadores, perfeccionamiento de vacunas, y análisis masivo de datos integrados, entre otros. Desde la perspectiva del donante, el ofrecer estos bienes, se sustenta en principios como la reciprocidad y la cooperación, la solidaridad, subsidiaridad y la universalidad. Los mismos principios se deben sostener desde el equipo profesional que trabaja en los BB.⁴⁶ Es en la decisión de involucrarse en una investigación, dónde el principio de libertad y responsabilidad, alcanza su mayor representación, porque además de reconocer la autonomía, también respeta otros valores personales y culturales de la persona. En este principio también se incluye el intercambio de información con el participante o su familia, la comunidad y la población en general. La solidaridad, se verifica en la voluntad de compartir los patrimonios personales para el beneficio de otros, en busca de su bien. La universalidad, en el entorno de la pandemia que es común a toda la humanidad, y el compartir la información científica, se justifica en busca del beneficio social, la igualdad de acceso a los nuevos conocimientos y como compromiso para con las generaciones futuras.

4.4. El compromiso de la sociedad

Para superar la crisis sanitaria imperante, la sociedad necesita investigación, pero la investigación también necesita de la sociedad; requiere de confianza y cooperación por parte de las personas, que estén dispuestas a incorporarse en un ensayo clínico donando su muestra a un BB. Para llevar adelante estas líneas de estudio con la premura y calidad que la situación impone, todo procedimiento debe sustentarse en los valores de transparencia, inclusión, responsabilidad, imparcialidad, seguridad y privacidad, confianza y planificación. Dado que el contar con BB es novedoso en algunos países y algunas poblaciones, actualmente no existen regulaciones específicas para colecciones de biomuestras con fines de investigación

46 Galende-Domínguez I. Ética e investigación clínica: uso adecuado de la información genética. Responsabilidades de los biobancos. *Rev Esp Endocrinol Pediatr.* 2016; 7 (2): 12-8

en todos ellos. La adaptación de las guías y recomendaciones internacionales debe ser un primer paso para el establecimiento de los lineamientos éticos de un BB. Se hace necesaria la instauración de legislaciones específicas para estas unidades, con propósitos que se ajusten a la realidad científica de cada comunidad, y que puedan regular las actividades llevadas a cabo por este tipo de entidades.

Es sustancial que la comunidad perciba a los BB como servicios esenciales para la generación de conocimiento, que permita mejorar la respuesta a problemáticas asociadas con el Covid-19. La comprensión de la dinámica de estas organizaciones por parte de la población, puede promover una actitud participativa para la donación de fracciones corporales tanto de personas enfermas, como recuperadas de la infección, basadas en la confianza, la solidaridad y el deseo de promover la investigación. Es necesario plantear estrategias de información y comunicación con la población, con el fin de promover la participación ciudadana y su confianza en los BB. La colaboración de la comunidad en la promoción y donación de muestras, la involucra en la producción científica en un sentido amplio, ya que refuerza la credibilidad del público en la ciencia. Estas relaciones entre los BB, los donantes y la sociedad en su conjunto, son las más convenientes, no sólo a nivel de planificación estratégica, sino que también es beneficiosa al compartir la responsabilidad frente a los desafíos científicos que plantea la pandemia. Por otro lado, la comunidad de investigadores debe comprender que las cuestiones científico-técnicas de los biorepositorios no pueden separarse de las éticas, legales y sociales, ni relegarlas a un segundo plano, ya que se son parte del mismo propósito y deben considerarse de manera igualitaria. Para contribuir en el establecimiento de BB transparentes, subsidiarios, eficientes y que fomenten la confianza ciudadana es imprescindible prestar atención al conjunto de relaciones que se manifiestan entre una amplia diversidad de actores.

5. Reflexiones finales

La actual crisis sanitaria ha puesto en relieve, el papel primordial que juegan los biorepositorios en el avance de la investigación, en particular por el contexto de incertidumbre y la esperanza que ofrece la exploración científica. Es claro que los BB no son instalaciones científicas ajenas a lo social, sino que engloban cuestiones sobre la dignidad humana y el respeto por la persona, las políticas de gobernanza, la equidad y el papel de la ciudadanía en la ciencia.

La intervención de la bioética en la actividad con colecciones biológicas, procura garantizar la adecuada recolección, almacenamiento y destino de los bios-

pecímenes humanos que se utilicen en estudios, sobre la base de una relación respetuosa de los derechos de las personas que contribuyen al desarrollo de la ciencia. Busca orientar a los investigadores y a los profesionales intervinientes, acerca de los requerimientos para la implementación y el funcionamiento de los BB con fines de investigación sobre SARS-CoV-2 y debe orientar acerca de los requisitos básicos para el tratamiento de materiales tan valiosos, que sean potencialmente objeto de estas investigaciones. Aporta a los procesos los principios útiles y necesarios para tomar decisiones, en especial responsabilidad, precaución, honestidad y transparencia.

El papel de los BB es clave en la investigación sobre Covid-19. Algunas de sus utilidades eran impensables hace unos años. Esto va acompañado por los avances tecnológicos que se suceden con la rapidez que se propaga el nuevo virus. Se hace difícil pronosticar todo su potencial en el futuro, pero con seguridad han de plantearse posibles problemas éticos, legales y sociales. Lo cierto, es que seguirá vigente la necesidad de reflexión sobre la dependencia y la vulnerabilidad humanas, como elementos inherentes a la existencia propia de las personas devenidas en donantes, enfermos y convalecientes, entendiéndolo que por más deteriorado que esté un ser humano, nunca será una cosa, sino una persona, con un valor inestimable e insustituible, no sólo para él, sino también para la comunidad.

En la actualidad, los intereses de los científicos y de la sociedad no están necesariamente contrapuestos, y la confección de protocolos, guías de buena práctica y recomendaciones éticas, así como la participación comunitaria, favorecerán el reconocimiento y la confianza de los ciudadanos en la honestidad de los ensayos y en sus fines solidarios. Para contar con medios sanitarios eficaces es necesario comprender la nueva enfermedad, delinear intervenciones pertinentes y valorar la seguridad y eficacia de los desarrollos. Es necesario fomentar un debate público, transparente y plural, sobre las derivaciones éticas y sociales de las nuevas biotecnologías y los nuevos descubrimientos. Algunas cuestiones sin resolver ameritan discusiones interdisciplinarias de ciencias tales como la bioética, filosofía, antropología, sociología, derecho, ciencias biológicas, medicina, psicología, o sea con la puesta en común en la elaboración enriquecedora de representantes de distintos sectores científico, académicos, gubernamentales, culturales, y de la propia sociedad.

EUTANASIA EN LA BIOÉTICA JUDÍA: CONSIDERANDOS, RESOLUCIONES Y APORTES

Fecha de recepción: 22/02/2021

Fecha de aceptación: 02/03/2021

Rab. Dr. Fishel Szlajen¹

Contacto: fszlajen@gmail.com

- Miembro titular de la Pontificia Academia para la Vida.

Palabras clave

- Eutanasia
- Suicidio
- Judaísmo
- Ensañamiento Terapéutico
- Muerte Digna
- Bioética

Key words

- Euthanasia
- Suicide
- Judaism
- Therapeutic Ensañamiento
- Death with Dignity
- Bioethics

1 El autor es Rabino y Postdoctorado en Bioética, Doctor en Filosofía, Master en Filosofía Judía y Mandel Jerusalem Fellow. Miembro Titular de la Pontificia Academia para la Vida. Profesor de Posgrado en Bioética (UBA); en Metodología de la Investigación (UNLaM); y en Historia Social y Política del Judaísmo (UCA) y Director de AMIA Cultura. Ha publicado más de 150 trabajos entre libros, papers y artículos de divulgación, por cuyo aporte académico ha sido galardonado con la máxima distinción otorgada por el Senado de la Nación Argentina, "Mención de Honor Domingo F. Sarmiento" 2018, y en 2019 fue declarado "Personalidad Destacada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el Ámbito de la Cultura" 2019, por la Legislatura Porteña. En el 2020 ha sido distinguido por el Ministerio de Asuntos para la Diáspora del Estado de Israel, por su contribución en el campo de la bioética para el bien común y de la sociedad. www.filosofiajudia.com.ar

RESUMEN

Los trabajos más recientes y de mayor resonancia sobre el suicidio y la eutanasia han focalizado en sus aspectos psicológicos, sociológicos y jurídico-filosóficos sobre el derecho o no del individuo a disponer sobre la voluntaria finalización prematura de su vida. No obstante, estas importantes perspectivas tienden a reducir aquel acto a planteos dicotómicos y polarizados basados en lo patológico o una cierta anomalía acorde a cada tesis, sin una relación interdisciplinaria ni propuesta superadora de las problemáticas propias de cada una de aquellas disciplinas. Es por ello que en este trabajo se aborda el problema del suicidio y la eutanasia no como uno funcional psicosomático, sino como uno existencial del hombre e incluyente de aquél, presentando sus antecedentes y definiciones fundacionales, distinguiendo lo ético de lo patológico, analizando los significados o sentidos axiológicos que la persona le otorga a su vida, a su existencia, y sus fundamentos e implicancias respecto del suicidio y eutanasia. Todo ello articulado en un análisis filosófico con la estructura conceptual, casuística y fundamento del marco jurídico regulatorio y normativo judío respecto de la prohibición, deber o permisón de quitarse la vida por sí mismo o mediante terceros. Luego y a la luz de este análisis y sus consecuentes resoluciones respecto de la cosmovisión judía como sistema cultural-legal

ABSTRACT

The most recent and most resonant works on suicide and euthanasia have focused on the psychological, sociological and legal-philosophical aspects of the individual's right or not to decide on the voluntary premature end of his or her life. However, these important perspectives tend to reduce that act to dichotomous and polarized approaches based on the pathological or a certain anomaly according to each situation, without an interdisciplinary relationship or a proposal to overcome the problems of each of those disciplines. That is why in this paper the problem of suicide and euthanasia is approached not as a functional psychosomatic one, but as an existential one of man and inclusive of the former, presenting its background and foundational definitions, distinguishing the ethical from the pathological, analyzing the axiological meanings or senses that the person gives to his life, to his existence, and its foundations and implications with respect to suicide and euthanasia. All this articulated in a philosophical analysis with the conceptual structure, casuistry and foundation of the Jewish regulatory and normative legal framework regarding the prohibition, duty or permission to take one's own life or that of third parties. Then, and in the light of this analysis and its consequent resolutions regarding the Jewish worldview as a monotheistic

monoteísta, se aporta una alternativa superadora a aquellos planteos dicotómicos. Y cuya relevancia radica en que dicha contribución no demanda la necesidad de adscribir al judaísmo para su anuencia, sino que por las propias categorías y metodologías utilizadas, sus conclusiones pueden ser aplicadas también al campo de la moral y el derecho en las acuciantes discusiones bioéticas actuales.

cultural-legal system, an alternative to those dichotomous approaches is provided. Its relevance lies in the fact that this contribution does not demand the need to ascribe to Judaism for its acceptance, but rather, due to the very categories and methodologies used, its conclusions can also be applied to the field of morality and law in today's pressing bioethical discussions.

1. ANTECEDENTES Y DEFINICIONES

Dado que en este trabajo se utilizará el término griego *euthanasia*, tan sólo a modo introductorio situando el significado de este término en contexto, en líneas generales es posible decir que en la antigüedad micénica, la Grecia clásica y la era greco-romana, si bien no se ha denominado con aquel término, sino algunas veces en relación a su antónimo o diversas perífrasis, esta noción fue concebida como el "morir con una muerte feliz y honesta". Su significado básicamente remite a una buena muerte como aquella gloriosa o meritoria, también oportuna con un sentido utilitario, o luego de una vida plena, en virtud y sin resistencia, a lo que también se puede agregar la idea de una muerte sin padecimientos, no necesariamente físicos sino sobre todo espirituales. Todas estas variables, desde ya, acorde a los diversos cánones axiológicos reinantes. No obstante, a partir de Francis Bacon² y en la modernidad, el cambio y la fundamental diferencia en el significado de este término, eutanasia, radica en que ahora expresa el darse muerte de forma indolora por razones benevolentes o piadosas, vinculando dicha práctica a la ayuda o asistencia de un tercero en su implementación. Es decir, la eutanasia voluntaria en tanto el denominado suicidio asistido por petición, lo que en términos más descriptivos es una coautoría o participación en un homicidio, y más aún cuando se trata de la llamada eutanasia no voluntaria, donde un tercero impone la muerte a otro con independencia de la voluntad de este último, ale-

2 Ver Fishel Szlajen, *Suicidio y Eutanasia: en la filosofía occidental y en lo normativo y filosófico judío*. Buenos Aires, 2012. Vol. I, pp. 125-162.

gando las razones mencionadas. Y así, deviniendo paulatinamente el significado de dicha noción en un eufemismo para denotar, en términos generales, la supresión indolora de la vida por un elevado sufrimiento o bien para evitarlo, así como también matar a quien sufre o supuestamente podría sufrir e incluso hacer sufrir a otros en "demasía", "desproporcionadamente" o "inútilmente", argumentado y justificando un determinado suicidio u homicidio, en coautoría o como partícipe según el caso, inspirado por motivos piadosos, misericordiosos, benevolentes o de decoro personal, e incluso promulgando un derecho personal para ello.

Resulta relevante observar que en el griego antiguo, al igual que en el latín,³ no hay un vocablo unívoco para denotar el quitarse la vida por sí mismo, pero con la diferencia radical que en el primero en contraposición al segundo, la gran mayoría de expresiones al respecto refieren a ejecutarse, enjuiciarse, colgarse, ahorcarse, ponerse las manos sobre sí mismo, destruirse, rechazar la vida, escaparse, dejarse caer o abandonarse, morir por inanición, degollarse, anudarse el cuello, asesinarse, cortarse las venas, desangrarse o lanzarse desde una roca.⁴ Casi siempre remitiendo a una *biaiothanatos* "muerte violenta", forzada u obligada por las circunstancias,⁵ mayormente de desesperación, desgracia u oprobio, y donde no hay una diferencia sustancial con las expresiones para denotar el homicidio en general e incluso el más aberrante, el cometido contra los mismos familiares.⁶

En este respecto y a modo de ejemplo lingüístico, ya desde el poeta Homero y en los grandes trágicos como Esquilo, Sófocles y Eurípides, dicho acto se entendía como un *autofonos*, *autothanatos*, ambos referidos a darse muerte a sí mismo y por sí mismo, un "autohomicidio",⁷ comportando la culminación dramática de una situación insoportable y ominosa por haber cometido o sufrido actos prohibidos no sólo respecto de la legislación vigente, sino también en lo social e incluso desde lo emocional y psicológico, más allá que estos actos censurables hayan sido cometidos voluntaria o forzosamente. Este poner fin a la vida de forma pre-

3 *Ibid*, pp. 11-32.

4 Ver Antón J. L. Van Hooff, *From Autothanasia to Suicide: self killing in classical antiquity*. New York: Routledge, 2002. pp. 243-246, donde se proporciona una lista con decenas de vocablos y expresiones griegas usadas según los diversos autores de las obras donde figuran, para denotar el suicidio.

5 Alexander Murray, *Suicide in the Middle Age: the course on self-murder*. Oxford: Oxford University Press, 2000. Vol II, pp. 471-476.

6 Antón J. L. Van Hooff, *op. cit.*, pp. 138-139.

7 Algunos también incluyen el vocablo "autoktonia", aunque este no sólo indica suicidio sino que también refiere al matarse mutuamente, es decir, uno a otro. Ver Fishel Szlajen, *op. cit.*, pp. 11-32.

tura por diversos motivos pero siempre asociado a una última alternativa frente a la ignominia y lo insufrible, por sobre todo en lo espiritual o psicológico, en los griegos no sólo es característico del hombre sino de numerosas mujeres. Un gran número de ellas deciden suicidarse usualmente por ahorcamiento o saltando al vacío, y menos frecuentemente arrojándose a la pira donde ardía el cadáver de quien ella era uno de sus deudos,⁸ escapando así a las desgracias que le deparaba la muerte de un pariente directo y por sobre todo ante la viudez, por resultar ésta una situación crítica de aislamiento social en dicha cultura. Este problema ha sido observado según los investigadores en los antiguos pueblos indoeuropeos.⁹

Con todos estos datos introductorios aunque representativos, resulta históricamente relevante en el occidente el hecho que el término "suicidio" o el concepto de matarse, hayan sido siempre habientes de importantes connotaciones morales o emotivas asociadas e incluso dependientes de un marco condenatorio o de justificabilidad.¹⁰ Y ello a punto tal que respecto de este último marco, los actos de quien se quita intencionalmente la vida, sea a favor, provecho u honor del prójimo, motivado por un elevado sentido altruista, o incluso ofreciéndose él mismo a la divinidad o poniendo su vida en riesgo por cierta causa considerada noble, se lo denomina generalmente como inmolación, heroísmo, sacrificio o martirio, según el caso.¹¹ Consecuentemente, se deberá considerar con carácter decisivo en la definición y determinación o no de un suicidio, no sólo el factor de consciencia o conocimiento del individuo de que determinada acción u omisión devendrá en la certera muerte o su muy alto riesgo, sino también la intencionalidad de darse muerte. Es decir, clara y manifiestamente el objeto de dicho acto por parte del

8 Específicamente en los casos narrados por Eurípides, tales como el de Euande, la esposa de Capaneo en las *Suplicantes*, o el caso de Hécuba, la mujer de Priamo en *Las Troyanas*.

9 M. A. Marcos Casquero, "El Sacrificio de la Mujer Viuda en el Mundo Indoeuropeo". En *Gerión* 19 (2001), pp. 259-292. Ver también Margarita Garrido, "Consideraciones sobre el Suicidio Femenino en la Antigüedad". En *CECYM Catedra* 1 (2003), pp. 126-132.

10 Para más información y casos sobre la siempre dual ponderación heroica o medrosa de este tipo de conducta, ver Karen Lebacqz y Hugo Engelhardt, "Suicide". En Dennis Horan y David Mall, (Eds.), *Death, Dying, and Euthanasia*. Washington: University Publications of America, 1977, pp. 669-705. Roger Frey, "Did Socrates Commit Suicide?". En *Philosophy* 3, 203 (1978), pp. 106-108. Tom Beauchamp y James Childress, *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 1983, pp. 93-94. Richard Brandt, "The Morality and Rationality of Suicide". En David Benatar, (Ed.), *Life, Death & Meaning: key philosophical readings on the big questions*. Maryland: Rowman & Littlefield, 2004, pp. 305-318.

11 David Daube, "The Linguistics of Suicide". En *Philosophy and PublicAffairs*, 1 (1971-1972), pp. 387-437. Robert Barry, *Breaking the Thread of Life: on rational suicide*. New Jersey: University Behavioral HealthCare, 1997, pp. 1-16.

sujeto es provocarse la muerte, así como también deberá considerarse el móvil por el cual actúa u omite de determinada forma en pos de lograr aquel fin. Esto ayuda a explicar la razón por la cual quien fuma o bebe alcohol en demasía, cuyo motivo puede ser una costumbre social, una forma de canalizar ansiedades o angustias, o bien una adicción psicológica u orgánica, a sabiendas de los letales resultados de sus hábitos y siendo su muerte causada por estos, no es por ello considerado un suicida, si al realizar el acto de fumar o tomar en exceso no ha tenido la intención de morir. Contrariamente, quien mantiene conductas cuya intencionalidad sea provocarse la muerte prematura, aun sin llegar fácticamente a los resultados esperados, dichas conductas son consideradas suicidas.¹² Por ello, lo suicida en términos generales conductuales se relaciona más con la intención de infligirse la muerte –autoinfligida o mediante terceros– más su objeto y motivación, que con los fácticos resultados de la instrumentación de aquella intención,¹³ predicando así el suicidio o tentativa de suicidio, suicidio fallido, etc. Y esto resulta congruente con el hecho que si bien el suicida busca procurarse la muerte, no necesariamente la persigue por sí misma, sino que hay un motivo que se logra o al menos se contribuye a su logro –según la estimación del suicida– mediante su propia muerte. No obstante, aquí surge el problema encontrado en el caso donde una persona es compelida por otra, de forma tal que debiendo optar so pena de muerte entre una acción o su omisión, decide por la alternativa cuya consecuencia es la pérdida de su propia vida, ya sea por mantener determinados valores morales, humanistas, patrióticos, políticos, sociales o religiosos, entre otros. En dicho caso, acorde al motivo y circunstancia, aquella persona podría ser considerada un héroe, un patriota, un justo o un mártir. Pero resulta que en todos estos casos –a pesar de la intervención de un tercero que fuerza al sujeto y quita su vida– siempre existe el común denominador de la intencionalidad de aquella persona, quien compelida, pero con pleno conocimiento y consciencia ha decidido por la alternativa que le ocasionará la muerte. Y por ello también debería ser considerado un suicida, aun cuando pueda ser pensado que dicha persona, en verdad, ha elegido no cometer u omitir el acto demandado por el tercero, so pena de su propia muerte, dado que en definitiva su intención es morir antes que cometer u omitir dicho acto. Luego,

12 Germain Grisez, "Suicide and Euthanasia". En Dennis Horan y David Mall, (Eds.), *Death, Dying, and Euthanasia*. Washington: University Publications of America, 1977, pp. 742-817.

13 Gabin Fairbairn, *Contemplating Suicide: The Language and Ethics of Self-Harm*. New York: Routledge, 2005, pp. 55-83. Glen Graber, "The Rationality of Suicide". En John Donnelly, (Ed.), *Suicide: Right or Wrong?*. New York: Prometheus Books, 1990, pp. 135-149. Terence O'Keeffe, "Suicide and Self-Starvation". En *Philosophy* 59, 229 (1984), pp. 349-363.

desde esta perspectiva, todos estos casos serían considerados como suicidas. Aquí es donde se manifiesta la insuficiencia de las corrientes definiciones de suicidio, más allá de lo enunciado por las diversas teorías en su abordaje etiológico (psicológico, genético, neuroquímico o social), como la intencionadamente manifiesta muerte autoinfligida, o bien la conducta consciente de aniquilación autoinducida, percibiendo el sujeto su propia muerte como mejor solución a su malestar multi-dimensional e intolerable.¹⁴

Ciertamente, el factor de coerción aun cuando parezca desequilibrante para no denominar este caso como suicidio podría ser análogo al caso donde un enfermo terminal, o con gravísimos defectos físicos o disfunciones fisiológicas, se encuentra también compelido por lo que conlleva dicha situación y según sus consideraciones al respecto, a una anticipada finalización de su vida como alternativa. En los dos casos, existe un tercero que modifica la racionalidad de las circunstancias obligando a que la persona considere como alternativa aquello que hasta dicho momento no lo era, y por ello, de considerarse suicida aquel individuo que decide accionar u omitir conscientemente y con conocimiento de la consecuente muerte prematura de sí mismo que acarreará su decisión, tanto uno como otro serían suicidas.

No obstante, la diferencia entre estos dos casos de coerción radica en que en el primero, toda acción u omisión de la persona forzada está respectivamente impedida por y restringida a factores externos. Pero en el segundo caso y si bien reviste similar gravedad, dicha restricción no existe, siendo la dependencia exclusivamente individual dada la ausencia de factores externos como agente de muerte inmediata, residiendo en el mismo individuo la iniciativa como factor o agente causal de su propia muerte en caso de optar por la acción u omisión que conduzca a ella. En otras palabras, la diferencia específica radica en que en el segundo caso el individuo posee el absoluto control para ser o no su propio decisor o causa agente intencional de muerte anticipada. Por ello, en caso de coerción, sin ser éste el factor exclusivamente determinante para considerar o no como suicidio un acto donde el individuo decide por la alternativa que dará fin a su vida, el suicidio depende no sólo de la intencionalidad del individuo en provocarse la muerte, sino

14 Edwin S. Shneidman, *Definition of Suicide* (New York, 1985), p. 203. Antoon A. Leenaars, "Edwin S. Shneidman on Suicide". En *Suicidology OnLine* 1 (2010), pp. 5-18. Antoon A. Leenaars, "Suicide and Human Rights: a suicidologist's perspective". En *Health and Human Rights* 6, 2 (2003), pp. 128-148. S. M. Masango, S. T. Rataemanane y A. A. Motojesi, "Suicide and Suicide Risk Factors: a literature review". En *South African Family Practice* 50, 6 (2008), pp. 25-29.

en que dicha intención que mueve su acción u omisión no dependa ni se encuentre ceñida a otro que él en la presteza y disposición –y no necesariamente como causa material– para quitarse la vida.

Así, se tiene hasta aquí que el factor relevante para la consideración de lo suicida radica no sólo en la intencionalidad consciente del agente sino también en su propia iniciativa como decisor. Esto es, por un lado la intención de morir, y por el otro la independencia decisora como no dependencia de factores coercitivos externos homicidas o amenazantes. La autonomía en su propia decisión para darse muerte, y desde ya sin que la búsqueda de la muerte por sí misma sea necesaria y más allá del motivo o móvil de su acción u omisión. En este sentido resulta interesante que en la Ley Oral judía, al definir el suicidio lo especifica como *¿Quién es el que se destruye a uno mismo conscientemente? No quien subió a la copa del árbol, cayó y murió, o a lo alto del techo y cayó y murió, sino aquel que dijo "He aquí que subo a lo alto del techo o a la copa del árbol, me haré caer a mí mismo [o me dejaré caer] y moriré, y lo ven que subió a la copa del árbol, y cayó y murió. Efectivamente, éste es por fuerza considerado [del que se presume que, o habiente del estatus de] el que se destruye a sí mismo conscientemente...*¹⁵ En esta cita, la expresión hebrea *leabed et a'atzmó beda'at*, literalmente "destruirse a uno mismo conscientemente", es siempre usada para denotar el suicidio, y así, en esta referencia resulta patente que el suicidio es considerado como una determinación personal subjetiva y declarada, es decir, habiente de la variable intencional consciente de matarse y de la manifiesta propia iniciativa para ello, sin referencia alguna al móvil de aquella intención.

En términos más objetivables, en el caso de coerción homicida exógena, el individuo no busca la muerte o no la requiere por propia iniciativa, sino que la asume por no renunciar –salvando su propia vida– a una convicción que se proyecta en algo externo a él mismo, por no poder seguir viviendo con dicho hecho en su consciencia, incluso con independencia de la calidad material de vida, siendo aquella convicción el valor por sobre su propia vida. En el otro caso, el del paciente, la muerte es requerida o pretendida por propia iniciativa bajo la premisa de evitar o rehusar cuestiones que recaen sobre sí mismo o situaciones internas donde su convicción respecto del significado de su vida se proyecta sólo en él, volviéndose la persona sobre sí misma, resolviendo en base a su consideración de lo que es la calidad de vida adecuada o meritoria.

15 Talmud Babilónico (TB), *Semajot* II:2.

Aquí, como puede observarse, en adición a la propia iniciativa e intencionalidad, ya comienza a bosquejarse una refinada graduación en cuanto a la circunstancia y contexto axiológico por el cual el individuo pone fin a su vida. En general y más allá de las modernas teorías que consideran al suicidio no como una noción definible en términos sino como un proceso continuo, pueden establecerse y distinguirse ciertamente aquellos dos factores en común, intención e iniciativa, más la variable axiológica y el contexto donde se puede predicar el *conatus* del acto en cuestión, en tanto su propensión, empeño, tendencia o propósito. El suicida, entonces, será aquél individuo quien mediante la implementación de un curso de acciones u omisiones se propone consciente y voluntariamente lograr por propia iniciativa su propia muerte.¹⁶ En un sentido más específico y operativo, más allá del juicio de valor atribuido a este hecho o su tentativa, es posible decir que este acto es la acción u omisión por la cual el individuo consciente y por *motu proprio* –sin demanda amenazante capital previa y externa a su propia iniciativa– pone intencionadamente fin a su vida, por sí mismo o bien instrumentado con asistencia de terceros, sean estos últimos conscientes o inconscientes de los deseos e intenciones de aquel sujeto.¹⁷ Esta definición incluye no sólo la intención sino también la propia iniciativa del sujeto en quitarse la vida, abarcando también el caso paradigmático del suicidio instrumentado inconscientemente por terceros, denominado *suicide by cop*, caso en el cual el suicida actúa por su propia voluntad, intencional y deliberadamente de forma amenazante, con el objeto de provocar una respuesta letal por parte de las fuerzas de seguridad. Y por ello, él es el responsable de su muerte aun cuando no sea su causa agente inmediata pero sí quien decididamente la provoca.

2. ÉTICA O PATOLOGÍA:

Otra de las cuestiones a tomar en cuenta en el abordaje del suicidio así como de su derivado, el suicidio asistido –conocido también como eutanasia voluntaria en tanto petición consciente de quien se encuentra bajo una cierta y determinada afección para que un tercero lo asista directa o indirectamente provocándole su

17 Ver, Tom Beauchamp, "What is Suicide?". En Tom Beauchamp y Seymour Perlin, (Eds.), *Ethical Issues in Death and Dying*. New Jersey: Prentice-Hall, 1978, pp. 97-102. Roger Frey, "Suicide and Self-Inflicted Death". En *Philosophy* 56, 216 (1981), pp. 193-202. Similarmente a la cita anterior, estos autores tampoco enfatizan la iniciativa frente a la intención por la cual se lleva a cabo el acto de quitarse la vida.

muerte de forma indolora-, es su desarrollo como un problema de índole ético y moral. Por ende, perfilando una determinación individual no extrapolable a otros, y no como un fenómeno de índole psicopatológico siendo extrapolable y haciendo la propia patología médica desaparecer el problema del suicidio como conducta desiderativa y decisión respecto de sí mismo, respecto de la familia, de la sociedad o ante Dios. Y ello aun cuando el suicidio asistido todavía implique el problema ético, moral o religioso correspondiente al tercero que es autor, coautor o participe en su implementación; potenciándose más aún este último problema en el caso de la eutanasia no voluntaria o impuesta, donde la muerte es provocada por un tercero independientemente de la voluntad y decisión del sujeto que la padece, alegando los ya mencionados motivos de misericordia, piedad o dignidad de aquel afectado u otros.

Esta tensión entre la axiología y la patología como razón o causa del suicidio, puja que frecuentemente deviene en un irrestricto individualismo por un lado o un sobre-proteccionismo socio-estatal por el otro, se ve tendenciosamente inclinada hacia lo patológico al haber extirpado la posibilidad cultural, espiritual, religiosa o legal de quitarse la vida, surgiendo el paternalismo, donde el Estado ejerce su poder no sólo para evitar que la decisión de uno perjudique a otros, sino también interviniendo en el propio bien físico o moral del particular aun cuando la decisión de éste no perjudique a terceros.¹⁸ Así, considerando y definiendo todo suicidio o su tentativa como una patología, la psiquiatría constituye el enviado de la sociedad en pos de luchar contra dicha fenomenología y por ello su abordaje mediante tratamientos terapéuticos en orden a enmendar o sanar aquel desequilibrio o anomalía.¹⁹ Este límite bastante difuso en el suicidio entre la motivación axiológica y la causa patológica psiquiátrica, resulta esencial desde lo fáctico, dado que determinará la instancia en la cual la intervención terapéutica debe tomar lugar para evitar el acto suicida, y cuándo no debe intervenir respetando la decisión del sujeto, su voluntad, su libertad y autonomía, dentro de un sistema ético constituyente de la actual base de los llamados derechos individuales. El problema radica en que el terapeuta sólo conoce una parte de lo que toma lugar en el sujeto como antecedente o base de la decisión de quitarse la vida, no atendiendo frecuentemente a la proyección axiológica del mismo sujeto respecto de su propio mundo y su propia vida. Esto es, cuando se contempla el comportamiento suicida

18 Ver en este sentido John Stuart Mill, *Sobre la libertad*. Madrid: Alianza, 1997.

19 Uno de los más influyentes críticos de la actual perspectiva reduccionista patológica del suicidio es Thomas Szasz, quien expone su crítica más su estoica visión del suicidio en su fundacional obra *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Paul B. Hoeber, 1961.

desde fuera, en tanto que observador, no es posible estar seguro respecto de su tipología, si es voluntario –deliberado e incluso pasional– o patológico. De hecho, en toda intervención terapéutica, tanto para evitar el suicidio así como luego de una tentativa fallida para evitar su repetición, existe un desconocimiento fáctico y por ende un límite en la consideración de si se está salvando una vida o bien invadiendo los dominios de aquellas supuestas libertades particulares del sujeto. No obstante e independientemente de este eventual derecho a quitarse la vida, si lo hubiera, el principio ético determinante respecto de la competencia terapéutica, intervencionista o no intervencionista, resulta en una asimétrica, dado que la segunda opción por sus consecuencias es irreversible. Y por ello, más allá de la consideración incluso del mismo terapeuta respecto del significado axiológico que éste le atribuye a la vida en general y de la del individuo en cuestión, este terapeuta deberá actuar en pos de salvar la vida cuya justificación en caso que el suicida no sea un caso patológico es que éste siempre tendrá la ocasión y posibilidad de cometer aquel acto del cual no hay retorno. Así, preventivamente se deberá actuar suponiendo que el individuo está sometido a algún tipo de patología y debe, por tanto, ser protegido, sin por ello tener una actitud jurídico paternalista.

Estas son las consideraciones por las cuales la perspectiva del suicidio o la eutanasia como problema funcional cambia a uno existencial, lo cual es más abarcativo y complejo, entendiendo esta fenomenología como la denominada "autonomatania",²⁰ en tanto la muerte escogida y decidida por propia voluntad e iniciativa de la misma persona, sin coerción capital externa. En este sentido es posible observar la diferencia entre el suicidio patológico y el clásico ejemplo de quien padece alguna afección terminal, en el hecho que *The act of someone whose life is fundamentally a happy one but who tries to kill himself in a state of severe but temporary depression differs from the act of someone who, after prolonged deliberation, decides to kill himself rather than face any more of his incurable illness.*²¹

Lo interesante de este abordaje axiológico radica en que el suicidio es algo más que el dominio de una patología, dando lugar a una voluntaria, deliberada o impetuosa, pero siempre consciente e intencionada acción del sujeto por su propia iniciativa, sobre su transcurso vital, fenómeno manifiesto a lo largo del pensamiento de la humanidad desde sus propios comienzos. Sin embargo, y retomando el problema respecto de la coerción externa o interna del sujeto que decide darse muerte, no hay que perder de vista el problema ya no de la iniciativa, sino de lo

20 José R. Cariacedo, "Autonomía para Morir: eutanasia y autonomatania". En *Claves* 14 (1991), pp. 2-7.

21 Jonathan Glover, *Causing Death and Saving Lives*. Londres: Penguin Books, 1977, p. 172.

dudoso del propio carácter deliberadamente voluntario, autónomo, en su decisión suicida debido a su coerción circunstancial por el extremo dolor y sufrimiento del sujeto como móvil de la determinación para dicho acto, provocando un conflicto entre la protección social y estatal del individuo frente a su libertad individual como autonomía o accionar irrestricto, no coercido.²² Es decir, aquí el problema radica en que el suicidio por mano propia, o el asistido o eutanasia voluntaria, son acciones posibles y que en términos de eticidad o moralidad es dirimida mayormente en circunstancias cuyas variables no necesariamente pueden convivir sin obstaculizarse mutuamente. Por un lado se predica el conflictivo hecho que el sujeto afectado terminalmente, sufriente de un extremo dolor e intensos padecimientos físicos, o bien psíquicos por su inminente padecimiento y final, es habiente de una voluntad no coercida, sino libre, autónoma, para determinar ponerle fin a su vida anticipadamente. Y por el otro, la no menos conflictiva situación donde sí puede concebirse la determinación suicida o eutanásica voluntaria del sujeto como autónoma, y sus consideraciones y deliberaciones en pleno estado de consciencia, sobriedad y lucidez, es porque entonces el dolor y el padecimiento no son tales que justifiquen el acto eutanásico como tal acorde a las situaciones y definiciones mencionadas. Así, no resulta claro hasta aquí lo adecuado o no en consentir con las peticiones de aquel sujeto, asistiéndolo en su propósito de darse muerte. Desde ya que este problema puede y de hecho actualmente es evitado mediante la confección de un testamento vital. Una constancia escrita como voluntad anticipada declarando autónomamente bajo plenitud de condiciones, que ante determinada situación, consecuencia de una patología irreversible o terminal, por ejemplo, el que suscribe instruye a los médicos, familiares u otras personas que se abstengan de emplear medidas, instrumentación o aparatología para prolongarle la vida, por considerar algunas de ellas "desproporcionadas" o "extraordinarias" en función de la calidad de vida que este sujeto concibe como requerida frente a la permitida en aquella situación. Y esto debido a que él no ve en dicho estado ningún sentido o significado que amerite extender su vida biológica. No obstante, aquí no deja de persistir el problema moral del tercero quien debe decidir implementar o no aquella voluntad de dar muerte a dicho individuo, más allá que circunstancialmente la ley se lo permitiese o se lo demande.

Es por ello que en la eutanasia voluntaria cuando debe ser asistida, es decir, un suicidio voluntario asistido por un tercero, genera además la problemática

22 En este sentido ver Peter Singer, *Repensar la Vida y la Muerte: el derrumbe de nuestra ética tradicional*. Barcelona: Paidós, 1997.

ética de quien la implementa, ya sea en la denominada eutanasia activa o pasiva. La activa, llamada así por implicar una acción directa para acelerar o provocar la muerte del paciente, cuando su cuerpo sustenta vida por sí mismo, independientemente que sea un paciente en estado terminal o no. La pasiva, implicando la discontinuidad o no iniciación de tratamiento alguno para mantener o prolongar la vida del enfermo, cuando se trata de un paciente en estado terminal, o donde el progreso de la enfermedad y/o degradación de su estado de salud hasta la muerte es irreversible y se encuentra en un estadio avanzado. También suele considerarse dentro de esta última categoría, la negativa a implementar técnicas de resucitación cardiorrespiratoria u otras similares, o bien su cesación en caso que ya se hayan iniciado, incluyendo la desconexión de diferentes tipos de aparatología o canalización medicinal, nutrientes o líquidos de soporte vital, todos los cuales mantienen o contribuyen a mantener artificialmente determinadas funciones que el cuerpo de dicho paciente terminal ya no puede sustentar parcial o totalmente por sí mismo.

Cabe destacar más allá que estos dos tipos de eutanasia, la activa y la pasiva, se puedan aplicar a la eutanasia voluntaria o no voluntaria, el hecho que la eutanasia activa respecto de la pasiva es una clasificación sólo en el modo en que se acelera el proceso de muerte e incluso se la provoca, no constituyendo una justificación respecto del motivo por el cual se le quita la vida a un determinado sujeto, por acción u omisión. Y por ello en términos morales no resultan esencialmente diferentes dado que la intención siempre es matar prematuramente a un individuo que no amenaza con matar a otro u otros, exponiendo siempre como el móvil de dicha acción u omisión, cuestiones relacionados con los derechos, o bien de índole compasivo, piadoso, misericordioso o de dignidad y beneficio para el propio paciente y/o sus allegados. Es decir, si bien es clara la asimetría en las responsabilidades entre quien envenena a alguien causándole la muerte y un neoyorkino que a sabiendas de las muertes por desnutrición en países africanos nunca ha colaborado con el fin de evitar en lo posible dichas muertes,²³ y en términos más generales, por un lado ser un homicida, y por el otro, no interferir por desconocimiento, irrelevancia o relación extremadamente lejana e indirecta en determinados acontecimientos, dicha clasificación cuando se la extrema como criterio unívoco y exclusivo, extrapolándola a todo tipo de casos y circunstan-

23 Lawrence Becker y Charlotte Becker, (Eds.), *Encyclopedia of Ethics*. New York: Routledge, 2001. Vol. II. "Killing and Letting Die", pp. 947-50. Philippa Foot, "The Problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect". En Bonnie Steinbock y Alastair Norcross, (Eds.), *Killing and Letting Die*. New York: Fordham University Press, 1994, pp. 266-279.

cias, frecuentemente comporta más una delicada sofisticación psicológica que una diferencia moral en sí misma. Básicamente y usualmente enmascarando una desaprensión moral, o bien determinados intereses institucionales o de los familiares del paciente sin representar los de este último, en pos de evitar los costos, las dificultades y privaciones que conllevan los cuidados, tiempos y dedicación que demanda alguien que padece de afecciones que requieran aquellos cuidados posiblemente continuos e intensivos, y no necesariamente en referencia a pacientes terminales. De hecho, en caso de extender imprudentemente este mismo criterio polarizando en extremo dicha asimetría en las responsabilidades morales entre la acción y la omisión, se llegaría al absurdo de considerar no tan moralmente responsable a un padre que omite dar comida a su hijo, o a quien con conocimiento de la situación y alternativas omite dar insulina a un diabético, y cuyo desenlace en ambos casos sea la muerte, más allá de la existencia de otros quienes pudieran eventualmente nutrir al niño o proveer insulina a dicho diabético. Y esta extrapolación no es un mero ejercicio teórico de exageración, dado que en el presente se aplica este mismo criterio a nivel masivo en las llamadas eutanasia neonatal o perinatal y eutanasia social, incluyéndose estas dos en el concepto de eugenesia significando por ésta la práctica por la cual se elimina matando selectivamente, activa o pasivamente, a todo quien se considere que afecte perjudicialmente o no contribuya a un determinado desarrollo, evolución, calidad o nivel genético, racial, étnico, social o incluso extensivo al conjunto del género humano. Mediante la primera, la eutanasia neonatal o perinatal, se expresa o refiere al caso de los niños que nacen con defectos congénitos, malformaciones, extremadamente prematuros o con presumida escasa viabilidad, y a los cuales se les provoca deliberadamente la muerte para evitar el asumido –por parte de un tercero– sufrimiento futuro del niño, de los padres, o una responsabilidad o carga para la sociedad.²⁴ En este respecto, también es necesario notar los singulares casos donde existe por otro lado la problemática de posibilitar tecnológicamente tan sólo prolongar el proceso agónico del moribundo, deviniendo en un encarnizamiento terapéutico, mortificando artificialmente al paciente. Y respecto de la segunda, la eutanasia

24 Ver Hilde Lindemann y Marian Verkerk, "Ending the Life of a Newborn: The Groningen Protocol". En *The Hastings Center Report* 38, 1 (2008), pp. 42-51. Eduard Verhagen y Pieter Sauer, "The Groningen Protocol: Euthanasia in Severely Ill Newborns". En *The New England Journal of Medicine* 352 (2005), pp. 959-962. Frank Chervenak, Laurence McCullough y Arabin Birgit, "Why the Groningen Protocol Should be Rejected". En *Hastings Center Report* 36, 5 (2006), pp. 30-33. Alexander Kon, "Neonatal Euthanasia is Unsupportable: the Groningen Protocol Should be Abandoned". En *Theoretical Medicine and Bioethics* 28, 5 (2007), pp. 453-463. Mario Sebastiani y José M. Ceriani Cernadas, "Aspectos Bioéticos en el Cuidado de los Recién Nacidos Extremadamente Prematuros". En *Archivos Argentinos de Pediatría* 106, 3 (2008), pp. 242-248.

social, cabe notar que esta expresión incluye las denominadas eutanasia criminal, por la cual se significa la eliminación de individuos considerados socialmente peligrosos, o la eutanasia experimental o solidaria, por la cual se significa el matar a uno o más individuos para salvar a otros, así como la denominada eutanasia económica, por la cual se significa la eliminación de todo a quien se destine excesivos recursos sin que ello represente una rentabilidad económica. Todas ellas refiriendo de hecho a la decisión de la sociedad y/o de sus autoridades por la cual explícita o implícitamente se rehúsa invertir, atender y dar adecuadas condiciones de salud, educación y seguridad a cierta parte de la población, dejando que una parte de ésta muera por exclusión, marginalidad económico-social, falta de alimentos, condiciones de sanidad o vacunación, incluyendo esterilización forzada, etc. Y de hecho, en ciertas oportunidades dichas muertes deliberadas se implementan activamente por diversos medios.²⁵ En todos estos casos, es evidente el uso del término operativo "eutanasia" para justificar determinadas prácticas homicidas atribuyéndoles un carácter beneficioso, productivo y superador, tanto para el destinatario como también para el resto de la sociedad según el caso.

Esta ausencia de diferencia específica en la responsabilidad moral, marcada hasta ahora de hecho, entre las categorías de agente y omitente la cual no radica exclusivamente por actuar u omitir sino por la relevancia que conlleva dicho comportamiento acorde a la circunstancias determinadas, es posible de argumentarse incluso desde una perspectiva más conceptual, y específicamente desde la filosofía de la acción y la causalidad. En este sentido, es posible definir la diferencia entre ser el agente u omitente cuya acción u omisión es relevante para provocar, acelerar o permite la ocurrencia de un evento, y el agente u omitente que cede ante que la ocurrencia de aquel evento, sin ser relevante su participación. Estos casos son posibles de identificar y relacionarlos con la intención del agente u omitente, mediante la objetivación de las condiciones reconociendo el primer caso ante la ocurrencia de un evento, si de entre todas las formas posibles de comportamiento del sujeto había una o un pequeño número de ellas que resultaban en que dicho evento ocurriese. Mientras que el segundo caso se identifica y reconoce ante la ocurrencia del hecho, si la casi totalidad o totalidad de las formas en que el sujeto se podía comportar resultaban en el acaecimiento del evento. No obstante y en

25 Ver Hugo T. Engelhart Jr., "La Naturaleza Humana Tecnológicamente Reconsiderada". En *Arbor*, t. 138, (544) (1991), pp. 75-96. David Morgan, "Yale Study: U.S. Eugenics Paralleled Nazi Germany". En *Reuters* 15/2/2000. Para las decenas de las actuales denominaciones que adjetivan la expresión "eutanasia" a modo de clasificación de ésta aplicándola a / justificando casi toda forma y motivo para quitar o quitarse la vida, ver Iñigo Álvarez Gálvez, *La Eutanasia Voluntaria Autónoma*. Madrid: Dykinson, 2002.

el primer caso, dicha diferencia entre el agente y el omitente tal como es posible notar, no comporta ni constituye ninguna distinción moral.²⁶ Así, en el segundo caso sí puede dar lugar a una distinción moral respecto del primero, debido a que se trata de la mera no obstaculización, no obstrucción ni entorpecimiento, por acción u omisión, de un inminente y apremiante hecho por resultar irrelevante –incluso perjudicial por prolongar vanamente una grave situación o condición– todo comportamiento del sujeto frente al acontecer inmediato del suceso y sus consecuencias. Aquí, nuevamente, la diferencia moral está determinada por la iniciativa del agente u omitente, sus intenciones conscientes, los motivos con conocimiento de alternativas y restricciones en sus posibles consecuencias, así como la relevancia en el accionar u omitir para evitar un daño o un hecho perjudicial. Y por ello en el caso de la acción u omisión y sus consecuencias, por un lado el agente u omitente es habiente de responsabilidad moral dado que se puede indentificar al sujeto que actuó u omitió intencionalmente y que en relación directa o indirecta con dicha decisión pero siempre de forma relevante, permite prematuramente o acelera el proceso natural o normal de muerte en el paciente, y más aún cuando la provoca, teniendo dicho agente u omitente pleno conocimiento y consciencia de ello. Y más aún, cuando entre el médico y el paciente existe una supuesta relación explícita de deber y responsabilidad profesional, según la cual, se debe omitir lo que provoque daño y actuar en pos de cuidar al paciente tanto como sea posible.²⁷ Pero por otro lado se da la acción u omisión acorde al segundo caso mencionado, cuando el sujeto si bien actúa u omite intencionalmente, su comportamiento resulta en una no obstaculización o desobstrucción de una inminente muerte del paciente, por constituir todo proceder e instrumentación posible a su alcance tan

26 Una de las obras más importantes sobre este respecto y que indica la irrelevancia a los fines morales en la diferenciación entre el actuar u omitir, es la de Jonathan Bennett, *The Act Itself*. New York: Oxford University Press, 1998. Ver también Peter K. Unger, *Living High & Letting Die: our illusion of innocence*. New York: Oxford University Press, 1996. Sarah McGrath, "Causation and The Making/Allowing Distinction". En *Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition* 114, 1/2 (2003), pp. 81-106. Ver también Philippa Foot, "Killing and Letting Die". En Bonnie Steinbock y Alastair Norcross, (Eds.), *op. cit.*, pp. 280-289, donde plantea en última instancia la diferencia moral en la acción u omisión desde una pretendida racionalización de las intuiciones morales.

27 Elazar Weinryb, "Omissions and Responsibility". En *The Philosophical Quarterly* 30, 118 (1980), pp. 1-18. Myles Brand, "The Language of Not Doing". En *American Philosophy Quarterly* 8, 1 (1971), pp. 45-53. Harry Frankfurt, "An Alleged Asymmetry Between Actions and Omissions". En *Ethics* 104, 3 (1994), pp. 620-623. Seumas Miller, "Collective Moral Responsibility for Omissions". En *Business & Professional Ethics Journal* 20, 1(2001), pp. 5-24. John Jules Meyer, "A Different Approach to Deontic Logic: Deontic Logic Viewed as a Variant of Dynamic Logic". En *Notre Dame Journal of Formal Logic* 29, 1 (1988), pp. 109-136. Helga Kuhse, "Euthanasia". En Peter Singer, (Ed.), *A Companion to Ethics*. Oxford: Blackwell, 2000, pp. 294-302.

sólo un exiguo retraso de una apremiante muerte, una sólo prolongación del proceso agónico de aquel sujeto, incursionando en caso contrario en el mantenimiento artificial de un estado tortuoso o el ya mencionado ensañamiento terapéutico en un cuerpo que ya no sustenta vida por sí mismo.

Luego, si bien resulta claro en el caso del agente, también se observa en el del omitente donde hay una relación relevante entre quien omite y quien padece la omisión, más el carácter consciente, deliberado y con conocimiento de causa, alternativas, restricciones y consecuencias por parte del omitente, permitiendo o provocando la muerte prematura del paciente acorde a su proceso natural. Dicha omisión en tanto decisión de no actuar es habiente de carácter intencional, por lo que consecuentemente conlleva una responsabilidad moral, siendo ésta al menos similar a quien provoca la muerte con una acción directa dado que dicha intención es la de terminar prematuramente con la vida del paciente o bien permitir de forma relevante aquel anticipado final. Así, en estas circunstancias y nuevamente, de ninguna manera existe una distinción moral fundamental o esencial entre la llamada eutanasia pasiva o la activa, cuando el agente u omitente son intencionales partícipes relevantes para permitir la prematura muerte, su aceleración o provocación en otro por acción u omisión, directa o indirecta.²⁸ Por ello, no hay diferencia esencial entre el poder del médico para accionar directamente o bien omitir la acción, medios e instrumentación a su disposición –v.g. un respirador artificial, medicación, transfusión, o nutrientes por canalización–, cuando sabe que ante la prescindencia de cualquiera de ellas, permitirá acelerar o provocar la muerte prematura del paciente.²⁹ En este sentido, claro está que la abstención en hacer una transfusión o hemodiálisis a un individuo le causa la muerte en una medida no menor a la causada por la acción de inyectarle una sustancia venenosa. En otros términos y por ello, el paciente puede ser habiente del eventual derecho a elegir no comenzar o discontinuar un tratamiento médico, la desconexión de aparatología e incluso la cesación del mínimo mantenimiento nutricional por sonda o catéter, facultándolo a decidir respecto del término de su vida. Pero el médico, más allá de la esencia de su función y su inherente contrato con el paciente, sino como simple y cualquier otro individuo siendo sujeto de responsabilidad moral

28 Ver James Rachels, *The End of Life; Euthanasia and Morality*. New York: Oxford University Press, 1990, pp. 88-128.

29 Esta indiferenciación si bien parece favorecer la tesis de quienes alegan a favor de la descriminalización de la asistencia al suicidio tal como H. Küng y W. Jens, *Morir con Dignidad. Un Alegato a Favor de la Responsabilidad*. Madrid: Trotta, 1997, en realidad problematiza seriamente dicha tesis dado que extiende la responsabilidad del médico por su conocimiento y obligación profesional, en lugar de restringirla.

por cuanto ciertas decisiones de terceros demandan de él como agente u omitente relevante el permitir o provocar una muerte prematura, o bien acelerar el proceso natural de muerte que se da en cada caso, también puede ser habiente del derecho a rehusar tanto el asistir como también el autorizar asistir al paciente para ello. Y *a fortiori*, rechazar también el hacer depender del médico la implementación a la solicitud de eutanasia voluntaria por parte del mismo paciente o no voluntaria por parte de otros, dado que no es una decisión relacionada con la medicina sino con la axiología, y que de hecho tampoco para su implementación resulta necesario ningún tipo de conocimiento médico.

Y estos son los casos donde no necesariamente se trata de un paciente con patología terminal, sino también de alguien que ha firmado el antes mencionado testamento vital o ha dejado expresa constancia por los medios adecuados para ello, demandando su negativa a que se le realice cierto tratamiento médico en caso que él estuviese inconsciente –v.g. transfusiones sanguíneas o trasplantes–, o bien estando consciente y demandando el derecho al no tratamiento, abstinencia por la cual inexorablemente muera o peligre su vida. Pero si dicho paciente se encuentra bajo el dominio hospitalario o clínico, su eventual derecho compromete los del médico y su responsabilidad profesional y moral. Dado que sobre éste recae la demanda de ser el omitente comportándose así como mero funcionario profesional al servicio de los deseos del paciente, contrariando la esencial demanda de su profesión y contrato implícito con aquél tal como postula el actual juramento hipocrático, siendo la salud y vida del paciente su primer deber y preocupación sin que se interpongan consideraciones religiosas, nacionales, étnicas, ideológicas, partidarias o de otra índole. Estas consideraciones profesionales, en adición a la responsabilidad moral que recae sobre el médico por su omisión tal como en cualquier otro individuo, hace que aquel paciente bien pueda cumplir con su eventual derecho pero dentro del dominio particular sin violar los derechos de otros demandando la complicidad, la transgresión moral, profesional, religiosa y hasta legal de quienes cumplen sus tareas en un ámbito establecido para el diagnóstico y tratamiento del paciente, y no para la asistencia profesional en función de los deseos individuales cuando estos comprometen la responsabilidad moral y contradicen la esencia institucional y profesional de quienes allí cumplen sus tareas.

Esto es debido a que como se ha observado, tanto en el médico como en todo sujeto de responsabilidad moral, la eutanasia pasiva o todo tipo de omisión por la cual el paciente muere prematuramente, teniendo los medios para evitar dicha muerte prematura, y con conocimiento de causa, alternativas, restricciones y consecuencias, la responsabilidad desde este punto de vista es absoluta. Y obviamente mayor a la que corresponde en caso de negligencia, sin relación con la acción u

omisión en tanto no obstaculización, meramente retrasando un proceso agónico ante una muerte ya inminente e irreversible, por ser irrelevante todo proceder e instrumentación posible, permitiendo en este caso remover aquello que obstruye el perentorio curso natural, denominando actualmente dicha resolución como *adistanasia* "muerte no cruel o no mala" u *ortotanasia* "muerte correcta", deviniendo en caso contrario en un ensañamiento terapéutico. En definitiva, el deber de no dañar así como la justificación para el límite de mantener y/o prolongar la vida del paciente, si es que dicho deber y dicho límite se actualizan, recaen sobre el agente y el omitente más allá de la clasificación o tipología eutanásica.

Esta distinción en la responsabilidad moral donde la diferencia no radica en la acción u omisión sino en la relevancia de estas para permitir prematuramente, provocar o acelerar la muerte frente a la no obstaculización de su apremiante inminencia, resulta más patente y clara en la modernidad. Y esto es debido a que hasta no hace mucho tiempo atrás, cuando el estado de un paciente llegaba a su punto más crítico, todos los sistemas corporales, respiratorio, neurológico y circulatorio fallaban más o menos al mismo tiempo sin que pudiera mantenerse una de estas funciones sin la otra, falleciendo dicho individuo indefectiblemente. Contrariamente, en la actualidad, la ciencia y la tecnología contemporánea han desarrollado innumerables medios para prolongar y mantener artificialmente algunas funciones corporales aun cuando otras directamente relacionadas con aquellas hayan cesado, ejemplo de ello son los respiradores artificiales o dispositivos de circulación sanguínea extracorpóreos, entre otros. Por ello, actualmente la medicina desde lo técnico si bien puede mantener artificialmente un cuerpo con vida a la espera de un trasplante u otra intervención que salve aquella vida en inminente peligro restableciendo su salud, también puede prolongar insufriblemente el proceso de agonía de un paciente sin ningún tipo de posibilidad de recuperación, sólo manteniendo algunas funciones orgánicas de un cuerpo que ya no sustenta vida por sí mismo. Por ello, haciendo en ciertos casos difusa la línea que separa por un lado el permitir, acelerar o provocar una muerte prematura de un cuerpo que aún sustenta vida por sí mismo más allá de su posibilidad o no de recuperación, y por el otro el no obstaculizar el proceso natural de deceso incluyente del sufrimiento o las penas propias acorde al estado del moribundo, manteniendo vana y artificialmente algunas de sus funciones orgánicas. Si bien esta distinción se trata e intenta resolverse mediante los diversos conceptos sobre muerte o muerte clínica, también se encuentran aquí ciertos problemas en cuanto a sus diversas definiciones y en función de su condición de irreversibilidad acorde a los avances técnicos y científicos, pero que en lo que respecta a la cuestión aquí focalizada, hace manifiesta más patentemente aquella distinción respecto de la responsabilidad moral.

De esta forma, se observa que a la delicada cuestión del límite entre lo intervencionista paternalista y el irrestricto individualismo y desprotección social; a esta en ciertos casos indefinida línea divisoria entre lo axiológico y lo patológico, se le adiciona como característica propia de la modernidad, la considerable tecnología para mantener artificialmente diversas funciones biológicas del individuo prolongando significativamente tanto su vida, como otras veces y problemáticamente su agonía.

Y aquí, con los conceptos hasta ahora analizados, se llega a la cuestión que radica en la pregunta por la autorización o incluso el deber del hombre para terminar con la vida de su prójimo en pos de aliviarle o mitigarle el extremo dolor y sufrimiento en una situación irremediable, siendo sus condiciones irreversibles, sin poder esperar otra cosa que una doliente y prolongada agonía. En términos prácticos, si tanto en la acción como en la omisión –fuera del caso de la no obstaculización–, no hay una diferencia específica en la responsabilidad moral del agente u omitente, la cuestión es si hay autorización o incluso un deber moral para que el médico o un pariente cancelen o hagan cesar todo tipo de tratamiento que mantiene al paciente con una sufriente vida biológica, considerando que la muerte de aquel es mejor que seguir con vida, es decir, cometer homicidio por piedad a partir de un sentimiento de misericordia o compasión por los males ajenos. Y esta cuestión, si un fin considerado moralmente bueno hace que los medios para su logro también lo sean, o bien justifica para su logro la elección de medios no considerados moralmente buenos, tanto por acción como por omisión, se aplica tanto al sujeto solicitante como también al sujeto solicitado, i.e. el médico o los parientes en el caso de un suicidio asistido o eutanasia voluntaria. Y *a fortiori* al caso de la eutanasia no voluntaria o impuesta, donde se da muerte al sujeto en cuestión, independientemente de su voluntad por no estar capacitado para tomar una decisión debido a su estado inconsciente, comatoso, vegetativo, o con sus capacidades racionales grave e irreversiblemente degradadas.

Nuevamente y tal como en el caso donde un individuo decide quitarse la vida implementando su decisión por sí mismo, la discusión ante la solicitud de alguien para que se le asista por acción u omisión en la comisión de su suicidio, o bien una eutanasia no voluntaria, impuesta, no tiene como base el conocimiento, ni la medicina, ni la ciencia, ni ningún factor o circunstancia objetiva, e incluso tampoco un fundamento político o legal, sino más bien radica en una elemental y primigenia determinación axiológica. De hecho, en todos los casos mencionados de eutanasia o por diversos testamentos vitales, por un lado, el médico sabe lo que tiene que hacer para prolongar la vida del paciente o al menos para no permitir, acelerar o provocar su muerte prematura, debiendo elegir actuar acorde a sus principios

profesionales, políticas institucionales o bien en función de las normativas legales, siempre pudiendo prestar anuencia u objetar cualquiera de ellas acorde al principio axiológico o valor que regula su comportamiento y lo hace decidir entre diversas cuestiones de importancia, incluyendo el rechazar que dicha decisión le competa por no ser una estrictamente médica. Y por otro lado, que el mismo paciente se abstenga de un tratamiento o provoque su discontinuidad, o bien un tercero lo omita o discontinue por él, ya sea desconectando una máquina o cualquier instrumentación, o bien interrumpiendo los fluidos por sonda o catéter, y más aún cuando se acciona poniendo a disposición sustancias o se aplican drogas con consecuencias letales, para todo ello no se requiere de ninguna técnica, habilidad o conocimiento en particular o especializado, y por ende no necesitando del profesional médico. Más bien, la problemática se reduce a la relación del hombre con las circunstancias de su vida sobre la base de una determinada significación axiológica atribuida a su propia existencia.

3. SIGNIFICATIVIDAD Y AXIOLOGÍA

Emerge ahora la pregunta por los significados o sentidos axiológicos que el hombre otorga a su vida, a su existencia, y sus fundamentos e implicaciones respecto del suicidio y la eutanasia. La respuesta a esta cuestión es tan variada como los diversos sistemas axiológicos y cosmovisiones, debido a que la vida es la condición dada que hace posible la concreción de todo tipo de valor. Es decir, la condición para poder manifestar los actos de preferir y preterir, elegir o determinar entre diferentes importancias en pos de lo cual el individuo cancelando algunas en favor de implementar otras, manifiesta en dicha decisión el valor o principio axiológico que lo comanda.³⁰ Resulta importante notar por motivos de claridad y precisión, la distinción metodológica realizada aquí entre el concepto de importancia y el de valor axiológico, siendo este último lo que redundantemente se llama "valor supremo" y erróneamente da lugar a la expresión "valor relativo" como una *contradictio in terminis*. Dado que tal como ya se ha mencionado, aquello por lo cual y en última instancia el individuo cancela o postpone algo de importancia

30 Ver Stephen Pepper, *The Sources of Value*. Berkeley: University California Press, 1970. Joseph Margolis, *Values and Conduct*. New York: Oxford University Press, 1971. Karl Aschenbrenner, *The Concept of Value: Foundations of Value Theory*. Dordrecht: Reidel, 1971. Steven Connor, *Theory and Cultural Value*. Oxford: Blackwell, 1992. Irving Singer, *Meaning in Life: The Creation of Value*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992. Vol. I. Archie J. Bahm, *Axiology: The Science of Values*. New Mexico: World Books, 1984.

en pos de otro algo de importancia resulta en el valor axiológico. Luego, si bien hay importancias relativas, en el proceso de preferir y preterir entre aquellas cada vez de mayor jerarquía y ante una circunstancia que las haga mutuamente excluyentes, el sujeto llega a aquello que postpone todo y no es postpuesto por nada, esto es, el valor, el cual ofició siempre de rector decisor y determinante de todo conflicto anterior entre importancias relativas.

En este punto resulta necesario desbrozar algunas expresiones o formulaciones retóricas y manipuladoras de la opinión pública, lemas que conquistan lugares en los dichos y explicaciones populares, deviniendo luego en ideologías y finalizando en programas políticos sancionando luego leyes afines, siempre en pos de dar un tratamiento objetivo de la cuestión y no la mera imposición de intereses o segundas agendas cuando no conciernen a la validez de los argumentos que puedan esgrimirse.

Respecto de la primera expresión a tratar, cuando se habla del "valor de la vida" es importante notar que se está cometiendo un solecismo aplicando inapropiadamente el concepto de valor, dado que si bien todo valor tiene validez o vigencia sólo bajo la premisa de que se vive, dicha condición en sí misma no es habiente de significado axiológico. En otros términos, la vida no es sino el substrato o escenario que posibilita dicha manifestación de valores y no aquello sobre lo que se predica el valor, dado que en su opuesto, la muerte, el hombre no existe, careciendo de sentido el predicar la elección entre la vida y la muerte.

De hecho esto también aplica, y hasta es posible decir que surge dentro de los términos del judaísmo, pero con alcance universal, en virtud de lo planteado por el Deuteronomio 30:15-20, *Mira, he puesto hoy delante de ti la vida y lo bueno, y la muerte y lo malo, lo que te encomiendo hoy: amar a Dios tu Señor, andar en Sus caminos y guardar Sus mandamientos, Sus estatutos y Sus leyes, para que vivas y te multipliques y Dios tu Señor te bendiga... [...] Pongo hoy por testigos ante ustedes al cielo y a la tierra: he puesto delante de ti la vida y la muerte, la bendición y la maldición. Deberás escoger la vida, para que vivas tú y tu descendencia....* Aquí no se expone la alternativa biológica entre la vida y la muerte, sino la demanda de vivir acorde a las leyes de Dios y no apartado de éstas y por ende de Él, lo que significa la vida o la muerte respectivamente, en similar tono con el Deuteronomio 32:46-47 que dice: *Y les dijo [Moisés]: Apliquen sus corazones a todas las palabras sobre las que yo les doy testimonio en este día, las cuales ustedes deberán encomendar a sus hijos para guardar y cumplir todas las palabras de esta Torá. Pues no es algo vano para ustedes, ya que es vuestra propia vida...*

Nuevamente, aquí se indica que la existencia en el cumplimiento de lo dicta-

minado por la Torá es la misma vida.³¹ Similar consideración es posible concebir ante el frecuente error de considerar la vida como sagrada o institución divina debido al mandamiento en Éxodo 20:13 y reiterado en Deuteronomio 5:17 que prescribe el "no asesinarás", lo cual básicamente postula la proscripción de tomar la vida ajena cuando la Ley judía no lo demanda ni justifica. O bien traducido al sistema de derecho, la prohibición de matar a otro individuo con dolo, alevosía, ensañamiento, con premeditación, por precio o recompensa remunerativa, o deliberadamente y bajo cualquier motivo fuera del marco legal bajo el cual estaría justificado legalmente matar a otro. Y esto mismo acontece análogamente con otros mandamientos de los referidos versículos citados, por ejemplo el que prescribe "no robarás", postulando la prohibición de apropiarse de lo ajeno y no significando que la propiedad privada es sagrada o una institución divina.

En otras palabras, si el significado que los individuos le asignan a sus respectivas existencias está relacionado con la persecución en pos de la concreción de valores, logro de objetivos, anhelos, satisfacción de deseos y placeres, luego, estos poseen vigencia sólo en la medida en que dicho individuo vive, es decir, dentro del marco de la vida. Pero dicha vida biológica en sí misma no posee significado axiológico, es indiferente a ello, debido a que no se la ha conseguido, no es sujeto de justificación intencional, sino más bien es algo dado, con explicación biológica. Más aún, desde un punto de vista moral, la distinción entre lo considerado bueno o malo, acontece sólo en la vida, y no fuera de esta. No vivir o la ausencia total, absoluta y sin retorno de toda búsqueda o implementación de valores, satisfacción de intereses, deseos o anhelos, y sus conflictos y esfuerzos respectivos, no es un salirse del juego tal como postulaban los estoicos, sino más bien romper el juego, dado que en éste siempre existe la perspectiva externa de quien está interesado o no en participar, aspecto que no ocurre ni hay posibilidades de hallar en la relación de la vida frente a la muerte. Fuera de la vida, el individuo no existe y por ende resulta absurdo predicar que éste posee una perspectiva externa desde la cual decide compartir o no aquello llamado vida. Por ello, ante la falta de comparación entre la existencia y la no existencia, la pregunta del individuo por el suicidio no es un problema funcional o relativo a descubrir o saber el significado o sentido de la vida como tal, dado que no hay una perspectiva externa a ella. Por ello, la cuestión no radica en lo cognitivo, no hay qué descubrir ni qué saber, más

31 Ver comentarios de estos versículos por parte de los más destacados y relevantes exégetas en el judaísmo tales como Shlomo Itzjaki (acrónimo RaShí, 1040-1105), Abraham ibn Ezra (1092-1167), Eliahu Mizraji (c.1455-1525/6) en su *Sefer HaMizraji*, Ovadia Sforno (c.1475-1550) y Shabetai Bass (1641-1718) en su *Siftei Jajamim*, entre otros.

bien es un problema existencial donde lo único que hay es la cuestión de una vida en determinadas situaciones frente a otra. Y consecuentemente en última instancia, la cuestión del suicidio es una determinación axiológica subjetiva, existencial y arbitraria, aun cuando se la quiera presentar o justificar racionalmente o con verdades objetivas. De hecho, probado está que individuos en las mismas situaciones de vida extremas y con similares ausencias de expectativas, algunos de ellos se han suicidado y otros han continuado viviendo.

Dicha importante aclaración, explica congruentemente el hecho que no siendo la vida un ente intencional sino un fenómeno biológico dentro del cual el hombre existe, quien desee la vida eterna, por ejemplo, no es debido a que la vida biológica para él tenga en sí misma un valor sino que la satisfacción de sus particulares deseos y aspiraciones son los factores que dan sentido y motorizan el querer continuar viviendo y los esfuerzos denodados para ello, siempre que se mantenga la calidad de vida tal que permita aquellas satisfacciones. Y aquí es posible ya observar posibles principios de significatividad buscados, siendo uno de ellos la satisfacción de los deseos personales. No obstante también es posible que la significatividad de la vida radique en otra clase de deseos, no siendo estos exclusivamente dependientes y restringidos a lo desiderativo personal o particular del sujeto, sino que pueden ser trascendentes e incluso permanecer dichos deseos insatisfechos, no sólo relacionándolos con la particular existencia individual sino con una continuidad en otros. Estos deseos trascendentes son los denominados "deseos categóricos", como aquellos que si bien no se satisfacen en la vida, motorizan lo volitivo del sujeto y el querer seguir viviendo.³² En este sentido, el significado que el individuo le otorga a su existencia se relaciona con la voluntad y los deseos o aspiraciones que posee el sujeto para mantenerlos vigentes, cumplirlos, y por ello muchos han visto en dicha voluntad desiderativa y aspiracional un argumento para demandar honrar aquél fenómeno biológico básico y dado, que es el de vivir. Por otro lado, también hay quienes sin hacer depender la significatividad de la vida humana en los deseos, anhelos o satisfacciones particulares o trascendentes, conciben toda manifestación de vida en general, no sólo la humana, como algo significativo por sí mismo y por ende reverenciándola y elevándola al estatus de sagrada. Esta perspectiva vitalista la cual hace del fenómeno biológico de la vida el mismo principio axiológico, incluye algunas aproximaciones religiosas como el cristianismo, otras místicas, así como naturalistas, panteístas e incluso

32 Bernard Williams, "Person, Character and Morality". En Amélie Rorty, (Ed.), *The Identities of Persons*. Berkeley: University California Press, 1976, pp. 197-216.

humanistas.³³ Otra de las alternativas, y en líneas generales, se encuentra en quienes otorgan significatividad a la vida basada en la propia voluntad y autonomía determinativa de quien es habiente de ella, lo que por un lado genera el respeto por la voluntad del sujeto en seguir o no viviendo en función de sus particulares intereses y libertades, así como también demandando respetar el interés básico y la libertad del otro en vivir.

Resulta relevante detenerse en esta última variable de significatividad, debido a que ha devenido en la segunda expresión a desbrozar, tal como se ha analizado la primera respecto del "valor de la vida". Este factor de significatividad basado en la noción de autodeterminación entendida en términos omnicomprendidos en lo que respecta al mismo individuo, ha dado lugar a lo que erróneamente se llama "derecho a morir" así como también "derecho a la vida" como parte de los derechos individuales y en sentido universal, de los derechos humanos. Y este error es similar al ya mencionado de predicar el valor como atributo de la vida, dado que el concepto de "derecho" posee significado, sentido y vigencia sólo en un entorno jurídico donde las leyes atribuyen aquellos derechos al humano estableciéndole también sus deberes y prohibiciones, siendo todos ellos susceptibles de ser basados racionalmente, limitando su alcance y vigencia. No obstante, la propia existencia del humano o su muerte como criatura biológica tal como ya se ha mencionado, no es un producto con aquella base institucional sino algo dado naturalmente, viviendo con precedencia a su voluntad y muriendo con independencia a ésta, y por ende indiferente desde lo axiológico. Luego, este humano cuya vida y muerte pertenece al dominio de la naturaleza biológica es algo dado y explicable biológicamente y no un producto institucional justificable racional e intencionalmente. En otras palabras, su existencia física y luego su ausencia física carecen de base o principio racional para establecerla como un derecho –el derecho a la vida o a la muerte–, y por ende tampoco son susceptibles de fijarles o discutir límites o restricciones para su vigencia o validez tal como sí se hace con todo aquello que es objeto de normativa legal.

Ejemplificando esto para su mejor entendimiento, el derecho a un artículo como

33 Uno de los más influyentes exponentes de esta doctrina que conjuga tanto el cristianismo como el naturalismo y el misticismo escatológico es Albert Schweitzer (1875-1965), en sus principales obras filosóficas al respecto tal como *Die Ehrfurcht vor dem Leben: Grundtexte aus fünf Jahrzehnten* (La Reverencia por la Vida: textos básicos de cinco décadas); o su *Ehrfurcht vor den Tieren: Ein Lesebuch* (La Reverencia por los Animales: un lector), o bien sus dos volúmenes del *Kulturphilosophie* (Filosofía de la Cultura); *Aus meinem Leben und Denken* (De Mi Vida y Mi Pensamiento).

propiedad es establecido acorde a un sistema jurídico, adquiriéndolo por una compra legal, recibiendo como regalo o por herencia. Pero si dicho artículo no fuera reconocido como la propiedad de un sujeto, y por dicho motivo protegido o resguardado por ley, otro podría disponer de aquel artículo a voluntad sin que nadie se perturbe o altere por ello. Es decir, el sujeto, siendo propietario posee autorización jurídica sobre este derecho y ante la duda, hay una autoridad institucional aceptada y reconocida por la misma sociedad, que entiende respecto de esta ley vigente y antes de comenzar cualquier discusión, está claro quién o qué establece este derecho y todos los factores en que este derecho se basa, ninguno de los cuales tiene relación con lo dado naturalmente. Así, respecto de los árboles, plantas, insectos o animales, siendo todos ellos organismos vivos reproduciéndose sexuada o asexualmente, y muriendo independientemente de toda justificación intencional, sino con explicación biológica, cuando no tengan dueño, cualquiera puede por ejemplo podar, cortar o transplantar los primeros, si en ello encuentra un beneficio, o bien matar a los últimos si es que perturban, perjudican o molestan. De similar forma debería concluirse respecto del humano, quien es producto de la misma realidad natural y no institucional, es decir, no posee una base racional para un derecho a su vida. Por ello no tiene sentido el predicar un derecho a vivir o a morir, sino que se estaría incurriendo en lo conocido por los lógicos como un "error categorial", es decir, el error cometido cuando se usan conceptos pertenecientes a un plano de la realidad, traspasándolos a otro en el cual no tienen significado ni validez.

En este caso, el concepto "derecho" el cual surge como producto institucional habiente de significado sólo dentro de un contexto jurídico y social, es traspasado a un plano de la realidad donde erróneamente se lo aplica a cuestiones dadas desde la propia naturaleza. Similarmente al mencionado error que ocurre con el predicar el valor respecto de la vida siendo lo correcto predicar el valor manifiesto por las acciones en la vida, y su congruencia e incluso surgimiento desde la ya mencionada propia fuente y exégesis bíblica, se observa también que la facticidad de la vida y muerte del individuo como fenómenos que anteceden a su propia volición y en consecuencia axiológicamente indiferente, es acorde a y claramente manifiesta ya desde la antes mencionada Ley Oral judía hace más de 2.000 años, cuando predica *...pues contra tu voluntad [forzosamente] fuiste creado, y contra tu voluntad [forzosamente] naces, y contra tu voluntad [forzosamente] vives, y contra tu voluntad [forzosamente] mueres...*³⁴

34 Mishná, Abot IV:22.

Con esto en mente, técnicamente la pregunta por el suicidio y su derivado, la eutanasia voluntaria, obviamente no surge en aquellos que le otorgan a la vida biológica un significado *per se* y difícilmente en quienes, sin concebirla autosignificante, la consideran el substrato y condición de base para perseguir objetivos que la trascienden. No obstante, en las demás perspectivas, no es una pregunta por el valor de la vida o por el derecho a la vida o a la muerte, sino por el de una calidad de vida particular o condición existencial, su logro, mantenimiento o pérdida y su consecuente incidencia en los subjetivos deseos, anhelos, objetivos, propósitos o satisfacciones acorde a la variable axiológica que se imponga como rectora, determinando continuar vivir o no. Luego, la pregunta por el suicidio o la eutanasia voluntaria, cuando surge en estas últimas perspectivas, conduce directamente a la significatividad otorgada a la vida como variable subyacente y manifiesta en términos prácticos en lo considerado como calidad de vida, instrumentando o implementando las consecuencias de aquella significatividad.

Uno de los ejemplos occidentales paradigmáticos dentro de esta perspectiva que asocia o remite la significatividad de la vida a su calidad, en términos filosóficos, es el caso de Sócrates. Platón narra que aquél ya sentenciado a muerte, mientras se encuentra encarcelado por las acusaciones de graves delitos de impiedad en el sentido de sacrilegio o apostasía, y corrupción de los jóvenes mediante sus enseñanzas,³⁵ es visitado en prisión por su amigo Critón quien acompañado de otros y considerando injusta su pena, le ofrece la posibilidad de escapar y exilarse.³⁶ Sócrates, rechazando dicha propuesta de fuga en favor de cumplir con la pena sentenciada por el tribunal, argumenta que al huir transgrediría y destruiría las leyes de Atenas y por ende la propia *polis* que le posibilitó su existencia, crianza, educación y en definitiva, su propia vida habiendo desposado a sus padres.³⁷ Es decir, aun cuando la condena fuese injusta, no siendo ello causa de las mismas leyes sino más bien responsabilidad de los propios hombres, en caso que se escapare estaría siendo injusto no con los hombres sino con las propias leyes. Y así su vileza sería mayor a la padecida, dado que devolviendo injusticia al transgredir la leyes por padecer injusticia hecha por el hombre, no sólo rompe con el tácito contrato entre el ciudadano y la *polis* donde reside, la cual es más digna de estima que sus

35 Platón, *Apología de Sócrates*. Madrid: Gredos, 1993. 19b, 24b, pp. 151,159. Los argumentos y el desarrollo de la acusación y defensa son descriptos detalladamente a lo largo de este Diálogo, siendo el cargo de impiedad particularmente analizado en el Diálogo titulado *Eutifrón*.

36 Platón, *Critón*. Madrid: Gredos, 1993. 45a-46b, pp. 196-198.

37 *Ibid*, 50a-54d, pp. 204-210.

individuos particulares, sino que destruye a esta última, dado que la *polis* existe en virtud de la observancia de la ley por parte de sus miembros.

Aquí resulta patente que el Sócrates de Platón considera que la vida individual por sí misma no es lo primordial, sino la vida moralmente justa, según su propia concepción, la vida buena o meritoria de ser vivida. Pudiendo hacer extensivo este concepto a otros ejemplos donde la adjetivación a vida puede ser placentera, ética o digna, entre otras, y en función de las diversas doctrinas filosóficas, siempre y en definitiva todos estos calificativos son los que otorgan significado a la existencia. Y así, dentro de este entorno es como se juzga la justificación filosófica de mantenerse con vida o de quitársela, por sobre todo en las circunstancias críticas donde se pone en juego la correspondiente significación axiológica tal como en las ya mencionados tragedias griegas, o en el ideal de una nobleza caballeresca o guerrera, en Platón relativamente, y por sobre todo en los estoicos, en el emotivismo utilitarista de Hume, en Montaigne así como en el nihilismo de Nietzsche, contrariamente a Pitágoras, Aristóteles, Epicuro, Plotino, Locke, Rousseau, Kant y Schopenhauer entre otros.

Es importante resaltar una consecuencia lógica de esta perspectiva de significatividad de la vida humana basada en la mencionada calidad de vida cuando se torna omnimoda tal como es su naturaleza. Calidad de vida que está en función y dependiente del principio axiológico bajo el que se juzga aquella significatividad, dado que aquí toma lugar la consecuente diferencia entre la vida meritoria de ser vivida y la que no, la vida que vale la pena continuar y la que no. Pudiendo entonces bajo esta perspectiva dictaminar respecto de las ya mencionadas diversas formas eutanásicas neonatales y sociales incluidas en la actual eugenesia, y desde ya también respecto de la eutanasia no voluntaria o impuesta, la supuesta autorización para matar a todo individuo en estado de coma o vegetativo, demandando continuos cuidados para su higiene, nutrición e incluso necesitado de un respirador artificial, dado que su vida biológica, por ejemplo, en términos racionales carece de significado. Y de forma similar, se aplicaría el mismo criterio definiendo el sinsentido de la vida y la autorización para matar a quien ha perdido o en quien se encuentra severamente lesionada la facultad de conocimiento, consciencia o percepción, y por ello carente de identidad y subjetividad. De hecho el propio Hitler y tal como es harto sabido, mediante la organización llamada Aktion T-4, bajo este mismo criterio de significatividad en función de la calidad de vida, en este caso dada por la capacidad racional y/o física, asesinó entre 200.000 y 250.000 enfermos mentales y discapacitados físicos entre 1939 y 1945, no necesariamente judíos sino arios puros, por considerarlos vidas sin significado, sin cuantía, que no valían la pena, y desde ya tampoco costear su mantenimiento, ni para sus familias

ni para el Estado.³⁸ Huelga decir que siempre se podrá enmascarar otros intereses alegando que la muerte provocada a quien padece la disfunción según el principio axiológico impuesto, es por razones de dignidad y compasión, piedad y/o misericordia hacia el sujeto en cuestión. Incluso cuando se trate del caso –bastante común en el presente–, donde un paciente se encuentra en estado comatoso o vegetativo, en el cual los argumentos de piedad y dignidad claramente no recaen sobre él –aun cuando permanentemente pretendan endilgárelos a éste–, sino sobre quienes están a cargo de él y en beneficio de ellos, en pos de liberarse de las angustias, tribulaciones y pesadez física y espiritual de dicha situación, poniendo de manifiesto así no sólo el deseo de despojarse de toda responsabilidad sino también lo peligroso de dichas formulaciones y criterios.

Se ha observado con lo hasta ahora expuesto, que las respuestas al tema del suicidio y la eutanasia, tal como se las ha caracterizado y definido abordándolas no desde un reduccionismo a lo patológico sino desde una perspectiva eticista, no provienen de una distinción entre acción y omisión *per se*, ni del solecismo del valor de la vida, ni del error categorial al predicar un derecho a la vida o a la muerte. Tampoco es materia de conocimiento ni de un saber específico y por ello no es susceptible de objetivación universal. Más bien, la problemática radica en la posibilidad de racionalizar la relación del hombre y su vida en función de un principio axiológico o valor predeterminado, rector de todo lo subsecuente. En otras palabras, el centro neurálgico de la cuestión es la posibilidad del hombre para establecer o fijar un significado o sentido en su existencia a partir de un cierto valor, justificando y argumentando luego la relación entre el fenómeno biológico de la vida y el actuar del hombre en ella, siendo dicho valor por su propia definición ya expuesta, cuestión de determinación y no de conclusión racional justificada y argumentada. Es decir, sin un metavalor, dado que de lo contrario el valor sería entonces aquello anterior y premisa mayor de la conclusión. Así, las cuestiones relevantes en relación al suicidio o su derivado, la eutanasia voluntaria, o bien la no voluntaria, así como lo relativo a los testamentos vitales, son las que refieren a aquello que hace significativa la existencia, aquellos valores axiológicos a los cuales los hombres someten la continuidad de sus respectivas vidas, o incluso haciendo de ésta el propio valor, manteniéndola más allá de toda circunstancia.

38 Donna F. Ryan y John S. Schuchman, (Eds.), *Deaf People in Hitler's Europe*. Washington D.C.: Gallaudet University Press, 2002, pp. 61-63.

4. CASUÍSTICA Y JURISPRUDENCIA JUDÍA

Para abordar el tópico en cuestión es conveniente comenzar analizando el caso y sus implicancias del homilético texto de Shimón (HaDarshán) de Frankfurt (s.XIII), *Ialkut Shimoní*,³⁹ en el cual se narra *El suceso sobre una mujer muy anciana que fue ante Rabi Iosi ben Jalafta y le dijo: Rabi, avejenté en exceso y ahora vivo una vida detestable, no puedo probar comidas ni bebidas, y solicito liberarme de este mundo. Le dijo [Rabi Jalafta]: cuál precepto [en este caso "acto digno" dado que la mujer no está preceptuada al rezo (el cual es mencionado luego)] usted practica diariamente [y que por su gran mérito le ha permitido vivir tanto]; le dijo [la anciana]: voy todas las mañanas a rezar a la sinagoga y no permito que nada interfiera con dicha práctica. Le dijo [Rabi Jalafta]: evite ir a la sinagoga durante tres días consecutivos.⁴⁰ [La anciana] fue e hizo así, y al tercer día enfermó y murió. Así [Por ello] dijo Salomón "Feliz de [Bendita sea] la persona que Me oye [a Dios]..." ¿y qué dice luego? "Porque el que Me hallare [a Dios], hallará la vida." [Prov. 8:34-35].*

El rabino Eliézer Waldenberg, contemporánea autoridad legislativa judía, al analizar este caso lo compara con otro paradigmático anterior, el de Rab Janiná ben Teradión en el TB, *Avodá Zará* 18a. Este sabio judío, ante su inminente muerte en la hoguera a manos de los romanos, quienes deliberadamente disminuyeron las llamas y coclocaron esponjas de lana en su pecho con el objeto que muera lentamente intensificando todo lo posible su sufrimiento por las quemaduras, es demandado por sus alumnos quienes le indican que abriese la boca para así acelerar su muerte dejando de sufrir. Pero la respuesta por parte de éste sabio fue que *Más correcto es que la tome [mi alma] quien la dio [en referencia a Dios] y no se dañe uno a sí mismo [acelerando su muerte].* Inmediatamente luego ocurre que *Le dijo su ejecutor [el verdugo], "Rabi, si yo aumento las llamas [liberando a su curso normal el proceso de ejecución capital] y extraigo las esponjas de lana de sobre tu corazón [el pecho] [desobstruyendo todo aquello que artificialmente retarda tu muerte prolongando tus tormentos] tú me llevas al mundo venidero? [Teradión] Le dijo, sí. Júramelo [le pidió el ejecutor]. Se lo juró [Teradión]. Inmediatamente aumentó las llamas y extrajo las esponjas de lana de sobre su corazón*

39 Shimón (HaDarshán) de Frankfurt, *Ialkut Shimoní HaShalem*. Jerusalem: Vagshal, 2003. Vol. III "Ekev" 871, p. 70.

40 Este caso no se aplica a un hombre dado que a diferencia de la mujer, aquél está preceptuado a cumplir los tres rezos diarios. En la *halajá* o Ley judía, si bien para la mujer el rezar es meritorio y digno de alabanza, no está preceptuada a ello y por ende su omisión tal como en este caso no es considerada una transgresión.

[pecho], y *salió su alma* [murió] *rápidamente*. Es otras palabras, Rab Teradión no acelera su muerte ni se la inflige a sí mismo por su propia mano, sino que ante la inminente, certera e irreversible muerte simplemente permiten quitar aquello que la obstruye y provoca una artificial prolongación de la agonía y sufrimiento. El Rab Teradión cumple con la prohibición de darse muerte por propia mano, aun también es posible decir que incumple en su accionar primero con la proscripción de ponerse en peligro mortal, tanto él mismo como a otros,⁴¹ dado que a pesar del decreto romano y según su propio maestro, el Rab Iosi ben Kismá, sigue enseñando Torá en público y abiertamente. No obstante, cabe distinguir que al ser Teradión un referente por su suma devoción, temor reverencial y amor a Dios, está autorizado para obrar bajo la figura *ex gratia*, ejemplificando la no liviandad de la observancia preceptual no cancelando ni siquiera un precepto menor prescriptivo o costumbre específica judía en épocas de decretos contra judíos. Aun cuando no se encuentre bajo la coacción mortal directa de un tercero que pretende *ex profeso* que reniegue o profane el nombre de Dios, o bien que cambie su costumbre judía por otra propia del gentil.

El motivo estimado más aceptable por Waldenberg para lo obrado por el Rab Jalafta y que acuerda con el caso de Teradión es que en aquel episodio de la anciana *fue únicamente por medio de "segulot"*,⁴² y *por ello le permitió utilizar el criterio (Shev VeAl taasé) "siéntate y no hagas"*, no siendo por mano propia ni por acciones o agentes causales físicos y más aún enfatizando que *De todas formas, no hay que aprender de allí* [de este caso] *la general permisión* [para morir] *mediante el criterio "siéntate y no hagas"*, *debido a que allí fue únicamente*

41 Ver Maimónides, *Mishné Torá "Ijtot Rotzeaj uShmirat HaNéfesh"* XI. Ver también Iakov ben A(O)sher, *Arbaá Turim "loré Deá"* 116, y Iosef Karo, *Shulján Aruj "Joshén Mishpat"* 427.

42 Si bien el término hebreo *segulá* (pl. *segulot*) acorde al uso bíblico denota un tesoro único y preciado (Éxodo 19:5), se ha usado dicho término en relación a los contenidos o facultades singulares de determinados ritos que acorde a la *kabalá* o tradición mística judía conlleva la concreción de deseos, aspiraciones o diversas utilidades para el hombre. Estos ritos pueden constituirse no sólo por acciones como la repetición de ciertos versículos, sino también y como en el caso tratado, por omisión. Ver Mishná "*Shabat*" VI:2; VIII:3. Midrash *BaMidbar* (Números) *Rabá* 14:22, en edición de *Midrash Rabá*. TB, *Sotá* 46b. TB, *Menajot* 29b. TB, *Meguilá* 3a. TB, *Avodá Zará* 18a. Ver Maimónides, *Moré Nevujim*. Tel Aviv: Tel Aviv University Press, 2002. Vol. I:61, pp. 155-158. Ver también Iosef Karo, *Shulján Aruj "loré Deá"* 179:12.

mediante “segulot”⁴³ siendo estas *segulot* rituales que de hecho, es importante destacar, no constituyen mecanismos de certera eficiencia operativa en los efectos deseados.

Y esto mismo hace surgir la cuestión por la cual si quien está a punto de morir, siendo su situación irreversible y estando por demás sufriente, puede o no rezar él mismo para morir o bien terceros para que éste muera. No pocos casos bíblicos refieren a quienes han implorado a Dios que les quitase la vida, caracterizados por una situación de extrema aflicción espiritual, siendo específicamente aquellos como el de Moisés cuando dice *Yo solo no puedo cargar a todo este pueblo, pues es más pesado que yo. Y si de este modo Tú me haces, te ruego que me des muerte, si es que he hallado gracia en tus ojos, para que yo no vea mi mal.*⁴⁴ El caso del profeta Eliahu quien huyendo al desierto de Joreb Anduvo en el desierto un día de camino, llegó, se sentó debajo de una retama; pidió que su alma muera, y dijo: “¡Es demasiado!. Ahora, Oh Dios, toma mi vida, porque yo no soy mejor que mis padres.”⁴⁵ O bien el caso del profeta Ioná, quien le solicita a Dios *Entonces ahora, oh Dios, toma por favor mi alma de mí, porque es mejor mi muerte que mi vida.*⁴⁶ De hecho es posible también adicionar a estos casos aquellos quienes sin solicitar que Dios les quitase la vida, sí se lamentan de haber nacido tal como el profeta Jeremías quien apenándose de sus aflicciones implora a Dios *¿Por qué no me ha matado en la matriz, y hubiera sido mi madre mi tumba, y su matriz embarazo continuo? ¿Para qué de la matriz he salido, para ver esfuerzo y tristeza; y terminar con vergüenza mis días?*⁴⁷ Y el paradigmático caso de Iov, quien ante una situación, tal vez la más límite entre aquellas, y que en verdad se encuentra fuera de la concepción sensorial y emotiva del hombre común, dice *Desaparezca el día en que fui dado a luz, la noche que se ha dicho fue concebido un varón,*⁴⁸

43 Eliézer Waldenberg, *Tztiz Eliézer*. Jerusalem, 1990. Vol. XVIII:48, p. 84; Jerusalem, 1992. Vol. XIX:10, pp. 18-19. Este mismo caso puede aplicarse al comentario de Shmuel Edels (MaHaRShA, 1555-1631) en su *Jidushei Halajot VeAgadot* al TB, *Berajot* 47a. Dicha cita talmúdica trata sobre las *segulot* ante una bendición o cuando la ley cultural y litúrgica determina pronunciar “Amén”, determinando que quien pronuncia correctamente dicho vocablo y de forma prolongada, se prolongarán también sus días. Pero si lo hace incorrectamente pronunciándolo parcialmente o bien antes de finalizar la bendición, así también su vida será truncada. Respecto de esto Edels dice que el error está en pensar que la prolongación de los días y años en demasia sean necesariamente algo bueno, tal como dice Eclesiastés 12:1 y *lleguen años que dijeres no tengo deseo en ellos.*

44 Números 11:14-15.

45 Reyes I, 19:4.

46 Ioná 4:3.

47 Jeremías 20:17-18.

48 Iov 3:2.

y luego *¿Por qué no hube muerto en la matriz, o desde el vientre hubiese salido y perecido?*⁴⁹ Y más tarde, dirigiéndose a Dios, le implora *Eligió el ahogo mi alma, a la muerte más que a mis huesos. Deseché la vida, pues no para siempre viviré. Haz cesar la vida de mí, porque en vano son mis días.*⁵⁰ Parecería entonces permitido solicitar a Dios misericordia pidiéndole por la propia muerte en caso de severos sufrimientos o tormentos, dejando que sólo Él sea el que decida sin, desde ya, obrar accionando para provocarla o acelerarla uno mismo. Luego, de estar ello permitido, podría colegirse también que un tercero pueda realizar una solicitud del mismo tenor a Dios en pos de su prójimo cuando se encuentra en dichas circunstancias.

Ya en la literatura talmúdica se encuentra en TB, *Taanit* 23a, el caso del gran sabio y justo del s. I a.e.c., Joni HaMeaguel, quien reflexionando sobre Salmos 126:1 cuando el Rey David en su visión profética dice respecto de la diáspora de los judíos en Babilonia luego de la destrucción del primer Templo de Jerusalem (586 a.e.c.), *Cuando haga retornar Dios a los cautivos de Tzión, estaremos como si hubiéramos soñado*, preguntaba *¿cómo es posible que alguien pueda dormir setenta años? Tiempo que duró dicha diáspora hasta el comienzo de la reconstrucción del Templo, luego que Ciro II habiendo conquistado a los babilonios permitió a los judíos su regreso a la tierra de Israel. ¿Y cómo es posible entender aquél período diaspórico como un sueño de siete décadas? Un día, viendo a quien estaba plantando un algarrobo le preguntó cuánto debía esperar para tomar beneficio de aquél, y respondiéndole el hombre que debía esperar setenta años, Joni le preguntó cómo le era posible esperar tanto. El hombre le respondió que sus ancestros plantaron un algarrobo para él, así como él estaba plantando otro para sus descendientes. Luego, Joni se durmió y al despertar vió un hombre que estaba acopiando los beneficios de los algarrobos, éste hombre resultó ser el nieto de aquél a quien Joni le había preguntado, y dándose cuenta que había dormido setenta años, y ya no estando con vida su propio hijo aunque sí su nieto, nadie lo reconocía ni creía que él era Joni HaMeaguel, aun cuando era capaz de responder a todas las dificultades que se le planteaba demostrando que él era realmente aquel sabio. Y así, ...y no le otorgaban el apropiado respeto que él ameritaba, se desanimó y solicitó misericordia, y murió.* De un tenor similar es el suceso narrado en TB, *Babá Matziá* 86a, sobre la muerte del *amoraíta* Rabá bar Najmani (c.270–c.330 e.c.), quien era en su momento el más experto en leyes de pureza e impureza, y que mientras se escapaba de las autoridades babilónicas, el ángel de

49 *Ibid*, 3:10.

50 *Ibid*, 7:15–16.

la muerte es enviado desde los cielos para tomarlo dado que se había planteado en los dominios celestiales un problema con las leyes de pureza e impureza, pero aquel ángel no podía tomarlo ya que Rabá no cesaba de estudiar Torá, siendo esta acción la que impide que el ángel de la muerte pueda aproximarse al individuo.⁵¹ Sin embargo, en el momento que un fuerte viento arremetió contra las cañas provocando un ruido que Rabá pensó se trataba del regimiento babilónico que venía a matarlo, cesó de estudiar Rabá diciendo *descanse mi alma* [prefiriendo morir] y *no sea entregado en manos del reinado* [babilónico], y así el ángel pudo finalmente tomarlo. Caso semejante al descrito en TB, *Moed Katán* 28a, en referencia al *amoraíta* Rab Jisdá, contemporáneo a Rabá bar Najmani, a quien el ángel de la muerte no podía tomarlo por no cesar de estudiar Torá y que luego de perturbarse ante la ruptura de un cedro, allí lo tomó. Así como también se narra respecto del rey David en TB, *Shabat* 30a, quien en una conversación con Dios preguntándole cuánto viviría, Dios le dice que decretó que no sepa el hombre de antemano dicha información. David le repregunta en qué día morirá, a lo que Dios le responde lo mismo, y nuevamente David le pregunta en qué día de la semana morirá, a lo que Dios le responde que su fallecimiento será en *Shabat*. Cuando David le dice que posiblemente él puede extenderlo un día más mediante quienes cuidan de él, Dios le responde que su hijo Salomón debe comenzar su reinado en un *Shabat*, no pudiendo usurpar ni por un momento el reinado destinado a otro, en este caso a su padre, y por ello debiendo David morir en *Shabat*. No obstante, David dice que podría morir antes de *Shabat*, a lo que Dios le responde que Él así no lo desea y que acorde a Salmos 84:11 *Por que es mejor un día en tus patios que mil fuera de ellos*, es mejor un día de estudio de Torá por parte de David a mil ofrendas futuras de Salomón.⁵² Luego David, estuvo todos los *Shabatot* (pl. *Shabat*) de todos sus años estudiando todo el día,⁵³ y el *Shabat* en el cual debía morir, el ángel de la muerte no podía tomarlo hasta que éste fue al jardín en la parte posterior de la casa de David y sacudió los árboles provocando una sorprendente voz. David al escuchar salió a ver qué pasaba y al subir las escaleras uno de los escalones se abrió, es decir, se removió, David se precipitó y en ese momento en que dejó de estudiar el ángel de la muerte pudo tomarlo.

Ahora bien, estos casos tienen un denominador común en cuanto a la muerte de la persona no provocada por sí misma aun cuando aquella solicite a Dios morir,

51 Ver TB, *Sotá* 21a.

52 Reyes I, 3-4.

53 Ver comentarios de RaShí a la cita talmúdica.

o bien dejando voluntariamente de estudiar Torá y/o dejándose perturbar en su estudio, pero siempre a sabiendas que el ángel de la muerte puede tomarlo en dicha circunstancia y que de hecho así sucedió. Un caso paradigmático en este sentido es el narrado en TB, *Nidá* 36b-37a, donde Rab Asi y Rab Shila bar Avina, en Babilonia, dos *amoraitas* del siglo III e.c. discutían muy duramente respecto de ciertas leyes enseñadas por su común maestro, Rav. El Rab Asi, al estar presente en los últimos momentos de vida de Rav interpretó por algunas de sus últimas palabras que dicho maestro se había retractado de una de aquellas leyes, mientras que Shila no aceptaba dicho testimonio dado que de ser así no concebía que Rav no le hubiese informado antes a él. Tiempo después, al enterarse Rab Shila que Rab Asi estaba enfermo y falleciendo, le solicita a su esposa que prepare su mortaja porque deseaba morir conjuntamente a Rab Asi para decir a su maestro, Rav, que él no lo había escuchado a Asi y seguía cumpliendo y enseñando la ley tal como Rav había decretado.⁵⁴ Sucedió entonces que verdaderamente Shila muere, y que luego los mirtos que normalmente se colocan sobre la camilla o litera donde descanza el cadáver para trasladarlo a su inhumación, saltaron de una a otra entre Rab Asi y Rab Shila, manifestando que finalmente hicieron las paces entre ellos.⁵⁵ En este último caso, el de Rab Shila, el *Sefer Jasidim*⁵⁶ en su artículo 1.549 se pregunta cómo supo este *amoraíta* que moriría él también, a lo que responde que evidentemente él sabía qué hacer para morir en el momento que quisiera pero no informa cómo lo hizo o si fue mediante algún ritual místico, cuestión que fácilmente estaría caratulado como suicidio. No obstante, nadie ha considerado el caso de Rab Shila con dicha carátula, y por eso el *Sefer Jasidim* responde simplemente que *debe decirse que Shila solicitó morir como Rabá bar Najmani*, esto es, no se quitó la vida por sí mismo ni mediante rituales o algún accionar místico sino que solicitó a Dios morir, sabiendo de la fuerza de su rezo y teniendo plena seguridad de ello, pero que en definitiva la decisión y determinación final fue de

54 Ver comentarios de RaShí y de Rab Iakov ben Tzvi Emden (RlabeTz) a la cita talmúdica. Ver también Lehuda Loew (acrónimo MaHaRaL), *Jidushei Agadot HaSha*"S. Israel: Bnei Brak, 1980. Vol. IV, "*Nidá*", p. 164.

55 *Ibidem*. Ver comentarios de RaShí y de Shmuel Edels (acrónimo MaHaRShA, 1555-1631) en su *Jidushei Halajot VeAgadot* a la cita talmúdica.

56 Ver Lehuda HaJasid, *Sefer Jasidim*. Ed. Parma, Frankfurt: Wahrmann, 1924, pp. 379-380. Ed. Codex de Rossi, New York, 1960-1965. Vol. III, pp. 205-206. Ver también *Sefer Jasidim HaShalem*. Jerusalem, 1957. Art. 457, p. 122a (243).

Dios.⁵⁷ Cabe aquí enfatizar que el *Sefer Jasidim* en el mismo artículo expresa con motivo de evitar toda ambigüedad al respecto, que *y hay cosas que están prohibidas [en caso] de desear enseñarlas a otros, como por ejemplo quien sepa hacer que en cualquier momento que desee morir, muera.*

En otras palabras, ante los ejemplos tanto bíblicos como talmúdicos donde los protagonistas en sus diversas circunstancias límite solicitan a Dios morir, pero sin provocársela o acelerarla por sí mismos, de ninguna manera se los consideró como suicidas ni siquiera en grado de tentativa más allá de la decisión de Dios en relación a sus respectivas solicitudes. Resulta claro que la diferencia aquí no radica en el accionar físico o en el hablar, dado que si así fuera estaría permitido quitarse la vida cuando se desee siempre que sólo fuera mediante un susurro o un decir, cuestión que bien podría pergeniarse y de hecho tipificado en la Ley judía bajo la figura de *Akimat sefatav Have maasé* "el movimiento de sus labios constituye una acción", donde el decir de uno deviene en una directa y consecuente acción física de otro considerando el habla como parte y causa de dicha acción. La elucidación entonces del límite se encuentra en la prohibición de acelerar o provocar la propia muerte mediante intervención humana donde ésta es la causa agente de ello. Y así el rezo, *per se*, es sólo una solicitud dirigida hacia Dios no considerándola una acción determinante o decisiva en dicho respecto, tal como sí lo es el obrar humano.

Un caso comparativo y su correspondiente exégesis que ejemplifica dicho concepto es el acontecido en el Midrash *Kohelet* [Eclesiastés] *Rabá* 2:21, donde *Ocurrió con un bebedor quien trabajaba todos los días del año, los seis días hábiles,*

57 Ver también la explicación de Shmuel Edels (acrónimo MaHaRShA, 1555-1631) en su *Jidushei Halajot VeAgadot* a la cita talmúdica, quien responde que Rab Shila sintió en su cuerpo que moriría por la excomunión que Rab Asi le había hecho. Aquí, supuestamente debido a que Rab Asi fue quien estuvo hasta el último momento con Rav y por eso su sucesor, a quien la mayoría seguía, si bien pudo haberse equivocado en lo que escuchó de las últimas palabras de Rav, al morir Rab Asi no habría quién levante la excomunión a Rab Shila. Y como Rab Shila estaba seguro que al haber sido alumno de Rav y conocerlo profundamente, su maestro jamás se hubiera retractado de aquella ley, solicitó morir para no dejar la situación sin solución y presentarse ante Rav para dirimirla de forma certera. Dicha explicación en cuanto al propio sentimiento de Rab Shila que moriría y la solicitud a su esposa para preparar su mortaja, se encuentra con la dificultad por la cual, caratulándolo como un *Shejiv MeRaá* "quien yace en malas condiciones", aplicable a todo paciente tan extenuado y débil que debe estar postrado en un lecho o bien a una persona sana pero que dijo explícitamente que siente haber llegado a su final, se estaría transgrediendo la genérica prohibición de realizar para con el afectado, todo aquello que estuviese destinado a quien ya murió estando aquél aún con vida, incluso en caso que sea un *goses*, considerando a quien transgreda dicha proscripción como un derramador de sangre. Dado que esta prohibición sólo se declara para todo quien estuviese a punto de morir y dentro de la genérica prohibición de acelerar su muerte, no aplicaría eventualmente o al menos en menor medida, para el caso explicado tal como en el cuerpo del texto donde Rab Shila simplemente solicitó a Dios morir. Ver también el comentario de Jaim ben Atar (1696-1743) en su *Or HaJaim* "Levítico" 26:3 (21).

pero en *Shabat* no tenía qué comer; ¿qué hizo? Una vez se vistió con su mejor atuendo⁵⁸ subió a lo alto del techo y cayó y murió, y clamó a sí mismo ¡odié la vida!⁵⁹ A Rabi Hoshiáí [las personas se acercaron a él y]⁶⁰ le dijeron que sus jueces [los que él había designado en su *leshivá* (academia de estudios)]⁶¹ estaban bebiendo vino en el mercado [en público], pero no los vio [todo tiempo que no lo vio por sí mismo no lo creyó].⁶² Una vez [Rabi Hoshiáí] salió y encontró a sus jueces bebiendo vino en el mercado, y clamó a sí mismo ¡odié yo la vida!, y se murió [durmió] en paz.⁶³ El Rab David Luria (1798-1855) en su comentario a dicha narración explica que la última expresión del episodio cuando dice que se murió en paz *Se debe decir que en sus [estas] palabras, en este caso, pidió su alma morir "y murió" (como el profeta Samuel que murió antes que Shaúl para no ver su muerte [Samuel I, 15:35]); también hay que decir que quiso expresar [que lo apropiado es] que murió [Rabi Hoshiáí] luego de esto [de lo sucedido] y en su tiempo y en paz. Y debido a que en el suceso del bebedor inmediatamente luego que clamó a sí mismo "odié la vida" cayó del techo y murió; por ello se aclara en el episodio de Rabi Hoshiáí que no se piense, ¡Dios lo prohíba!, que él se suicidó [se quitó la vida conscientemente y por propia iniciativa] por su odio a la vida sino que únicamente murió en paz y en su momento. Y esto que dijo Rabi Hoshiáí, que clamó a sí mismo, parece que al final es porque "mal habrá provocado sobre mí, el hecho que se hace debajo del sol" [Kohélet [Ecles.] 2:17], es decir, en público, en el mercado, a los ojos de la multitud; esto es que le fue nefasto y se afligió tremendamente por ello.*⁶⁴ Más allá de si Rabi Hoshiáí murió o no en este suceso, de suponer el caso de máxima problematidad donde muere a solicitud de su alma por haber visto semejante afrenta, produciéndole tan grande aflicción, no se lo hubiese considerado de ninguna manera como suicida por las razones ya mencionadas, en clara y manifiesta diferencia con el caso del bebedor.

58 Ver los respectivos comentarios de Janoj Zundel en su *Etz Iosef*, de Isajar Berman en su *Matanot Kehuná* y de Zeev Wolf en su *Pirush MaHaRZU*, en edición de *Midrash Rabá*.

59 En referencia al Kohélet (Eclesiástes) 2:17 *Odié la vida porque mal habrá provocado sobre mí, el hecho que se hace debajo del sol; porque todo es vanidad y quebranto de espíritu.*

60 Ver respectivos comentarios de Janoj Zundel en su *Etz Iosef*, de Isajar Berman en su *Matanot Kehuná*, en edición de *Midrash Rabá*.

61 *Ibidem*.

62 Ver los respectivos comentarios de Janoj Zundel en su *Etz Iosef*, de Isajar Berman en su *Matanot Kehuná* y de Zeev Wolf en su *Pirush MaHaRZU*, en edición de *Midrash Rabá*.

63 Ver respectivos comentarios de Janoj Zundel en su *Etz Iosef*, de Isajar Berman en su *Matanot Kehuná*, en edición de *Midrash Rabá*.

64 David Luria, *Jidushei RaDaL* a la cita en edición de *Midrash Rabá*.

Otro caso, pero ahora donde se manifiesta la permisión o prohibición para con terceros que soliciten a Dios por la muerte de quien se encuentra acosado por enormes sufrimientos, es el caso descrito en el TB, *Ketubot* 104a, donde ante el grave estado de salud padecido por Rabi lehudá HaNasí, el gran *tanaíta* denominado Rebi, además del hecho que el lavadero se quita su vida ante la muerte de aquel gran sabio, la criada de Rebi gritó desde el techo que los seres celestiales y los terrenales⁶⁵ quieren a Rebi, prosiguiendo con su solicitud pidiéndole a Dios que Su voluntad sea a favor de la demanda de los terrenales. Luego dice, *Debido a que ella vió cuán a menudo Rebi tenía que sacarse las filacterias por entrar al baño y luego volver a colocárselas, y cuán doloroso y sufriente le resultaba* [probablemente por su enfermedad intestinal]⁶⁶ *dijo: sea la voluntad* [de Dios] *que se impongan los celestiales a los terrenales. Y los sabios continuaban rezando pidiendo misericordia* [para que Rebi viviese]. *La criada tomó un cántaro y lo arrojó del techo [al suelo].* [Y debido al repentino ruido] *los sabios cayeron* [por un momento] *cesando de rezar, y el alma de Rebi descansó* [finalmente murió].

Tal como ya se anticipó, de este caso podría colegirse la permisión para al menos dejar de hacer en pos de dar lugar al proceso natural de muerte, cuando ya sólo cuestiones de orden espiritual o mística están obturando aquel proceso. Aunque por otro lado y debido a que la interrupción del rezo de los sabios fue involuntaria, podría colegirse también que los sabios al no ceder en sus rezos indicarían lo contrario, haciendo todo lo posible hasta que Dios decidiera en favor de las plegarias de los sabios o del requerimiento de los seres celestiales. Todo ello además, tomando en cuenta que no hay indicios de un supuesto castigo a la criada, presuponiendo que hizo lo correcto o al menos algo no prohibido. En este sentido, el Rab David Jazán (1790-1869) expresa que [Respecto del] *El paciente que sufre gravemente y que se encuentra bajo nefastos y múltiples pesares, con ojos consumidos* [languidecientes] *y angustias y denigraciones, incluso su cuerpo herido y doliente, y que sea mejor su muerte que su vida, una vida de aflicciones, no se permite rezar para que muera. A primera vista, parece que* [acorde a lo que hizo] *la criada de Rebi en el capítulo "HaNosé" [TB, Ketubot] 104a, está permitido, pero se debe decir que dicho caso es diferente debido a que los agentes terrenales* [los sabios] *pedían por Rebi* [que viviese] *obstruyendo su muerte* [natural],...⁶⁷ Y si bien

65 Ver la explicación de Shmuel Edels (MaHaRShA, 1555-1631) en su *Jidushei Halajot VeAgadot* a la cita talmúdica, quien explica más detalladamente la referencia a los seres terrenales y celestiales en relación a lo sublime del alma desprendida del cuerpo y la completitud de éste debido a los preceptos cumplidos.

66 Ver comentarios de RaShí a la cita talmúdica.

67 David Jazán, *Iashrei Lev*. Esmirna, 1870. VIII:7, p. 16a.

en términos salvíferos los sufrimientos no son estériles, sino que ayudan a expiar culpas por transgresiones, no obstante y como indica el Rab lehuda HaJasid [de Regensburg] (c.1140-1217) en su *Sefer Jasidim*, *No causamos al hombre que no muera rápidamente* [retrasando su muerte] [...] y *no ponemos sal sobre su lengua para que no muera, y si el "goses"* [moribundo cuya expectativa de vida es menor a 72 horas] *dijera no puedo morir hasta que me coloquen en un lugar diferente, que no se lo mueva de allí*.⁶⁸ Así, está prohibido causar o prolongar deliberadamente sufrimientos en una persona así como acelerar o provocar deliberadamente su muerte, incluso ya no sólo en el ámbito de las acciones o agentes físicos sino también en el dominio espiritual mediante la actuación implementando *segulot*. En el caso de Rebi no se puede predicar de este sabio y justo que necesitara tantos sufrimientos para sus expiaciones, sino que además nadie posee la vara para medir la suficiencia de los tormentos expiatorios, y por ello el criterio aquí radica básicamente en la no obstrucción de un proceso de muerte cuando éste es inminente e irreversible y donde lo único que puede hacerse es extender artificialmente su agonía y sufrimientos, en este caso incluso por medios espirituales. Y esto es absolutamente congruente con otro artículo del mismo *Sefer Jasidim* donde establece que *Y no clamamos por él* [gritar lamentando con profundo dolor] *a la hora de la partida de su alma* [en el momento de su muerte] *para que no retorne el alma y sufra los duros tormentos en el momento de morir* (*Kohelet* [Eclesiastés] 3:2 [Momento para dar a luz, y momento para morir,...]). *¿Por qué necesitó Kohelet decir así? sino debido a que cuando el hombre agoniza, cuando el alma del hombre parte no clamamos por él* [gritar lamentando con profundo dolor] *para que retorne el alma porque no puede vivir sino unos pocos días y en estos sufrirá de tormentos. Y así, no dijo* [el versículo] *"momento para vivir" ya que esto no depende del hombre por cuanto éste no tiene control* [poder o gobierno] *en el día de la muerte*.⁶⁹ Claramente esta cita expresa que cuando la persona está en el irreversible, ineluctable e inminente proceso natural de muerte, no debe hacerse ninguna acción para obstaculizarla provocando únicamente el retardo artificial de los tormentos, tampoco el solicitar que siga viviendo y aun cuando el hablar no se considere acción. Y es por ello que según lehuda HaJasid [de Regensburg], el versículo citado del Eclesiastés no dice *momento para vivir* indicando por ello que existen circunstancias tal como en el momento de muerte en las cuales ya no se acciona para prolongar la vida del sujeto por cuanto ésta ya no depende ni

68 lehuda HaJasid, *Sefer Jasidim HaShalem*. Jerusalem, 1957. Art. 723, p. 579b (358).

69 *Ibid*, 234, pp. 77b-78a (154-155).

está bajo el poder del hombre. Y desde otra perspectiva, el mismo *Sefer Jasidim*⁷⁰ describe la situación en la cual un judío, por cuanto estaba hastiado de su vida no leía tal como lo acostumbrado, dos veces cada versículo de la Torá y una vez su traducción al arameo, tradicionalmente considerado además como un factor que prolonga la vida. Frente a ello, un sabio le dice que con el mismo criterio, quien no desee vivir tampoco entonces debería cumplir el mandamiento de honrar al padre y a la madre,⁷¹ al cual también se le atribuye dicha cualidad espiritual; así como el de ser justo y no estafar en los negocios,⁷² ya que a este precepto se le atribuye el librarse de los pesares que hace de la vida una sufrida. Y este razonamiento por el absurdo, tal como el sabio le dice, es por cuanto la Torá no comandó estos preceptos en función de los intereses personales para que el hombre los ejecute u omita en función de sus deseos o temores a modo de jornalero que trabaja sólo el día que desea o necesita dinero acorde al estándar de vida deseado, sino que más bien la relación del hombre frente a estos preceptos divinos, es como la de un siervo que no condiciona o utiliza a su amo, sino que hace sus deberes más allá de la recompensa o retribución. Resulta claro aquí que el hombre no tiene autorización para obrar incluso hacia sí mismo acertándose su vida por medios místicos teniendo ello vigencia aun bajo el criterio de "siéntate y no hagas".⁷³ En este mismo sentido se aplica el caso bíblico de Jizquiahú, rey de Judea durante el 727-698 a.e.c., quien habiendo enfermado mortalmente, fue advertido por el profeta Isaías quien le dice *Ordena el testamento para tu casa, porque morirás,*

70 *Ibid*, 301, pp. 91a-b (181-182).

71 Éxodo 20:12.

72 Deuteronomio 25:15.

73 Y esto es coincidente con la Mishná, "Abot" IV:22 donde expresa que "*Sabe que todo va de acuerdo a la contabilidad, y no permitas que tu inclinación maligna te prometa que la tumba ofrece escapatoria, pues contra tu voluntad fuiste creado, contra tu voluntad tú naces, contra tu voluntad tú vives y contra tu voluntad tú mueres, y contra tu voluntad en el futuro tú rendirás cuentas ante el Rey de reyes, el Santo Bendito Es Él.*" Donde Maimónides en su *Pirush HaMishná* a la cita, explica que todo ello está bajo dominio celestial y que por dicho motivo la cita no dice que contra tu voluntad transgredes o trabajas, por cuanto éstas y otras variables del mismo tenor sí son cuestiones que se encuentran bajo el dominio del hombre. Y en este sentido el Rab Shimón ben Tzemaj Durán, *Maguen Abot*. Jerusalem: HaKtav Institute, 2003. IV, pp. 337-342, así como luego el Rab Ovadia MiBartenura, explican en sus respectivos comentarios a la cita de la Mishná, que el vivir contra la voluntad se encuentra en relación a Iov 14:13 donde prefiriendo morir un tiempo para luego revivir con los pecados perdonados y sin sufrimientos, Iov, por sus terribles tormentos dice *¿quién daría la posibilidad que en el sepulcro me ocultes, me escondas hasta que vuelvas de tu furia?* Entendiendo por "vivir contra la voluntad" el *que hay hombres oprimidos por sufrimientos y que deseando morir no pueden*, al igual que el alma cuando al despertar el hombre, Dios la obliga a incorporarse a pesar de su negativa por los pesares que esto conlleva, en relación a su plenitud en su estadía dentro de los dominios celestiales. rio del Rab , el Rab hombre.ue contra tu voluntad transgredes o trabajas, por cuanto estos y otros del mismo tenor

y *no vivirás*.⁷⁴ Esta redundancia en el morir y no vivir es explicada en TB, *Berajot* 0a, por cuanto morirá en este mundo y también en el venidero no teniendo parte en éste, debido a que incumplió el precepto de procrearse. Más allá que en el relato bíblico, luego de un profundo arrepentimiento, Jizquiahu logra sanarse y bendice a Dios por adicionarle quince años de vida,⁷⁵ habiendo luego procreado, lo relevante aquí es que dicho incumplimiento acorde a la cita talmúdica, fue porque el mismo Jizquiahu había tenido la visión por espíritu divino de que sus hijos serían idólatras, malvados, y así si bien la intención de dicho rey al no desposarse y procrear fue en sus términos buena, el profeta Isaías le responde que él no está autorizado a rechazar su obligación preceptual en función de sus especulaciones aun cuando éstas sean el resultado de una visión celestial, sino que debe cumplir lo preceptuado y dejar el futuro en manos de Dios.

Demostrada así la prohibición de quitarse la vida por sufrimientos, dolores o tormentos físicos o psíquicos padecidos *per se*, aunque no siendo esto aplicado *a posteriori* para el sujeto coaccionado para incurrir en una proscripción cuando la Ley judía demanda dejarse matar y no transgredir, resulta claro que en términos generales y en el dominio de las acciones y ante terribles padecimientos tal como ya se ha observado hasta aquí, se cumple lo que posteriormente dictamina clara y contundentemente el *Sefer Jasidim*, cuando sentencia que *Si un hombre sufre grandes tormentos y le dice a alguien "tú ves que no viviré, mátame porque no podré soportar [el sufrimiento]", que no lo toque; y esto es lo que se infiere de lo escrito en (Jueces 9:54) "Entonces él [Abimélej] llamó enseguida al mancebo, su escudero, y le dijo "Desenvaina tu espada y mátame para que no digan de mí: una mujer lo mató". Y lo traspasó [con la espada] su mancebo y murió.*" [Podría decirse que] *Con malicia hizo el mancebo [su escudero] o podría decirse que no transgredió por cuanto dijo [consideró] si lo matamos ahora Israel será recompensado y no se incinerará la torre [matando a todos sus habitantes] por cuanto está dicho (Ibid. 55) "Y al ver los hombres de Israel que murió Abimélej, fue cada uno a su lugar". Y del [caso del] mancebo, escudero de Abimélej, quizo el amalequita eximirse a sí mismo [de culpa] por cuanto está dicho (Samuel II, 1:10) "y lo maté, porque sabía que él [Shaúl] no viviría, después de su caída"; y David lo mató [al amalequita]. Y está escrito (Samuel I, 31:4) "Pero no quiso [matar a Shaúl] su escudero, porque tuvo un gran temor [a Dios]." Pero a Shaúl le fue*

74 Isaías 38:1.

75 *Ibid*, 38:5. Completando así los días de su vida habiendo sido perdonado de la pena capital celestial. Ver TB, *levamat* 50a.

*permitido para que no sea profanado el nombre celestial [de Dios] en Israel. Y si el hombre padece de grandes tormentos y sabe que no vivirá, no puede matarse a sí mismo y esto lo aprendimos del Rab Janiná ben Teradión que no quiso abrir su boca. Y si hay factores que hace que no muera rápidamente como por ejemplo que hubiera un "goses" [moribundo] y hubiese alguien cerca de la casa de aquél, un leñador [que por el sonido de su golpetear] su alma [la del "goses"] no pueda partir, movemos al leñador de allí y no ponemos sal sobre su lengua [la del "goses"] para que no muera. Y si el "goses" dijera no puedo morir hasta que me coloquen en un lugar diferente, que no se lo mueva de allí...⁷⁶ En otros casos como el encontrado en el TB, *Babá Matziá* 84a, se relata que cuando murió el Rabi Shimón ben Lakish, quien había sido un bandido antes de arrepentirse para luego devenir en un estudioso y sabio del siglo III e.c. considerado uno de los grades *amoraítas* llamado frecuentemente Reish Lakish, alumno y compañero de estudios de Rabi lojanán, ambos deduciendo de forma extraordinaria múltiples leyes, éste último nunca encontró otro compañero de estudios como aquél para incrementar el conocimiento y aprendizaje de la Torá. Y ante dicha situación [Rabi lojanán] *erraba, desgarraba sus vestiduras y llorando repetía: ¿dónde estás hijo de Lakish, dónde estás hijo de Lakish?, y estuvo gritando hasta que enloqueció.*⁷⁷ Y pidieron los sabios [rezando y solicitando a Dios] *misericordia para él, y descansó su alma [murió]*. Aquí es posible ver una clara permisión, cuando de hecho también una obligación de rezar, pidiendo misericordia y de modo al menos indirecto para que la persona en cuestión finalmente muera dejando así su tormentosa situación. Luego, en el TB, *Nedarim* 40a, al tratar el tema respecto del precepto de visitar a una persona enferma y que ello puede salvar su vida por el rezo del visitante, considerando a quien no lo visite como si fuese un derramador de sangre, si bien RaShí entiende en su comentario a dicha cita talmúdica, que la comparativa es *por cuanto no sabe de la situación o estado del paciente*, y que además es posible que el paciente estando en estado crítico estuviese sin quien se ocupe de él, el Rab Nisim de Gerona (1320-1376) dice respecto de aquella cita talmúdica que *A mi parecer, esto dice que a veces se necesita pedir misericordia para el paciente en pos que muera, por ejemplo cuando el paciente es habiente de un grave pesar por su enfermedad y le es imposible vivir como dice en el capítulo "HaNosé" ([TB,] Ketubot 104a), "Debido a que ella vió cuán a menudo Rebi tenía que sacarse**

76 Ver lehuda HaJasid, *Sefer Jasidim*. 315. Ed. Parma, Frankfurt: Wahrmann, 1924, p. 100. Ed. Codex de Rossi, Toronto: G. Shepard, 1955. Vol. I, p. 165. Ver también *Sefer Jasidim HaShalem*. Jerusalem, 1957. Art. 723, p. 179b (358).

77 Ver comentario de RaShí a la cita talmúdica.

las filacterias por entrar al baño y luego volver a colocárselas, y cuán doloroso y sufriente le resultaba [probablemente por su enfermedad intestinal] dijo: sea la voluntad [de Dios] que se impongan los celestiales a los terrenales." Es decir, que muera Rebi. Consecuentemente cuando se dice que quien visita al paciente su rezo le beneficia si es para vivir, debido a que este rezo es más beneficioso, pero respecto de quien no lo visita no es necesario decir que no lo beneficia en vivir, sino que donde incluso hubiera para él un placer en morir, aun siendo pequeño, ¿no le sería beneficioso? Y esta interpretación de hecho no presenta una contradicción a la prohibición de renunciar a la misericordia divina, dado que si bien ciertamente incluso cuando la espada filosa yace sobre el cuello del hombre no desespere éste de la misericordia divina [TB, Berajot 10a], todo ello es en la situación en que la espada yace [sobre el cuello]; pero si ya comenzó a cortar este principio no aplica. Y a esto se refirió Rabeinu Nisim, si el paciente está gravemente sufriente y es imposible que siga viviendo, se reza para que muera.⁷⁸

Ante esta tensión, el Rab Waldenberg citando los casos referidos incluso cuando se trata de *segulot* y no acciones o agentes físicos, hace la diferencia incluso entre lo que podría llamarse omisión o acción dentro de ese dominio, dado que establece la prohibición de rezar en pos que muera la persona enferma o que padece de sufrimientos sin posibilidades de restablecimiento. Y ello por cuanto dentro del dominio considerado *segulot*, y aun con las restricciones ya mencionadas del hablar como agente causal más el hecho que la decisión última en este sentido la determina Dios, el rezar podría implicar el criterio *Kum VeAsé* "levántate y haz" por cuanto se solicita la muerte de aquella persona.⁷⁹ Y más aún, en referencia al Rab Nisim y algunos otros posteriores basados en él⁸⁰ quienes permiten rezar en pos de la muerte del paciente, el Rab Waldenberg indica no sólo que aquél es el único de aquellos *Rishonim* o "Primeros" eximios legistas anteriores al *Shulján Aruj* que ha entendido aquella cita talmúdica como la posibilidad e incluso el deber de rezar para que aquél grave e irrever-

78 Ver Abraham Klein, David Mendelbaum y Ieoshúa Lefkowitz, (Eds.), *Daf al Daf al HaSha*"S. Jerusalem, 2008. Vol. XI "Nedarim" 40a, p. 158, quien lo trae en nombre del Rab Shmuel Rozovsky (1913-1979).

79 Eliézer Waldenberg, *op.cit.* Vol. IX:47, pp. 189-190; Vol. XIX:10, pp. 18-19; Vol. V "Ramat Rajel" 5, pp. 6-11.

80 Ver por ejemplo los comentarios del Rab Israel Lipshuetz (1782-1860) en su *Tiferet Israel* "Boaz" a la Mishná, "Iomá" VIII: 3, en edición Vilna de la Mishná. Ver también Shlomo Zalman Braun, *Shaarim Metzuanim BeHalajá*. New York: P. Feldheim, 1952. Vol. IV:194 (2), p. 233. Ver el caso del Talmud Jerosolimitano (TJ), *Shabat* XIX:2 en el cual también estos autores se apoyan para sus consideraciones. Ver Lejziel HaLevi Epstein (1829-1908), *Aro(u) j HaShulján*. Vilna, 1924. Vol. V "Ioré Deá" 335:3, p. 1a. Ikutiel Greenwald, *Kol Bo Al Abelut*. New York: Moriah, 1947. Vol. I:I, art. 1:9, pp. 20-21. Menashe Klein (1925-2011), *Mishné Halajot*. New York: Mishné Halajot Guedolot, 2009. Vol. IX:398, pp. 404-403.

sible sufriente muera, sino que además la Ley no ha quedado de dicha forma. Y así, determinando que en el caso de un paciente cuya vida es tan sufriente y tormentosa que deseara morir y que su muerte le acontezca en el día de Shabat *¿acaso no se permite profanar el Shabat en todo lo que se pueda para revivirlo y devolverlo a su amarga vida, incluso tan sólo por un par de horas, o aun menos que dicho tiempo? Y así es como lo sentencia la halajá en TB, lomá 83 y 85, y Maimónides cap. II de [Leyes de] Shabat, ley 18; y en el Shulján Aruj "Oraj Jaim" 329:3, que incluso si se lo encuentra colapsado [fraturado, aplastado bajo escombros o un derrumbe] no pudiendo vivir sino unos instantes, se profana el Shabat para hacer todo lo posible en pos de su vida. Y Maimónides allí enfatiza escribiendo con ésta terminología: "aun cuando se encuentre colpasado [bajo escombros o derrumbe] y siendo imposible curarlo [restablecer su salud], se considera "pikúaj néfesh" [salvamento de la vida por la cual se cancelan los demás preceptos] y lo sacamos para que viva aquellos instantes. ¿Y acaso este "jaié shad"⁸¹ a quien se le prolongó la vida, no se encuentra pleno de sufrimientos? Y esta ley es simple y aplica incluso si el mismo paciente clama diciendo "déjenme y no me presten más ayuda en absoluto porque prefiero morir." Y si esto es así, ciertamente hay pruebas concluyentes que también vidas amargas como aquellas y para todas las opiniones [de legistas] sonpreciadas hasta el punto que son consideradas en la halajá como un mérito para aquella persona que no muera inmediatamente sino que prolonge su vida y también profanando el Shabat en favor de dicha continuidad vital. ¿Cómo entonces es posible llegar a determinar acorde a conjeturas en función de cuán emotivo o sentimental [sea el caso], que se permita rezar para acortarles aquellas vidas?⁸² Y luego, prosigue enfatizando que debido a que encontramos en la halajá que hay un deber de hacer todos los esfuerzos posibles para salvar e incluso profanar el Shabat en pos de continuar esta vida [de un moribundo], es señal que incluso esta vida es preciada ante el Santo, Bendito Es Él, el creador y el que sabe qué es lo bueno para el hombre (y huelga recordar también la halajá por la cual quienes aconsejan dar muerte [que la persona muera] son considerados derramadores de sangre, y que en caso de un "goses" [moribundo] por mano del hombre la corte de justicia rabínica no lo mata [pero sí la celestial]), por ello no es posible determinar que esté permitido rezar para que dicho individuo*

81 Figura típica de la Ley judía denotando alguien cuya esperanza de vida es muy acotada tanto por su precario estado de salud como por sus circunstancias ante una muerte inminente en caso de no curársele o cambiar de situación.

82 Eliézer Waldenberg, *op.cit.* Vol. IX:47 (5), p. 190.

*muera, cuestión que no está mencionada en la halajá, no en Maimónides, ni en el [código] Arbaá Turim, ni en el [código] Shulján Aruj...*⁸³

Por otro lado, el Rab Shlomo Auerbach (1910-1995), reconocida autoridad legislativa judía contemporánea, acuerda desde ya en la obligación preceptual tal como lo describe el Rab Waldenberg, *...porque respecto de la cuestión de la "vida" no tenemos ningún criterio [escala] de cómo medir su preciosidad e importancia, incluso tampoco en cuestiones de Torá y preceptos, dado que profanamos el Shabat también por un anciano enfermo leproso [o sarnoso] y aun cuando estuviese absolutamente sordo y tonto, y que no pueda cumplir ningún precepto y que su vida sólo sea una gran carga y sufrimiento sobre su familia y que les cause cancelar [aplazar] cuestiones de Torá y preceptos. Y en adición a sus grandes sufrimientos, ya ellos estando exhaustos y débiles, incluso así es un precepto en los grandes de Israel esforzarse y ocuparse en el salvamento de aquella persona y profanar el Shabat en pos de ello.*⁸⁴ No obstante, Auerbach realiza una diferencia en que *Acorde a mi humilde opinión, incluso si el paciente se encuentra en un grave pesar de modo tal que por halajá es un precepto solicitar que muera tal como dijo Rabeinu Nisim en [respecto de] [TB,] Nedarim 40a, traído también por otros legistas, de todas formas, en ese momento que solicita y reza a Dios que el paciente muera, también debe ocuparse en salvarlo y profanar el Shabat incluso varias veces [en pos de ello].*⁸⁵ Parecería aquí que el Rab Auerbach da por hecho la ley de rezar en pos que dicha persona muera, aclarando que esto debe suceder sin que interfiera ni influya en perjuicio del accionar en todo lo posible para prolongarle la vida al paciente acorde a lo que dictamina la *halajá*. La razón para ello puede residir tal como ya se mencionó que al estar estrictamente en los dominios espirituales, la vida y la muerte dependen de Dios, y así siempre que no haya una intervención humana accionando en el sentido riguroso de ello "i.e. como agente material y físico", la decisión está en manos de Dios.

83 *Ibidem*.

84 Shlomo Auerbach, *Minjat Shlomó*. Jerusalem: Shaarei Ziv, 1986. Vol. I:91 (24), pp. 557-558. En este sentido el Rab Jaim Palaggi (1788-1868), *Jokekei Lev*. Salónica, 1870. Vol. I "Ioré Deá" 50, pp. 90a-91a, si bien da por hecho esta conducta no necesariamente coincide plenamente con ella sino más bien parece tener serias reticencias, prefiriendo el criterio de "siéntate y no hagas", es decir, dejando de rezar para solicitar por la vida del paciente, pero no rezando para su muerte.

85 Shlomo Auerbach, *Minjat Shlomó*. Jerusalem: Shaarei Ziv, 1986. Vol. I:91 (24), p. 558. Esta importancia de la vida a la que refiere el Rab Auerbach, en línea con la Mishná "Sanhedrin" IV:5 donde declara que quien destruye o salve a una persona destruye o salva a un mundo entero respectivamente debido a que cuando el mundo fue creado se estableció un sólo hombre no contradice lo ya demostrado respecto del solecismo de predicar el "valor de la vida", sino más bien refrenda su importancia ya establecida por el precepto de "no asesinarás".

Otros importantes legistas establecen, basados en lo mencionado hasta el momento, la permisión de rezar en pos de la muerte de un paciente que se encuentra bajo graves sufrimientos y en una situación donde no hay cura conocida ni medios para calmar sus extenuantes dolores. Pero dicha permisión es sólo para personas totalmente ajenas al individuo en cuestión a tal punto que no se vean perturbados ni problematizados por el estado de aquel individuo; y no para sus parientes, sino que a estos se le otorga sólo el permiso de no rezar para la salud del paciente dado que en términos absolutos siempre refiere al rezo y bajo el criterio "siéntate y no hagas". Una de las razones más importantes para la prohibición de rezar en pos de la muerte del sufriente por parte de los familiares es el temor a que lo hagan por su propio beneficio para librarse de los inconvenientes, dificultades y pesadumbres que conlleva dicha situación. Cuestión prohibida por la proscripción de restaurar el propio estado de salud o bienestar a costa de la vida de otro, tan grave ello que incluso se aplica también en el dominio de la ya mencionada categoría de *segulot*.⁸⁶ No obstante, el Rab Waldenberg por los motivos mencionados entre otros, y por sobre todo debido a que dentro del dominio de las *segulot* el rezar en pos de algo puede constituirse bajo la categoría de "levántate y haz", de todas formas sostiene serias reservas respecto del permiso de rezar en pos de la muerte del individuo en cuestión incluso para los absolutamente ajenos a dicha situación, aconsejando enfáticamente evitar esa conducta.⁸⁷ Otros, dentro de quienes permiten rezar en pos de la muerte del sujeto en cuestión, restringen dicha permisión sólo a los casos donde además de las condiciones mencionadas en cuanto al estado del paciente se adiciona el que tampoco esté lúcido o bien no haya posibilidades de que recupere la consciencia o conocimiento.⁸⁸ Aunque el Rab Shmuel Vosner (1913-2015), uno de los más destacados legistas judíos en la materia, indica que en caso de pacientes que durante años se encuentran inconscientes, comatosos y sin señales de mejoría, sin saber si están sufriendo o no, *Si hay incluso alguna esperanza, por supuesto es un precepto rezar por [la vida y salud de] ellos, pero si para todas las opiniones [de reconocidos médicos especialistas] las esperanzas cesaron, puede que sea como escribió Rabeinu Nisim en [respecto del TB,] Nedarim 40a, que permite incluso rezar para que muera en caso de un paciente crítico [grave y sin cura] y con múltiples sufrimientos. De todas formas, este permiso no es dado a cualquier hombre ni tampoco los legistas sentenciaron así en sus*

86 Jaim Palaggi (1788-1868), *Jokekei Lev*. Salónica, 1870. Vol. I "loré Deá" 50, pp. 90a-91a. Ver también Jaim HaLevi, *Asé Lejá Rab*. Tel Aviv, 1983. Vol. V:112, pp. 397-398.

87 Ver Eliézer Waldenberg, *op.cit.* Vol. V "Ramat Rajel" 5, pp. 6-11.

88 Moisés Shtrenbuch, *Teshuvot VeHanagot*. Jerusalem, 1992. Vol. II: 82, pp. 67-68.

*decisiones halájicas. También es posible que los pacientes respecto de quienes usted [quien le consulta al Rab Vosner] pregunta, puede que no tengan plena cura [sino sólo parcialmente], pero que tampoco sufran más en la continuidad de su enfermedad. De todas formas, y aun cuando no hay un porcentaje de esperanzas acorde a la visión del hombre sólo siendo posible [su recuperación] mediante un milagro, resulta difícil instruir la posibilidad de rezar para su muerte, pero cesar [de rezar por su vida y salud] como usted sugiere tal vez se permita, aunque todavía el tema requiere de otras y mayores consideraciones.*⁸⁹ Una de dichas consideraciones bien puede ser el hecho que la cesación del rezo solicitando por la salud y recuperación del paciente en cuestión, incluso a sabiendas que sólo un milagro puede hacerlo, indicaría la ausencia de firmeza en la posibilidad del mismo y cierta resignación o dejación en el ruego a Dios, aunque por otro lado existe también la proscripción de realizar un rezo en falso solicitando algo que va en contra de la naturaleza.⁹⁰

Es por lo mencionado hasta aquí que incluso quienes consideran la opción más permisiva en este respecto, tampoco formulan en general la oración correspondiente para que directamente se solicite la muerte de aquel paciente, sino de forma tal que se solicita a Dios que lo libre de los sufrimientos y tormentos acorde a lo que Él disponga, bendiciendo al paciente y a su familia. En este sentido el Rab Moisés Shtrenbuch (1928-), citando al Rab Shmuel Rozovsky (1913-1979), considerado uno de los más grandes sabios de su generación, dice que el mismo Rozovsky en el final de su enfermedad solicitó que rezaran a Dios para que lo aleje de los sufrimientos aclarando que ello puede suceder abandonando este mundo o bien que los tormentos lo abandonen a él.⁹¹ Luego, interpretando que bajo la misma terminología con la que se manifestó en el caso ya analizado respecto la tensión entre el rezo de los sabios y la solicitud de los seres celestiales sobre la vida o muerte de Rabí lehudá HaNasí, la intención de Rabeinu Nisim no necesariamente indica que se ruegue explícitamente por la muerte de la persona en cuestión, sino que bien se puede acordar que bajo las circunstancias mencionadas el criterio de la formulación apropiada del rezo radique en *que el Santo, Bendito Es Él, ayude al paciente para que no sufra más, ¿de qué forma? Según la voluntad del Santo, Bendito Es Él, o que muera o bien que lo cure, pero de todas formas que lo ayude a no sufrir más. Pero no hay que rezar explícitamente para que muera aun cuan-*

89 Shmuel Vosner, *ShU"t Shévet HaLevi*. Bnei Brak: Zijrón Meir, 2002. Vol. X:26, p. 22.

90 Ver en este sentido lehuda HaJasid, *Sefer Jasidim HaShalem*. Jerusalem, 1957. Art. 794, p. 191a (381). Iosef Karo, *Shulján Aruj "Oraj Jaim"* 230 y sus principales comentaristas.

91 Ver en este sentido a Moisés Shtrenbuch, *op.cit.* Vol. II: 82, pp. 67-68.

*do parezca que no hay esperanzas y su sufrimiento es mucho, sólo hay que rezar que el Santo, Bendito Es Él, lo ayude para que no sufra...*⁹²

Si bien con lo mencionado por estas últimas autoridades, es posible decir que ha quedado casi agotada la discusión de fondo y la implementación en el dominio de las *segulot* respecto de la posibilidad de rezar para la muerte de un individuo en aquellas críticas y singulares circunstancias encontrándose en un irreversible estado patológico y con gravísimos tormentos, no sólo ninguno de quienes lo prohíben y desde ya tampoco quienes lo permiten determinaron que quien reza para su propia muerte en dichos casos se considera un suicida, sino que además resulta notorio y relevante la continuidad de la variable crítica observada en los dominios de las acciones físicas así como también aquella de la intención. Es decir, incluso en el dominio de las *segulot* no sólo se mantiene la suma sensibilidad ante la relevancia para lo considerado omisión y acción en dicha área, sino que además y por cuanto la intención puede llevarse a cabo mediante cualquiera de ellas, dentro aquella omisión también se mantiene la distinción entre la abstención que deviene "siempre dentro de los dominios espirituales", en la provocación o aceleración de la muerte, y la abstención que deviene en desobstrucción de un proceso natural irreversible y que de otra manera sólo prolonga y extiende sufrimientos más allá de lo naturalmente dado. Y esto se ha observado de forma patente en la terminología de la plegaria donde no sólo se omite la explícita referencia directa a la intención de morir o que un tercero muera, sino más bien que aleje los sufrimientos de dicha persona, aun cuando, cabe reiterarlo, en este dominio no hay certeza de su efectividad tal como sí lo hay respecto del accionar u omitir físico; sino que además se resguarda la intencionalidad, ya que constituye la variable que en el caso más permisivo limita la posibilidad de rezar a tales efectos a los ajenos al paciente y sólo permite la abstención a los parientes pudiendo estos dejar de rezar en pos de la vida del paciente.

Por ello el límite entre lo permitido o prohibido se torna más agudo pero a su vez más claro al analizar ciertos casos talmúdicos como el encontrado en TB, *Sotá* 46b, donde en el contexto de la discusión sobre la importancia del precepto de acompañar al invitado y los detalles de su implementación cuando éste se retira de la casa o ciudad donde reside el anfitrión, se narra lo que ocurría en la

92 *Ibid* vol. II:738, p. 588. Una de las formulaciones es posible traducirla como: "Por favor Dios, por Tu gran poder misericordioso y por Tu gran y múltiple benevolencia, sea Tu voluntad que libres del encierro cautivo a (nombre) y lo/a libres de los sufrimientos rápidamente y en este momento, y que el espíritu retorne al Señor quien se lo dio."

ciudad llamada en hebreo (Luz) "almendra" o "avellana",⁹³ la cual no sólo jamás ha sido destruida ni conquistada por Senajerib, rey de Asiria y Babilonia (705-681 a.e.c.) ni por Nabujadnetzer,⁹⁴ sino que ...*tampoco el ángel de la muerte tiene permiso para entrar en ella [dominar sobre ella],⁹⁵ sino que los ancianos que la habitan cuando están agobiados [hastados, extenuados] de vivir⁹⁶ salen fuera de los muros [de esta ciudad] y mueren.* Básicamente aquí se dice que los habitantes de dicha ciudad no morían, aunque como indica el TB, *Sucá* 53a, los extranjeros no podían salvaguardarse de la muerte escapándose hacia dicho lugar,⁹⁷ y que cuando sus residentes ya estaban hartos de vivir salían de la ciudad para morir. Acorde a la definición de suicidio, aquí es posible observar que estas personas deciden poner fin a su vida de forma consciente, voluntaria y por propia iniciativa, independientemente de factores coercitivos externos homicidas o demanda capital previa y externa a su propia iniciativa, sino por lo contrario bajo su autonomía desiderativa. En el homilético texto *Bereshit* [Génesis] *Rabá* 69:8 sobre esta misma narración, además de dar algunas explicaciones del nombre hebreo de dicha ciudad, *Luz* "almendra", siendo una de ellas y la más comentada, por cuanto todo quien entraba en ella se colmaba de preceptos y buenas acciones las cuales eran

93 Esta ciudad, Luz, emplazada en la tierra habitada por los Jitim "posiblemente hititas en la antigua Anatolia" fue fundada por refugiados de otra ciudad homónima refundada por el patriarca Iaacov con el nombre de Beit-El y conquistada por la tribu de Iosef, la cual estaba localizada al norte de Jerusalem. Ver Génesis 28:19; 35:6; 48:3. Ieoshúa 16:2; 18:13. Jueces 1:23-26. Ver también Iehudá Elitzur, "Velatzá MiBeit-El Luza: LeMahalajó shel Guevul Biniamin-Efraim" ("Y Sale de Beit-El hacia Luz": recorrido del límite entre las tribus de Biniamin y Efraim)" En *lunei Mikrá uParshanut I* (1980), pp.7-14, quien trata incluso la tesis que indica la ciudad de Luz como asentamiento pero el lugar cercano a ésta y llamado Beit-El como el emplazamiento para el culto.

94 Ver Shmuel Edels, *Jidushei Halajot VeAgadot* a la cita talmúdica.

95 Shmuel Edels, *Jidushei Halajot VeAgadot* a la cita talmúdica, explica que si bien el texto dice que dicha ciudad fue fundada en *Eretz HaJitim* "Tierra de los Jitim" "i.e. hijos de Jet", estos eran uno de los siete pueblos cananeos que fueron conquistados por el pueblo de Israel y por ello, cuando dice Jitim no se estaría refiriendo literalmente a los dominios de dicho pueblo ya conquistado por Israel sino a *Eretz HaJaim* "Tierra de Jaim (Vida)", donde el término *Jitim* refiere y de hecho puede leerse como *jaitam* o *jeitam* "lo vivo" o "lo no muerto", así como *jaitem* significa "vivieron", y que en cualquiera de sus acepciones sus cuatro letras conforman las dos palabras *met* "muerto" y *jai* "vivo", significando que el muerto vive, es decir, que quien es adecuado que muera acorde a su edad todavía vive. Ver también Rab Itzjak Minkovsky (1784-1852), *Keren Oraá HaMefoar al HaSha*"S. Bnei Brak: Or HaJaim, 2003. Vol. III "Sotá" 46b, p. 424.

96 Si bien la expresión genérica en hebreo *Ketzati BeJaii* literalmente significa "llegué al final de mi vida", por cuanto el vocablo *ketz* además de "final" también significa "hastio", "hartazgo", "fastidio" o "agobio", la expresión usada en la cita talmúdica es similar a la usada en Génesis 27:46, indicando el estar hastiado o hartado de vivir y no que ha llegado al término de su vida.

97 Ver comentarios de RaShí y de Shmuel Edels (MaHaRShA, 1555-1631) en su *Jidushei Halajot VeAgadot* a la cita talmúdica.

numerosas en dicha ciudad como un almendro,⁹⁸ dice *Ella* [la ciudad] es *Luz* en la que el ángel de la muerte no dominó nunca. A los ancianos que habitan en ella ¿qué le hacen? Debido a que ellos son muy ancianos los sacan fuera de los muros [de la ciudad] y ellos mueren.

La diferencia entre estos dos textos radica no sólo en lo formal de la implementación por la cual los ancianos salían por ellos mismos o bien bajo su voluntad eran llevados a las afueras de la ciudad, sino en lo esencial por lo cual el destacado legista Rab Itzjak HaLevi Hertzog (1888-1959), no sólo explica en este caso la diferencia entre causar la muerte o desobstruir aquello que artificialmente la impide, sino que además lo compara en su no caratulación de suicida o de derramador de sangre con algunos de los mismos casos analizados *supra* respecto de las personas a quienes el ángel de la muerte los tomó en la cesación del estudio de Torá. Explícitamente Hertzog da cuenta que *Sin embargo hay que decir que esto no está dentro de la categoría de suicida* [quien se destruye a sí mismo conscientemente y por propia iniciativa], *porque el hombre no fue hecho para que viva eternamente, y mediante la naturaleza el Santo, Bendito Es Él, impuso [asignó] la ley [de la finitud] a toda criatura pero que aquellos que habitaban [la ciudad de] Luz fueron salvados milagrosamente del ángel de la muerte. Y quien saliera de allí no se lo caratula como quien se mata a sí mismo [suicida], sino que él regresa a la situación natural acorde a como lo creó el Santo, Bendito Es Él, y cuando muere en el final, muere por mano del Santo, Bendito Es Él. Y así, por ejemplo, [en el caso de] David, rey de Israel, quien todo tiempo que estaba ocupado en la Torá el ángel de la muerte no podía tomarlo, tal como dice en TB, Shabat 30a [b], y también es el caso de Rab Jisdá en [TB,] Moed Katán 28a, que [el ángel de la muerte] no podía tomarlo debido a que no dejaba de hablar de Torá [estudiándola], y no es por ello posible considerar que si hubiera por un momento dejado de estudiar hubiera sido un suicida [se hubiese destruido a sí mismo conscientemente y por propia iniciativa]. Y también hay que decir que en el Midrash [Bereshit [Génesis]] Rabá (Noaj 34:13) extiende la carátula de suicida a quien se estrangula a sí mismo, "Sin embargo, demandaré a quien se ahorque [estrangule] a sí mismo" y esta extensión es debido a "la sangre de ustedes por vuestras almas [reclamaré]", y por decreto rabínico del "Y sin embargo" se entiende toda forma posible en la cual se mate a sí mismo acortándose ciertamente su vida natural. Pero aquél que causa por su salida de [la ciudad de] Luz detener la*

98 Ver comentarios a la cita por parte de RaShí, de Janoj Zundel en su *Etz Iosef*, de Zeev Wolf en su *Pirush MaHaRZU*, de Isajar Berman en su *Matanot Kehuná*, así como del *Likutim*, en edición de *Midrash Rabá*.

fuerza milagrosa que lo hace existir de una forma no natural y regresa mediante ello a la naturaleza de su creación, no se asemeja en ningún aspecto a un caso específico de derramamiento de sangre cuyo genérico se incrementa [se extiende] con "Y sin embargo", y que [si fuese éste el caso] resulta necesario que [este caso de los ancianos de la ciudad de Luz] se asemeje en algún aspecto como caso particular [tal como se establece en la regla hermenéutica jurídica (halájica)] por la cual se infiere de lo general a lo específico.⁹⁹

Similarmente el Rab Eliézer Waldenberg comenta sobre el caso y específicamente respecto de *¿Cómo puede ser que [aquellos ancianos] actuaron por sí mismo saliendo de los límites mediante el criterio "levántate y haz" para morir? He aquí una buena respuesta, esto fue sólo por medios indirectos subsiguiéndole la muerte natural. Y hay que agregar a ello que la causa por la cual se sigue [la muerte] era también de forma tal que en ningún lugar se considera ello como causal de muerte en absoluto. Y entonces esto no conforma en los términos generalmente aceptados un caso dentro de [lo concebido como] causal de muerte.¹⁰⁰ En este sentido, dicho accionar no sólo no se considera suicida por los motivos ya expresados en cuanto a la restauración del curso normal de la vida del individuo acorde a su naturaleza como ser finito, sino también por cuanto si dicho accionar no es considerado normalmente como un causal de muerte en absoluto menos aún podría considerarse como suicidio, ni homicidio por parte de quien lo ayudará a salir de la ciudad según la versión homilética citada del Bereshit [Génesis] Rabá cuando dice que los sacaban fuera de los muros. Más aún, el Rab Waldenberg agrega que el obrar indirecto está además respaldado debido a que incluso también encontramos en [el Midrash] Eliahu Rabá "Eliahu Zutá" al final del capítulo 16,¹⁰¹ donde dicha versión no dice "salen" fuera de la muralla, sino que dice "los sacan" fuera de la muralla, ciertamente mediante otros y no por sí mismos. Y así observé en el libro Hagadat HaTalmud (ed. del año 5271 [aprox. 1511 e.c.] y la renovada ed. actual) que la versión talmúdica también es "los sacan" fuera de la muralla, y así fue copiada en el Midrash Talpiot secc. "Beit HaKneset",*

99 Itzjak HaLevi Hertzog, *ShU" T Pesakim uKetubim*. Jerusalem: Mossad HaRav Kook, 1990. Vol. V "Ioré Deá" 120. Si bien aquí Hertzog analiza este caso, luego indica que de todas formas no se aprende en términos legales de casos homiléticos, folklores, fábulas o alegorías. Respecto de la regla de inferencia jurídica mencionada, ésta corresponde a las siete leyes exegéticas de Rab Hillel, así como a las trece de Rabi Íshmael. Dicha regla tiene varias subdivisiones pero básicamente es posible decir que establece las condiciones para poder inferir cuáles son los casos específicos que aplican a un principio genérico legal previamente establecido.

100 Eliézer Waldenberg, *op. cit.* Vol. XVIII:48, p. 83.

101 Este texto es tradicionalmente atribuido al profeta Eliahu. Ver Midrash *Seder Eliahu Zutá*. Jerusalem: Or Olam, 2008. "Derej Eretz" I, p. 15, y comentarios de Meir Ish Shalom en edición citada.

y así también en los comentarios del MaHaRaL de Praga al [TB,] *Sotá*.¹⁰² Y si éste es el caso, entonces, hay dos buenos motivos [para no considerar suicida aquel accionar] allí, tanto por el hecho que era de forma tal que en ningún lugar del mundo se considera ello como una causa agente [de muerte], como por el que dicho accionar era obrado por terceros y no por sí mismos. Y también muchos consideran que [aquellos ancianos] eran sacados por gentiles.¹⁰³ Adicionando además que la posible razón para dicho accionar era que aquellos ancianos por su estado de hastío no provoquen por sus transgresiones la muerte en los demás habitantes tal como ocurrió en la ciudad de *Kushta* término arameo cuyo significado es "verdad", según lo narrado en el TB, *Sanhedrín* 97a, donde sus habitantes no mentían y por ello no morían sino en el debido tiempo por cuanto la mentira apresura la muerte, y donde el Rab Tavot quien se había casado con una mujer residente allí y con la cual tuvo dos hijos, al preguntarle una vecina por su mujer, él no consideró apropiado decir que ella se estaba lavando el pelo y respondió que no estaba en la casa, razón por la cual murieron sus dos hijos. Luego, los residentes solicitaron a Rab Tavot que dejara la ciudad para que no provocase más muertes en ésta.

Estos casos descriptos poseen como denominador común no sólo el padecimiento y/o el sufrimiento así como el hecho que ninguno de sus protagonistas se da muerte a sí mismo por una acción directa que la provoca o acelera, sino que de forma milagrosa se obstruye el proceso natural con la consecuencia de continuar viviendo cuando normalmente ya habrían muerto. En otras palabras, nuevamente se observa que en estos ejemplos en los cuales existen circunstancias donde los padecimientos no sólo son irreversibles sino incluso su intensidad se incrementa y sin poder aplacarlos, hay una permisión para desobstaculizar o desobstruir aquello que impide la muerte por proceso natural, y se reitera manteniendo firme la diferencia ya establecida entre la omisión y la desobstrucción tanto en el dominio de los agentes físicos-materiales así como en el de las *segulot*, y ahora también en el dominio de lo fenoménico milagroso, no haciendo básicamente de la acción u omisión las variables críticas del caso cuando la intención es morir o que muera, sino sólo la desobstrucción es la cual libera de toda responsabilidad a todo sujeto y en todo respecto.

102 Ver también en J.D. Eisenstein (Ed.), *Otzar Midrashim*. New York: Bibliotheca Midraschica, 1915. Vol. II, "*Pirkei Rabeinu HaKodesh*", "*Sefer HaLikutim*" III:33, p. 510, donde dice que *Molijin Otán LeIv Ajer VeAhiú Metim* "son conducidos a otra ciudad donde mueren [y morían]".

103 Eliézer Waldenberg, *op. cit.* Vol. XVIII:48, pp. 83-84.

Así y tal como ya se ha observado, se mantiene la prohibición de darse muerte y más aún de matar a otro debido al padecimiento de tormentos o sufrimientos, considerando incluso apócrifa una marginal definición de suicida establecida en el tratado *Besamim R"Osh* la cual excluye a quien se diese muerte conscientemente y por propia iniciativa estando en una situación de apremios o tormentos.¹⁰⁴ Congruentemente con los mismos legistas citados y que refutan entre otros aquella definición, cabiendo destacar por un lado al Rab Moisés "Sofer" Schreiber, autoridad legislativa judía en la Europa del siglo XIX, quien a partir del paradigmático caso de Rab Janiná ben Teradión y más allá que la muerte oficie como una forma expiatoria aunque no total y absoluta, considera que *Se aprende del caso del Rab Janiná ben Teradión en el primer capítulo de TB, Avodá Zará [18a], que aun cuando él estaba en una situación de sumo apremio y adversidad y donde su muerte era mejor que su vida [debido a que se estaba incinerando vivo], [...] de todas formas él [Janiná ben Teradión] no abrió su boca para que le entrara el fuego, diciendo que más correcto es que la tome [mi alma] quien la dio [en referencia a Dios] y no lo ordene [cause o provoque] uno por sí mismo (y en esto se torna falso el libro Besamim R"Osh 345) y se demuestra que incluso quien se encuentra en suma adversidad, de todas formas [si se quita la vida por sí mismo de forma consciente y por propia iniciativa] es un asesino y muere en su mal-dad.*¹⁰⁵ Y por el otro, el Rab Shlomo Kluguer también refutando aquella marginal definición,¹⁰⁶ adiciona citando otros casos del mismo tenor, que aun bajo las más permisivas consideraciones, estas nunca incluyen a quienes se quitan la vida por sí mismo conscientemente y por propia iniciativa, por sufrimiento o padecimiento de tormentos, que no sean en pos de evitar profanar el nombre de Dios. Ejemplos como Ajitófel, a quien ciertamente se lo considera un suicida pero bajo algunos pocos coligiendo que pudo considerarse *Gabrá Ketilá* "hombre considerado muerto" debido a su rebelión ante el reinado de David. El caso del rey Tzidkiahu bajo similar consideración aunque más fácilmente concibiéndolo en estado patológico, así como el caso de Eliézer ben Durdiá quien murió por su propia angustia.¹⁰⁷ El caso de Iakim sobrino de Rab Iosi ben Ioazar quien se implementó las cuatro formas de pena capital por el terrible remordimiento, atrición y contrición que

104 Texto atribuido a A(O)sher ben Iejiel (acrónimo ROSh), *Besamim R"Osh*. Edición de Biniamín Zilber. Jerusalem, 1984. Art. 345, p. 105b. Misma definición y numeración de cita en la primera edición de este texto por Shaúl ben Tzvi Hirsh. Berlín, 1793.

105 Moisés Sofer, *ShU" T Jatam Sofer*. Jerusalem: Jatam Sofer Institute, 2008. Vol. II "loré Deá" 326, p. 673.

106 Shlomo Kluguer, *ShU" T Tov Taam VaDaat*. Cracovia, 1900. Vol. II:202, p. 86a.

107 TB, *Avodá Zará* 17.

lo embargó.¹⁰⁸ Más aún, esto incluye las posturas más permisivas y para el caso más objetable en la figura de *anús* [compelido, coaccionado], donde la persona se da muerte por sí mismo de forma consciente pero no por propia iniciativa sino compelido por terceros ante la inminente y apremiante aunque no actualmente efectiva situación coaccionante de alguna de las proscripciones intransgredibles considerando que no resistirá y transgredirá, no considerándola *a posteriori* suicida sino que murió consagrando el nombre de Dios. No obstante cabe aclarar, tal como ya se ha analizado, que ante quienes se encuentran bajo una situación irreversible e irremediable conllevando un sumo sufrimiento, padecimiento o bien toda situación enmarcada en una pesadumbre o tedio tal que el sujeto sienta que ya no pueda o no desea seguir sobrellevándolo, sólo se puede desobstaculizar aquello que impide la muerte liberando el proceso acorde a la naturaleza de la coyuntura, únicamente dejando de obstruir pero de ninguna manera acelerando y menos provocando la muerte prematura de dicho sujeto, aun bajo los términos no definidos como acciones sino tampoco mediante las ya denominadas *segulot*, rezos y toda actividad del mismo tenor pero que en su dominio pueda distinguirse los criterios de "levántate y haz" respecto del "siéntate y no hagas".

Cabe destacar en línea con lo tratado ya desde la *Beraitá* y dentro de ella los *Masajtot Ktanot*, particularmente el tratado de *Semajot* I:1, el mismo donde se establece originalmente ya mencionada definición de suicida, también dictamina que *El "goses"* [moribundo en su fase final cuya expectativa de vida es menor a 72 horas, pero quien lo matase tiene pena de muerte por corte rabínica de justicia]¹⁰⁹ *ciertamente es considerado* [como toda persona] *viviente para toda cuestión*, luego codificado por Maimónides quien no sólo legisla que *Uno que mata a una persona sana, o a un enfermo* (HaNoté Lamut) *"quien está por morir"* [como condición genérica],¹¹⁰ *e incluso* [si mata] *a un "goses" es condenado a muerte*;¹¹¹ sino que además *El "goses" es considerado* [como toda persona] *viviente para toda cuestión, no ligamos su mejilla* [maxilar] [para cerrar su boca], *ni bloqueamos sus orificios*, [...]. *No lo unguimos ni lavamos* [preparándolo para la inhumación], *ni lo trasladamos hacia* [para colocarlo sobre] *la arena ni sal* [para conservar su cuerpo] *hasta que muera. Y aquel que lo toca es considerado como un derrama-*

108 *Midrash Tehilim (Salmos)*. Jerusalem: Or Olam, 2008. Vol. I, 11:7, pp. 52-53. *Midrash Bereshit (Génesis) Rabá* 65:22 más comentarios de Janoj Zundel en su Etz Yosef, y del Rab Isajar Berman en su Matanot Kehuná.

109 Para una definición *in extensu* ver, Fishel Szlajen, *Suicidio y Eutanasia: en la filosofía occidental y en lo normativo y filosófico judío*. Buenos Aires, 2014. Vol. II, p.174, n. 371, más texto referido.

110 Para una definición *in extensu* ver, *Ibid*, p. 481, n. 1043, más texto referido.

111 Maimónides, *Mishné Torá "Ijot Rotzeaj uShimrat HaNéfish"* II:7.

*dor de sangre. ¿A qué se compara [dicha situación]? A una vela fluctuante [cuya llama está parpadeante, titilante] y si una persona la fuera a tocar, se extinguirá. Y todo quien cierre los ojos de un "goses" como si hubiera expirado es considerado como un derramador de sangre. En cambio, deben esperar un poco por si se hubiera desmayado. Del mismo modo, no se desgarran las vestiduras [los inminentes dolientes en prematura señal de duelo] a causa de él, no se descubren uno de sus hombros [aquellos mismos inminentes dolientes], y no se pronuncian panegíricos [respecto del moribundo], ni se le allega un ataúd o mortajas en la casa hasta que [dicha persona] muera.¹¹² Luego, dicha ley finalmente es reiterada en el *Shulján Aruj*¹¹³ donde se adiciona entre otras acciones prohibidas para con el moribundo que y tampoco se le remueve la almohada debajo suyo, así como y no se lo coloca sobre arena ni sobre arcilla ni sobre la tierra [por ser más frío y para conservar su cuerpo] y por supuesto no se anuncia [su muerte] en las ciudades. Básicamente no sólo quien acelera la muerte incluso de quien está a punto de morir sino quien hace todo lo cual está destinado a quien ya murió pero sobre quien todavía está moribundo, ciertamente es considerado como un derramador de sangre. Sobre esta clara y manifiesta ley, el Rab Moisés Ísserles en su comentario a ella y basado en el del Rab Itzjak Al-Fasi al TB, *Moed Katán* 16b, enfatiza que a un moribundo que estuviese largo tiempo en dicha situación y no pudiendo morir, está prohibido moverlo e incluso quitarle la almohada o aún colocar algún elemento sobre o debajo de su cuerpo, siendo ello parte de las *segulot* ya mencionadas para ayudar a hacer partir su alma según la tradición mística judía, no sea que cualquiera de dichas acciones le provoque la aceleración de su muerte. Pero explícitamente establece que *...si allí hay un algo que causa el impedimento de [obstaculiza] la partida del alma, como por ejemplo, el que haya contiguo a la casa donde se encuentra el "goses" un sonido como el del golpetear del leñador, o sal sobre su lengua y que ello obstaculice la partida de su alma, se permite removerlo de allí; porque en ello no hay acción alguna [causa agente aceleradora o provocadora directa sobre el "goses"] sino la remoción de lo que impide.*¹¹⁴ Interesante es la reflexión que surge a partir del comentario del Rab Mordejai Ioffe (1530-1612) respecto de si lo que obstruyese la muerte del *goses* fuera la almohada o toda cosa que estuviese debajo de aquél y que para removerlo debiese aquel *goses* ser movido, a lo que el Rab Shabetai ben Meir HaKohén (1621-1662) indica que la prohibición de moverlo está primero, debiendo mantenerse dicha prohibi-*

112 Maimónides, *Mishné Torá* "Ijot Abel" IV:5.

113 Iosef Karo, *Shulján Aruj* "Ioré Deá" 339:1.

114 Moisés Ísserles, *Mapá* "Ioré Deá" 339:1, en edición del *Shulján Aruj*.

ción y en todo caso remover aquella obstrucción de otra forma. Aunque en dicha singular situación el Rab David HaLevi (1586-1667) indica que aun cuando hay motivos para permitir mover al *goses* en pos de remover dicha obstrucción por cuanto no se está acelerando su muerte, de todas formas se prohíbe por cuanto la remoción en cuestión se mediatiza transgrediendo la prohibición de mover el cuerpo del *goses*, accionando directamente sobre su cuerpo. Y adiciona que con el mismo criterio si para sacar el grano de sal de la boca se tuviera que mover la boca, también debería prohibirse. Aunque en este sentido el Rab Shabetai ben Meir HaKohén en su comentario al escrito del Rab David HaLevi, indica que este movimiento de la boca debería eventualmente hacerse para remover el grano de sal debajo de la lengua del *goses* dado que es tan leve que no puede ser considerado movimiento y menos aún concebido como causa agente directo sobre éste. Es decir, que la remoción de la obstrucción de aquello que impide la muerte del *goses* está permitida salvo en el caso donde para ello sea necesario trasladar o movilizar al *goses*, cuyo criterio es que la manipulación del *goses* no cause ni acelere incluso en lo más mínimo su muerte, resultando en una muerte prematura acorde a su proceso natural.¹¹⁵

5. RESOLUCIONES Y CONCLUSIÓN

Se ha demostrado que más allá de la tan genérica y por ende no significativa noción de "eutanasia" como "buena muerte" en el sentido de apacible o rápida, dicho concepto entendido bajo las acepciones histórico-filosóficas analizadas es ajeno y extraño al judaísmo. Más aún, quien se da muerte consciente, voluntariamente y por propia iniciativa, ya sea por propia mano o bien con la asistencia de terceros, considerando que los motivos que justifican su proceder son una supuesta benevolencia, compasión o incluso atribuyéndose una pretendida misericordia¹¹⁶ frente a la degradación de un conforme o conveniente decoro personal, sea por un elevado sufrimiento o bien para evitárselo a sí mismo o a otros, no es sino un suicida. Y el tercero quien accione u omita en colaboración y conocimiento de ello es un homicida partícipe o coautor según el caso. Mismas consideraciones en

115 Shabetai ben Meir HaKohén (1621-1662), *Nekudot HaKesef* "Ioré Deá" 339, en edición del *Shulján Aruj*. El Rab Shabetai ben Meir HaKohén es el mismo ya citado en esta obra, principalmente por su comentario *Sifteí Kohén* al *Shulján Aruj*, y cuyo escrito citado en esta nota es un comentario al *Turei Zaav* del Rab David HaLevi el cual comenta el *Shulján Aruj*.

116 En el hebreo moderno esto se expresa con la actual locución *Hamatat Jesed* "muerte misericordiosa" o "muerte por compasión".

la carátula de suicida se aplica respectivamente a quien se provocare o acelere directa o indirectamente su muerte, indistintamente si lo es por acción u omisión siempre que su intención sea morir prematuramente respecto de los procesos naturales. Así como también la carátula de homicida a quien lo asista en dicho propósito omitiendo o accionando de forma relevante y con conocimiento de dicha intención. En otras palabras, no hay permiso para ningún accionar u omisión que devenga en la prematura muerte del sujeto, aun cuando la intención pueda ser considerada buena en términos morales, i.e. seculares, por intentar finalizar con determinados sufrimientos, tormentos padecidos o a padecer, o bien toda situación la cual eventual y contemporáneamente se juzgue como moralmente indigna en tanto no acorde a un estándar de decoro o integridad pretendidamente inherente a la condición humana, debiendo ser esto último respetado aun a costa de su propia vida.

Por un lado, esta dignidad aludida radica en una categoría moral aplicada a una determinada situación en la que se encuentra el paciente, y actualizada mediante el libre albedrío y el ejercicio de la libertad individual regulando su comportamiento pero según su propia consideración, parecer o apetencia coyuntural. Y por ello, aquí se advierten tres problemas básicos:

A) El error de predicar o adscribir cualidades morales a situaciones, dado que la moral es una doctrina de intencionalidades y no de hechos, por cuanto estos no poseen significado axiológico *per se*.

B) El error de predicar o adscribir cualidades morales a capacidades naturales, en caso que la dignidad constituya la capacidad autárquica individual basada en una libertad conductiva. Por cuanto ésta es una facultad humana dada sin estar sujeta a una justificación intencional por parte del hombre, siendo esto último la esencia de lo moral. En este sentido sería como revestir de alguna cualidad moral a la inteligencia, el caminar, el permanecer erguido, etc.

C) La decisión del sujeto para darse muerte no se encuentra aquí basada necesariamente en un postulado axiológico que haya regido su forma de vida independientemente de las circunstancias y por lo cual en función de aquél, sea cual sea, el individuo toma su última decisión habiendo vivido y muerto como un ser moral. Y esto es relevante por cuanto la dignidad como cualidad moral demanda un principio que la defina comportando la rectoría de las intenciones bajo las cuales el sujeto procede en su cumplimiento haciendo de aquél un fin en sí mismo, el cual en términos éticos posee un valor *per se*, constituyéndose así el individuo en un sujeto moral. Dicho postulado axiológico, en algunas oportunidades es formulado legal y funcionalmente como un derecho humano. Así, la ausencia de

este postulado deviene en la del sujeto moral y por ende en la inaplicabilidad de la cualidad de digno. Y esto se debe a que en caso diferente, toda intencionalidad relativa, diversa, cambiante y hasta contraria de un mismo sujeto siempre sería moral haciendo por ello imposible la inmoralidad. Por ende, siempre sería digno, haciendo imposible su contrario, dada la inexistencia de aquello como postulado axiológico y valor, acorde a lo cual se mide lo adecuado o no de la intencionalidad conductiva en las diversas áreas de acción del sujeto.

Por otro lado, respecto de la autonomía, no sólo ésta resulta incierta por cuanto en la coyuntura en cuestión el individuo se encuentra bajo innegables y graves influencias externas, manipulación por parte de sus familiares, médicos, necesidades socio-económicas y exclusión social; sino que incluso esta perspectiva moral ausente de postulado axiológico, no termina de admitir su relativización incurriendo en una desigualdad y discriminación dentro de sus propios parámetros morales o de derecho. Y esto es debido a que permite quitarse la vida de forma rápida e indolora con asistencia médica y del Estado, sólo a un grupo de personas quienes padecen de graves sufrimientos y dolores ante un patología irreversible estando en su estadio terminal o habiendo sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, pero negándosela a otras que así lo desearan o considerasen bajo otro e incluso el mismo supuesto y pretendido estándar de dignidad cuando a éstas en sus respectivas coyunturas les resulta indigno seguir con vida, y meritorio el morir cesando su sufrida, angustiante e insoportable existencia. O bien desde otra perspectiva, hace que las vidas o eventuales dignidades de algunas personas sean menos consideradas que las de otras en similares circunstancias y apetencias coyunturales. En otras palabras, bajo esta perspectiva y en el mejor de los casos se ofrece un arbitrario y discriminado derecho parcial al suicidio, y al homicidio en caso de ser asistido por terceros. Este suicidio y homicidio es formulado como el derecho del paciente y la consecuente actuación del profesional médico acatando la voluntad de aquél para rechazar todo procedimiento quirúrgico, de reanimación artificial y el retiro de medidas de soporte vital cuando se considere extraordinario en relación a la perspectiva de mejoría, es decir, bajo un cálculo de posibilidades mas no cuando todo ello sólo comporte la sola prolongación de un estado agónico sin posibilidad alguna de mejoría en un cuerpo que irreversiblemente ya no sustenta vida por sí mismo. Y más grave todavía cuando dicho derecho del paciente y consecuente actuación del profesional también aplica a la voluntad de rechazar todo procedimiento de hidratación o alimentación provocando o acelerando la muerte de forma prematura en relación a los tiempos naturales de la patología terminal, aun cuando se puedan tomar medidas paliativas para el alivio del dolor y donde dicha sedación no implique el adelanto de la muerte. Cabe enfatizar que

este suicidio y su asistencia como homicidio, se da *a fortiori* en los casos donde el paciente sin encontrarse en dicho estadio terminal sino diagnosticado con aquella patología terminal que muy probablemente lo colocará en aquella situación, se quita la vida conscientemente y por propia iniciativa por sus propios medios o bien con la asistencia de terceros en conocimiento de dicha intención.

En otras palabras, la solución que propone la autonomía y en el mejor de los casos omitiendo sus problemas conceptuales, errores categoriales y estructurales, conlleva en sus propios términos una clara discriminación respecto de quienes tienen acceso a la posibilidad y derecho de asistencia para terminar con su vida, además de necesariamente forzar una excepción no sólo a la generalizada restricción moral del suicidio sino incluso y más violenta y comprometidamente aún, a la prohibición del homicidio perpetrado por el tercero asistente, agravando incluso el caso si éste fuese un médico por cuanto lo obliga adicionalmente a contrariar el juramento y la obligación profesional más el contrato implícito con el paciente según los cuales la salud y la vida de éste son su deber primero. Y en todo caso, esta autonomía no puede prevalecer ante el deber y la obligación del Estado de amparar y proteger las vidas bajo su espectro de poder, debido a que dicha función es el motivo y la finalidad de su existencia y más aún en un sistema jurídico de derechos.

En el judaísmo, no sólo el hombre como ser creado no es dueño absoluto de su cuerpo sino su tenedor en usufructo y por ello no puede otorgarse un permiso sobre algo ajeno por ser improcedente y no poseer autoridad para ello, sino que tampoco puede hacer de ninguna de sus cualidades, virtudes, deseos, sentimientos, emociones, racionalidades, diferencias específicas respecto de otros animales o producciones socioculturales, un valor *per se*. Más bien, todas estas propiedades y variables son medios instrumentales con el fin de asistirlo al cumplimiento de su deber inherente rindiendo culto a Dios en acción y pensamiento en todo ámbito de su vida, incluso a costa de ésta, debido a que Dios es el valor *per se*. Por ello aquí hay una libertad fundamental que trasciende la mera autonomía o irrestricción conductiva, constituyéndose en una heteronomía donde el sujeto se libra incluso de la rectoría conductiva comandada por sus esencialidades o existencia- lidades ya mencionadas y por ende siempre reducido a sí mismo; logrando ahora una independencia radical mediante prescripciones y proscipciones cuya autoridad es trascendente y que habilita una humanidad no restringida a un aspecto superlativo y diferencial del hombre en su género animal pero permaneciendo siempre en dicho dominio, sino una humanidad incluyente de lo animal pero que lo excede mediante la capacidad de restringir su propia naturaleza en pos del cumplimiento de la voluntad de aquella autoridad trascendente. Dicha capacidad

es una no animal por cuanto si bien lo generado puede mejorar u optimizar determinados aspectos de su generador, nada generado puede trascender los dominios categóricos de su generador, y por ello la facultad para ceñir voluntariamente la propia naturaleza incluyente de toda especificidad humana, es aquella que extrae al humano de ser un producto exclusivamente de la naturaleza y por ende confinado a ésta. En otras palabras, mientras que en la autonomía el hombre sigue esclavizado a sí mismo mediante alguna variable esencial, existencial o producto evolutivo que impone como valor; en la heteronomía el hombre al esclavizarse a un mandato y voluntad que lo trasciende a él y a toda variable a su alcance, cuya autoridad reside fuera de todo ámbito de su competencia, lo extrae del dominio intra e interhumano, animal, otorgándole la libertad de sí mismo bajo un concepto de humanidad que en términos definicionales ya no es una especie diferencial animal sino un género propio y distinto.

Es por ello que en el caso específico tratado, el individuo debe esforzarse así como también se debe fortalecer al paciente para su continuidad vital sin que renuncie a un solo momento de su vida. No obstante, existe la problemática de dilatar tecnológicamente un proceso agónico incursionando en la obstinación terapéutica, según la cual, sin intencionalidad maliciosa para con el paciente –y por ello lo inadecuado de “ensañamiento” o “encarnizamiento”– se insiste en mantener artificialmente las funciones biológicas de algunos de sus órganos impidiendo que muera cuando ya su cuerpo irreversiblemente no sustenta vida por sí mismo, mortificando así artificialmente al paciente; cuestión ya analizada y prohibida en el judaísmo así como también inmoral desde la secularidad bajo la intención de cumplir el postulado de no hacer del sujeto un instrumento para otros fines sino un fin en sí mismo.

Y aquí es posible observar que la heteronomía brinda una alternativa superadora a la de la autonomía, debido a que se procede bajo la igualitaria fidelidad al precepto y a la autoridad trascendente prohibiendo tanto el suicidio como la obstinación terapéutica, abriendo no sólo una alternativa mediante dichas restricciones para una conducta que salvaguarde una muerte acorde a la ley judía, para el paciente judío, sino también evita el suicidio en términos seculares logrando que el paciente muera en los términos morales indicados. Más aún, también evita que un tercero involucrado, judío o gentil, transgreda su deber preceptual o bien postulado moral del “no asesinarás”; asegurando además que el médico resguarde y cumpla con su deber profesional sin forzar su violación. Esta heteronomía no sólo resguarda en el plano moral la responsabilidad ética de ambos, del paciente como del tercero o médico, sino también la propia función mencionada del Estado haciendo prevalecer su obligación de garantizar las vidas bajo su área de com-

petencia. En definitiva, bajo esta heteronomía el paciente lejos de morir acorde a su mera animalidad autárquica según su parecer o apetencia, obtiene una cierta muerte digna bajo el criterio filológico y ético moderno occidental como la actualización del ser moral, oponiéndose al obrar según la facultad apetitiva o desiderativa, evitando la animalización del hombre prohibiendo el uso del individuo, de su cuerpo, como medio para un fin que no sea él mismo.

Este comportamiento que demanda la heteronomía reside únicamente en no obstaculizar o bien desobstruir, por acción u omisión, aquello que impide una inminente y apremiante muerte del paciente, cuando su estado es tal que todo proceder e instrumentación médica posible constituye tan sólo la prolongación de un proceso agónico sufriente y tortuoso, manteniendo mera y artificialmente algunas funciones orgánicas en un cuerpo que ya no sustenta vida por sí mismo. Únicamente en esta circunstancia, distinta a la actualmente llamada eutanasia pasiva e incluso a algunas interpretaciones de ortotanasia, por cuanto el agente u omitente no es un intencional partícipe relevante para permitir la prematura muerte, su aceleración o provocación en sí mismo o en otro en función de los parámetros naturales del devenir de la patología terminal, se está exento de suicidio u homicidio no sólo en el judaísmo sino también en la secularidad, liberando de responsabilidad moral al tercero por homicidio y de incumplimiento del deber profesional al médico, recibiendo el paciente una muerte digna en los últimos términos especificados. Por ende, todos los demás casos constituyen una sofisticación psicológica, eufemismos, justificando un suicidio o complicidad homicida.

Con este mismo criterio, el Rab Moisés Feinstein, una de las más importantes autoridades legislativas judías del siglo XX en Estados Unidos, al igual que los ya citados, observa que en los casos más críticos y donde el moribundo o quien se encuentre ante el certero diagnóstico de una patología terminal, irreversible e irremediable que conlleva graves sufrimientos, está facultado para prescindir de todo tratamiento¹¹⁷ si las medicinas causan dolores y tormentos inaplacables pudiendo abstenerse de ellas o bien prescindir de la aparatología que mantiene algunos de sus órganos vitales en funcionamiento cuando su cuerpo no sustenta vida por sí mismo, dejando que la naturaleza prosiga su curso. Pero enfatizando

117 Para la prescindencia referida y por sobre todo para la desconexión de aparatología de soporte vital como por ejemplo un respirador artificial, la *halajá* establece la situación y el procedimiento necesario evitando incurrir en la transgresión de suicidio u homicidio. Ver Eliézer Waldenberg, *op. cit.* Vol. XIII:89, pp. 172-180. Moshé Feinstein, *Iguerot Moshé*. New York, 1973. Vol. II "loré Deá II" 174:3, pp. 289-292; Vol. VII "Joshen Mishpat II" 74:1-2; 75:5, pp. 311-313; 317-318.

que de ninguna manera se puede acelerar su muerte suprimiéndole aquello que naturalmente su cuerpo necesita para la subsistencia tal como oxígeno, nutrientes o líquidos para su hidratación de forma artificial, debiendo asegurárselos incluso contra la voluntad del mismo paciente.¹¹⁸

Claramente la heteronomía demanda el principio de aplicación de todo tratamiento para prolongar la vida del moribundo y apaciguar su dolor en la medida de lo posible a su alcance e independientemente de los deseos del mismo paciente o de sus familiares.¹¹⁹ No obstante, en el caso donde el médico sea incapaz incluso de aliviar el sufrimiento de aquel paciente moribundo y cuyos esfuerzos sólo prolongan su sufrimiento, por cuanto el médico si bien tiene la obligación de curar y paliar el dolor, al no haber cura ni posibilidad de apaciguar el sufrimiento, deberá intentar que el paciente llegue a su final naturalmente con el menor padecimiento posible, pero de ninguna forma procurar, acelerar o provocar su muerte prematura relativa a su devenir natural. Nuevamente, esta demanda prohíbe restringir toda nutrición, oxígeno, fluidos de sustento o medicación de soporte necesaria como antibióticos y en caso de un diabético tampoco debe interrumpirse el dosage de insulina, e incluso comanda el deber de asistir médicamente en todo lo posible a dicho paciente en estadio terminal en caso que contrayera una segunda afección o patología intentando curarlo de ésta. Y ello es por cuanto todas estas

118 Shlomo Auerbach, *op. cit.* Vol. I:91,24, pp. 557-558. Moshé Feinstein, *op. cit.* Vol. VII "Joshen Mishpat II" 74:1-3; 75:7, pp. 311-313; 318. Eliézer Waldenberg, *op. cit.* Vol. IX:47, pp. 189-190. Distinguir este caso del paciente que rechaza un tratamiento médico con la intención que el sufrimiento y la muerte provocada por su patología le sea expiatoria, y por lo cual se considera dicho caso como un suicidio. Debiéndose por ello forzar al paciente a que reciba dicho tratamiento. Ver Moshé Wolner, "Zejuiot uSamjuiot HaRoFé (Derechos y Facultades (Autoridad) del Médico)" En Shaúl Israeli (Ed.), *HaTorá VeHaMediná*. Tel Aviv: HaMerkaz LeTarbut haPoel HaMizraji-Mossad HaRav Kook, 1955-1956. Vol. 7-8, pp. 320-321. Esto es consecuencia de la prohibición de la muerte piacular. Cabe destacar que en caso de pacientes comatosos o vegetativos, dado que en su condición clínica sustentan vida por sí mismos, incluso sin soporte tecnológico, y además no es sabido con certeza que el paciente está sufriendo, es un deber realizar todo tratamiento prohibiendo toda acción u omisión que le provocare, acelerare o causare su muerte. Ver también Dovid Kaye, "End of Life Issues in Halacha: DNR, Feeding Tubes, and Palliative Care". En *Assia* VII:1 (June, 2009), pp. 31-40. Ver también Namir Sodi, "HaArijat Jaié HaJolé HaSofani: reshut o jová? (Prolongación de la Vida del Paciente Terminal: ¿permisión o deber?)". En *Assia* 63-64 (1998), pp. 9-17.

119 Eliézer Waldenberg, *op. cit.* Vol. V "Ramat Rajel" 28-29, pp. 35-40; Vol. IX:47, pp. 189-190; Vol. XIV:80, pp. 144-146; Vol. XVIII:62, pp. 102-104.

abstenciones causan el deterioro del estado del paciente provocando o acelerando su muerte transgrediendo la prohibición de asesinato.¹²⁰

Para terminar, es importante resaltar que el judaísmo y su cosmovisión heterónoma, no conforma una postura paternalista¹²¹ en el sentido de hacer del hombre un ser incapaz de tomar decisiones o de autodeterminarse, ni como el cercenamiento de las libertades individuales. Por lo contrario, es precisamente en el judaísmo donde la decisión del sujeto es independiente y de hecho la más radicalmente libre conocida por el hombre, por cuanto aquella ni siquiera está confinada a sí mismo en cualquiera de sus cualidades desiderativas, racionales, pulsionales o de otra índole, sino gobernada por la autoridad de la Ley como expresión de la voluntad de Dios.

120 Para los términos generales ver Moshé Hershler (Ed.), *Halajá VeRefuá*. Jerusalem: Ragensberg Institute, 1981. Vol. II, pp. 30-35; 185-190. Ver también Abraham S. Abraham, *Nishmat Abraham*. Jerusalem: Schlesinger Institute, 2007. Vol. II "loré Deá" 339, pp. 450-503. Moshé Feinstein, *op. cit.* Vol. VII "Joshén Mishpat II" 75:4 pp. 316-317. Menashe Klein, *op. cit.* Vol. VII:282, pp. 474-476; Vol. VI:314, pp. 416-418. Para la definición de muerte en el judaísmo, si por definitivo paro cardiorrespiratorio o por íntegra muerte encefálica más tronco cerebral (distinto del estado comatoso o vegetativo) y sus consecuentes implicancias bioéticas, ver Fishel Szlajen, *Bioteología y Judaísmo*. Buenos Aires, 2019, pp. 87-147.

121 Ver en este sentido Zev Schostak, "Is There Patient Autonomy in Halacha?". En *Assia* II:2 (May, 1995), pp. 22-27.

ANÁLISIS DE LAS SENSACIONES Y SENTIMIENTOS DE LAS PAREJAS CON PROBLEMAS DE FERTILIDAD Y LA INFLUENCIA DE LA AYUDA E INFORMACIÓN RECIBIDA

SEGÚN UN ESTUDIO
DE CAMPO REALIZADO
EN MÉXICO EN EL AÑO 2011

Fecha de recepción: 03/03/2021

Fecha de aceptación: 10/03/2021

Dr. Antonio Cabrera Cabrera

Contacto: acabrera@anahuac.mx

- Director de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac, México

Dra. María Elizabeth de los Rios Uriarte

- Coordinadora del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, México

Mtra. Patricia Hernández Valdez

- Secretaria Académica de la Academia Nacional Mexicana de Bioética

Palabras clave

- Sentimientos
- Sensaciones
- Infertilidad
- Apoyo

Key words

- Feelings
- Sensations
- Infertility
- Support

RESUMEN

La infertilidad se ha convertido en un tema crucial, tanto por el número de parejas que lo sufren como por la complejidad de las consecuencias que esta conlleva. **Objetivo.** El presente artículo examina las sensaciones y los sentimientos, así como la ayuda que reciben dichas parejas para afrontar su proceso de infertilidad. **Material y método.** Se analizan varias preguntas del cuestionario realizado a 566 personas y se recogen narraciones de la investigación cualitativa del estudio. Se presenta la metodología con la que fue hecho el cuestionario. Asimismo, se realiza una revisión de la literatura sobre el tema entre los años 2011 y 2020. **Resultados.** Se muestra baja autoestima, depresión, angustia y ansiedad ante las relaciones con el médico especialista, la familia, la sociedad y ante algunas situaciones estresantes, como la producción de embriones y su posible destino. También se analiza la ayuda que reciben las parejas para afrontar tales situaciones. **Conclusiones.** El problema de la infertilidad es complejo y, además, un tema esencialmente interdisciplinar. Se advierte un vacío en la ayuda integral a las parejas para abarcar las dimensiones física, psíquica, relacional, social y espiritual.

ABSTRACT

Infertility has become a crucial issue, both due to the number of couples who go through this, and because of the complexity of the consequences it entails. **Aim.** This article examines the sensations and feelings, as well as the help the couples receive to cope with their infertility process. **Material and method.** Several questions of the questionnaire made to 566 people are analyzed, and the narrations of the qualitative research of the study are collected. The methodology with which the questionnaire was made is presented. Likewise, a review of the literature on the subject between the years 2011 and 2020 is carried out. **Results.** Low self-esteem, depression, anguish and anxiety are shown in the face of relationships with the specialist doctor, the family, the society and some stressful situations, such as the production of embryos and their possible destination. The help that couples receive to deal with the above mentioned is also analyzed. **Conclusions.** The problem of infertility is very complex, and it is an essentially interdisciplinary issue. There is a gap in comprehensive assistance to couples that encompasses their physical, mental, relational, social and spiritual dimensions.

1. ANTECEDENTES

La infertilidad es un problema de salud pública que afecta, aproximadamente, del 15 al 20 % de las parejas en edad reproductiva, según la mayoría de los estudios internacionales (1,2). Aunque existen pocas cifras de la prevalencia de este fenómeno a lo largo de la historia, dado que en algunos momentos no se diagnostica y en otros no se reporta, el porcentaje ha ido en aumento debido a varias causas: estrés, hábitos alimenticios, uso de anticonceptivos, edad de la mujer al momento de buscar un embarazo, entre otras. Así, la infertilidad se convierte en un tema prioritario por la cantidad de parejas que viven esta situación.

No obstante, el problema de la infertilidad adquiere una mayor importancia a nivel mundial, pues cada vez son más evidentes las complejas relaciones entre los factores psicológicos y la fertilidad (3). Uno de los temas más significativos de la infertilidad es el que se refiere a las sensaciones y los sentimientos que viven las parejas. Dos aspectos lo resaltan: la intensidad con que viven estas sensaciones y el proceso por el que atraviesan estas parejas con problemas de fertilidad. Es importante señalar que, en el caso de la república mexicana, como en la mayoría de los países de Latinoamérica, muchas de las parejas infértiles no tienen la posibilidad de acceder a las clínicas de fertilidad (CF) y, seguramente, tampoco a médicos especialistas, dado que no se puede acceder a esta a través de la seguridad social, como ocurre en los países desarrollados.

Por tanto, las parejas que se analizan en el presente artículo son aquellas que perciben su dificultad de concebir y tienen la posibilidad de hacerse algunos estudios para determinar su problema de fertilidad, o de recurrir a un médico especialista o CF para valorar y someterse a alguna técnica de reproducción asistida (TRA). Ciertamente, las TRA no están exentas de estrés físico y emocional ni de riesgos para la salud (4). Quienes acuden a una CF o a un médico especialista recorren un proceso, antes mencionado, descrito por Cabrera (5):

Primero, la pareja [...] hacen una primera visita a un médico, normalmente al propio ginecólogo y obtienen un primer diagnóstico. A continuación, la pareja puede acudir a otras dos instancias para tener un diagnóstico: el médico especialista o la clínica de fertilidad. En este momento existen tres posibilidades: 1) acudir a los nuevos tratamientos hormonales y quirúrgicos; 2) recurrir a alguna TRA; 3) optar por la adopción. Es probable que se opte primero por los tratamientos hormonales y, si estos no funcionan, entonces por alguna de las TRA. Dentro de las TRA, lo más probable es que se comience por la inseminación artificial –por ser la más económica y sencilla– y, si esta no funciona, entonces

se recurre a la FIVET, ICSI o GIFT y, si ninguna de estas funciona tampoco, entonces se pasa a la adopción [...].

Este proceso es largo y doloroso a nivel psíquico, y puede durar años, con más o menos dificultades, conflictos, sentimientos y vivencias; este es vivido por personas de muy diferentes personalidades y esquemas de pensamiento, donde la ayuda o la información que se recibe es insuficiente. Así, es posible que se tomen decisiones que, en ocasiones, no son las más adecuadas; esto, sin medir las consecuencias que las TRA tienen para los involucrados, tanto para la madre como para los embriones. La necesidad de la psicología de la reproducción es un tema tratado por varios autores (6,7).

Las TRA invaden la privacidad sexual al generar numerosos sentimientos de desesperación, pena, miedo, pérdida de la autoestima, culpa, depresión, entre otros. La complejidad de este tema se intensifica al percibir, además de las sensaciones personales, otras que son compartidas con la pareja o aquellas que surgen al enfrentar a la familia, los amigos o los mismos especialistas. El problema central radica en cómo la pareja debería afrontar sus sentimientos, esto es, debidamente asesoradas e informadas en los aspectos individual, relacional, familiar, social, ético y espiritual. Es decir, se debe abarcar a la persona de un modo integral. A fin de conocer la dimensión de este problema, se analizan varias preguntas que la investigación de Cabrera (8) utilizó en una muestra de 566 individuos para indagar sobre el tipo de sentimientos inherentes a su proceso de infertilidad, así como la ayuda y la información que recibieron para hacerle frente.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Se presentaron los datos de la tesis doctoral de Cabrera (8), *La atención integral de las personas con problemas de fertilidad: estudio de campo realizado en México*. De este estudio, se recogió una parte de los reactivos de un cuestionario aplicado a parejas con problemas de fertilidad sobre las sensaciones y los sentimientos que experimentaron, así como la asesoría y la información que recibieron. Dado que este trabajo de investigación tuvo un enfoque mixto, se presentaron datos tanto cuantitativos como cualitativos (narraciones) que explicitaron los primeros.

2.1. Metodología de la tesis de Cabrera (8)

Diseño del estudio: fue un estudio de diseño no experimental, transeccional, descriptivo y correlacional. Su enfoque fue de carácter cuantitativo y cualitativo, por lo que se trató de un estudio mixto.

2.2. Población y muestra

La población estuvo constituida por parejas de hombres y mujeres que, durante edad reproductiva, han tenido o tienen diversos problemas de fertilidad. Los encuestados tenían una edad media de 39,9 años para los hombres y 37,4 para las mujeres. Para determinar la proporción de la población mexicana que tiene algún problema de infertilidad, se hizo referencia a dos estudios que analizaron la infertilidad:

- El primero de ellos, realizado por González (9), reportó que el 15 % de las mujeres entrevistadas había experimentado alguna vez, durante su vida fértil, un periodo de infertilidad de 12 meses o más.
- Un análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 realizado por Walker, Fernández y Suárez (10) señaló que el 17,5 % de los participantes afirmó tener problemas de fertilidad; en México, esto equivale a una población de 3 619 000 mujeres aproximadamente. Este estudio concluyó que la infertilidad es un serio problema de salud en México y a nivel mundial. La prevalencia de infertilidad encontrada (17,5 %) coincide con datos de otros países.

Selección de la muestra. Para esto, se tuvieron en cuenta 566 individuos (n=566), 125 hombres (22,4 %) y 434 (77,6 %) mujeres, quienes respondieron un cuestionario. Los encuestados tenían una edad media de 39,9 años para los hombres y 37,4 para las mujeres. Se trató de una muestra de tipo no probabilística y dirigida, a fin de asegurar la representatividad de diversas entidades de la república mexicana.

Elaboración del cuestionario. El instrumento fue diseñado específicamente para este estudio, y los datos se recogieron a través de un cuestionario autoadministrado, con 56 preguntas. En la revisión de la literatura realizada de 2011 a 2021, no se encontró ningún cuestionario análogo al elaborado; por lo que este fue mayormente original, lo que se constituye como uno de los puntos más valiosos del trabajo a examinar.

Recolección de datos. Para recolectar la información, se enfrentó una serie de dificultades que supusieron, en ocasiones, un verdadero reto. Las parejas no estaban dispuestas a hablar de su experiencia o expresaban rechazo u oposición hacia los sentimientos que surgían de las preguntas planteadas. Con respecto a la extensión y la amplitud del cuestionario (56 preguntas y más de 200 variables), el tiempo promedio que se estimó para responderlo fue de 40 a 45 minutos, lo que lo hacía poco recomendable metodológicamente.

Análisis de los datos. Se hizo una matriz de datos SPSS. Para la comprobación de la hipótesis, se realizaron análisis no paramétricos y paramétricos, como la prueba de Chi-cuadrada, aplicada a la distribución de los datos a través de tablas cruzadas, y diversos análisis de las medidas de tendencia central. Otras pruebas de significancia estadística, como la t de Student y el análisis de varianza (ANOVA), fueron utilizadas para verificar la solidez estadística de los datos.

2.3. Confiabilidad y validez del instrumento

Para medir la homogeneidad entre las preguntas y los ítems del cuestionario, se optó por calcular el coeficiente alfa de Cronbach (.498) para los reactivos de tipo Likert. El cuestionario fue sometido a juicio de 23 expertos en bioética, sociología y filosofía, también expertos en estudios de campo y metodología de cuestionarios. Con base en estos resultados, se concluyó que el instrumento era válido y confiable. Este fue contestado, principalmente, por parejas mexicanas, con lo que se consideró su psicología, religiosidad y otras características peculiares. Se cree que las parejas mexicanas reflejan las características de las de la mayoría de los países latinoamericanos, pero no se podría decir lo mismo de países europeos o de EEUU.

2.4. Descripción de reactivos y preguntas analizadas

Con base en el objetivo de este artículo, este es, mostrar las sensaciones y los sentimientos de las parejas con problemas de fertilidad, así como la ayuda y la información brindadas en la CF. Del cuestionario descrito se seleccionaron las preguntas que se enfocaban más en estos aspectos; estas son:

1.- Sensaciones y sentimientos ante el problema de fertilidad:

o Pregunta 43, 7 reactivos (p. 136)

o Pregunta 32, 4 reactivos (p. 129)

- o Pregunta 21, 6 reactivos (p. 125)
- o Expectativas de éxito (pp. 166-175)
- o Investigación cualitativa: narraciones
- 2.- Ayuda recibida a nivel individual o en pareja:
 - o Pregunta 44, reactivos 1 y 3 (p. 193)
 - o Pregunta 46, reactivos 2, 3 y 4 (p. 199)
 - o Investigación cualitativa: narraciones
- 3.- Grado de satisfacción de los encuestados sobre la asesoría recibida:
 - o Pregunta 29, 5 reactivos (p. 128)
 - o Investigación cualitativa: narraciones
- 4.- Revisión y actualización de la literatura, **años 2011-2020.**

3. RESULTADOS

1.- Sensaciones y sentimientos ante el problema de fertilidad.

a. La siguiente tabla muestra los siete reactivos de la pregunta 43 con datos relevantes en relación con las sensaciones y los sentimientos negativos que la pareja experimenta al momento de darse cuenta de que tiene un problema de infertilidad (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo).

Tabla 1. ¿Qué sensación produjo en ti el problema de infertilidad?

	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
1. Una disminución de mi autoestima (n=472).	25,4 %	32,0 %	23,1 %	19,5 %
2. Una fuerte pena que tenía que compartir (n=478).	16,7 %	22,4 %	34,1 %	26,8 %
3. Un sentimiento de culpa: "¿qué hice para que me suceda esto?" (n=471).	32,1 %	21,2 %	20,8 %	25,9 %
4. Un estado de depresión, angustia o ansiedad (n=475).	18,9 %	26,5 %	28,0 %	26,5 %
5. Coraje contra mi cónyuge, juzgándolo culpable (n=470).	79,8 %	13,4 %	3,0 %	3,8 %
6. Un estado de recelo de mi cónyuge hacia mí (n=463).	74,9 %	17,3 %	4,8 %	3,0 %
7. Otros: El 15 % de la muestra total mencionó otros sentimientos.				

Los datos de la tabla anterior se explicitan a través de algunas narraciones que exteriorizan los estados de depresión, angustia y ansiedad que aparecieron al intuir el problema de fertilidad. Estos se intensificaron con el paso del tiempo y, de manera especial, cuando iniciaron y continuaron los tratamientos, sobre todo cuando los resultados fueron negativos.

Sobre la vivencia personal:

¡¡¡¡Nadie sabe lo que se siente hasta que estás ahí!!!! Y es muy fácil criticar o juzgar lo que hacen los demás por lograr algo que otros ni siquiera valoran [...] Como ya dije: no pueden saber lo que duele si no lo viven en carne propia.

Sobre la ilusión-desilusión, esperanza-desesperanza:

Es difícil aceptar que biológicamente tienes fallas para concebir un hijo, es difícil el tiempo de espera, la ilusión que cada mes se va para abajo y trae tristeza [...]

Sobre la percepción del proceso como denigrante y sin apoyo psicológico:

Recuerdo que aquellos días tenía que repetirme muchas veces al día: "¡No soy una vaca, no soy una vaca! Quiero un hijo, pero no permitiré que me traten como a una vaca" [...]. Son momentos en los que te encuentras frágil, vulnerable, quebradiza y lo que necesitas es apoyo para razonar correctamente. Cómo duelen y cuánto pueden confundirte los malos consejos, las presiones, incluso las miradas irónicas de los que te rodean.

En lo personal hubo momentos en que me sentí inútil por tener que recurrir a tantas cosas para poder lograr un embarazo, me era difícil desvestirme cada vez que asistía a consulta, tuve que dejar el pudor a un lado; en ocasiones me sentí ultrajada por tanta invasión a mi intimidad, me sentí muy vulnerable al estar ahí, tendida en una plancha, rodeada de personas desconocidas, me sentí humillada.

Cuando se llega a la paz y la resignación:

Yo me he repuesto muchísimo, me siento muy tranquila, miro hacia atrás y me da mucha tristeza y rabia el verme triste y luchando como loquita contra la pared para ser mamá, siento que mi esposo también lo ha aceptado y nos hemos "resignado" [...]

Lo que sucede si los tratamientos no tuvieron resultado positivo:

Cada vez que te haces un tratamiento de fertilidad y no quedas embarazada, es como perder al hijo que nunca tuviste. Yo me informé mucho sobre las consecuencias, frustraciones, logros [...] pero nunca me imaginé sufrir y sentir por todo lo que pasamos tanto mi marido como yo [...]

b. La pregunta 32, con cuatro reactivos, muestra las sensaciones y los sentimientos de las parejas cuando dejan las CF; esta refleja el proceso por el que se atravesó al momento de informarse, y el modo en que se percibió el trato (los porcentajes mostrados son relativos al número de cuestionados que respondieron al reactivo).

Tabla 2. Sensación que se tuvo al dejar al médico especialista o la CF.

	No	Sí
Estar totalmente en las manos del médico especialista (n=80).	41,2 %	58,8 %
Tener un problema de infertilidad de fácil solución (n=72).	79,2 %	20,8 %
Una posibilidad de quedarme embarazada (n=83).	27,7 %	72,3 %
Una cita más que no daría solución al problema de infertilidad (n=77).	48,1 %	51,9 %
Otra (n=23).	4,1 % de la muestra total (n=566)	

Aunque esta pregunta fue respondida por un número pequeño de la muestra, las respuestas se muestran implícitamente en las siguientes narraciones. Las primeras sobre la conducta, el desempeño, el profesionalismo, las intenciones, etc. que el médico especialista. Experiencias positivas:

[...] Clínica A, me parece que nos trataron con muchísimo tacto y respeto y siempre disponibles para cualquier duda [...]. Clínica B, el dr. NN, muy atento, siempre dispuesto a aclarar dudas y no ser una paciente más.

El médico es una persona bastante seria y educada, siempre nos explicó punto y coma del tratamiento a realizar [...], siempre nos habló con la verdad y jamás nos dio falsas esperanzas [...]

A veces, también se observaron experiencias negativas:

[...] Puedo decir que de 6 doctores que vi, solo 2 me mostraron su lado humano y me hablaron con sinceridad. A la mayoría no les importa lo mal que te puedas llegar a sentir con los desajustes hormonales o las desilusiones tan grandes que te llevas cuando simplemente "no pegó" y tú te desgastaste física, emocional y económicamente [...].

En mi experiencia, hay falta de ética en los médicos, solo buscan su bienestar económico y no el de los pacientes, nunca ven el estrés emocional que uno pasa, y no te dan información [...].

Salí muy decepcionada del trato que se nos dio y de la poca o ninguna información recibida y [...], ni siquiera se preocupó por hacer algún estudio para saber cuál era el problema, él simplemente me dijo inyéctate esto y regresa tal día [...].

La sensación al dejar el lugar es terrible: te quedas sola con tu marido y una hoja que dice negativo [...]. Ellos se quedaron con el dinero y con tus ilusiones, te sientes muy resentida con la gente y con la vida [...].

En ocasiones, se pueden evidenciar las ilusiones y expectativas que muchas parejas se crean ante su problema de infertilidad; estas influyen significativamente en sus sentimientos y sensaciones:

Que todo lo puedo, que si estoy dispuesta a dejar congelados, o a hacerme un *in vitro* ya sean con los nuestros o con prestados, pues si se puede y claro que me embarazo, que mientras tenga dinero puedo todo, hasta elegir el sexo de mi bebé y claro que los gametos de los que me van a poner son los mejores y que no hay riesgo de un bebé que salga malito porque ellos se encargan de desecharlos [...]

Algo muy relevante en estas parejas es su solidaridad con otras, como lo expresa esta narración:

[...] salir de esta experiencia es como salir de una enfermedad crónica y terminal. Si bien no nos escapamos de la muerte, es algo con lo que siempre viviremos. Es algo que nos ha marcado en todo y para siempre. Siempre estaremos unidos a las personas que siguen sufriendo esta prueba porque siempre seremos parte de ellos.

c. La pregunta 21, con sus seis reactivos, presenta el tema de la información recibida por los médicos especialistas sobre el número de embriones producidos, su transferencia, congelación y destino final; esto influye notablemente en las sensaciones y sentimientos que presenta la pareja. Son cuestiones que deberían ser oportunamente informadas por parte de los profesionales que les presentaron las TRA.

Tabla 3. ¿Qué te dijeron cuando te presentaron las TRA?

	No	Sí	No recuerdo
Que iban a producir embriones en el laboratorio (n=312).	37,2 %	54,8 %	8,0 %
Que el resultado de unir óvulos y espermatozoides en el laboratorio es solo un puñado de células (n=299).	63,9 %	25,1 %	11,0 %
Cuántos embriones, aproximadamente, se iban a producir (n=311).	41,2 %	46,9 %	11,9 %

Cuántos embriones, aproximadamente, iban a transferir al útero (n=309).	36,6 %	53,4 %	10,0 %
Cuántos embriones, aproximadamente, iban a congelar (n=304).	46,7 %	43,4 %	9,9 %
El destino que tendrían los embriones congelados (n=301).	49,5 %	41,5 %	9,0 %

d. Para finalizar este primer apartado de los resultados obtenidos en el cuestionario, se consideró un aspecto que puede intensificar los sentimientos y sensaciones vividas; este se relaciona con las altas expectativas de éxito que se crean las parejas cuando acuden a las CF, dado que los índices de éxito anunciados son más elevados (entre 60 y 90 % de eficacia) que los reales (11). Esto impacta de manera directa en el estado emocional de las parejas, lo que favorece el surgimiento de esperanzas desproporcionadas.

2.- Ayuda o asesoría que las parejas reciben para enfrentar sus sensaciones y sentimientos.

En este segundo apartado de resultados, se refleja el tipo de ayuda y asesoría que las parejas recibían para hacer frente a los sentimientos y sensaciones que vivían ante su problema de infertilidad. Esta ayuda se dio para afrontar diversos aspectos expresados en los reactivos 1 y 3 de la pregunta 44, a nivel individual; y de los reactivos 2, 3 y 4 de la pregunta 46, a nivel de pareja. La distribución de resultados se presenta en la Tabla 4.

Tabla 4. Ayuda recibida a nivel individual o en pareja.

Reactivo	Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
Sobre los aspectos personales: autoestima, culpa, ansiedad, depresión (n=461).	64,2 %	20 %	12,4 %	3,5 %
Sobre las implicaciones psicológicas que podría tener un fracaso en las TRA (n= 455).	67,7 %	21,2 %	7,5 %	3,5 %
En relación con la pareja (n= 462).	71 %	15,4 %	9,5 %	4,1 %
En el trato con la familia (n= 462).	70,1 %	17,1 %	9,3 %	3,5 %
En la relación con la sociedad (n=461).	73,5 %	15,8 %	8,5 %	2,2 %

Dos narraciones explicitan, en primer lugar, que el problema de la infertilidad es interpersonal: está compartido por la pareja, sobre todo en la parte emocional; esto, para no poner en riesgo el matrimonio:

Creo que las parejas que pasamos por esta difícil situación, en la mayoría de los casos nos encontramos completamente solas [...] y considero que es mucho más importante recibir ayuda emocional que en lo físico, pues el estrés y todo el conjunto de emociones que la infertilidad desata, son tan fuertes que pueden terminar en divorcio o el deseo de perder la vida.

En segundo lugar, sobre el grado de presión que sienten los encuestados con la familia y con la sociedad:

Fue difícil los primeros años asimilar que somos una pareja especial y diferente, sobre todo porque nuestros familiares y amigos, y hasta cierto punto también nosotros nos presionamos con la idea de tener un hijo como si esto nos hiciera mejores personas [...] la sociedad es la que más te presiona a que como pareja tengas un hijo [...] todos quieren darte recetas, recomendarte doctores que en realidad no son adecuados, cuando ya vives un caso extremo de infertilidad [...]

3.- Grado de satisfacción que recibieron los encuestados sobre la información recibida.

La pregunta 29, con cinco reactivos, refleja datos sobre qué tan conformes quedaron los encuestados con respecto a la ayuda recibida por los profesionales sobre diversos aspectos. Esto se observa en la siguiente tabla.

Tabla 5. Asesoría recibida por las parejas con problemas de fertilidad.

	Incompleta e inadecuada	Medianamente completa y adecuada	Muy completa y adecuada
El manejo de las propias emociones y los sentimientos (n=354).	49,7 %	32,8 %	17,5 %
El posible estado de angustia o depresión en que me podía encontrar (n=354).	55,6 %	26,3 %	18,1 %
El modo de afrontar las posibles diferencias con mi cónyuge (n=351).	56,4 %	22,5 %	21,1 %
El modo de afrontar las dudas o inquietudes de nuestra familia (n=349).	56,4 %	24,1 %	19,5 %
La manera de afrontar mis relaciones con los amigos y la sociedad (n=345).	59,7 %	22,3 %	18,0 %

Algunas de las narraciones obtenidas revelan la necesidad de la asesoría en general, la dificultad de encontrarla y, en ocasiones, cuando se tuvo, la poca efectividad de dicha asesoría al responder a los cuestionamientos y dudas de la pareja para asimilar lo que se vive:

Nunca consideramos la necesidad de una ayuda psicológica después de los fracasos en los diferentes tratamientos y, con el paso del tiempo, sé que hubiera sido de mucha utilidad [...], no quisiera dejar de decirle que, en nuestro caso, la prueba más dura de todas ha sido la parte psicológica y esta es la que siempre nos costó más trabajo encontrar ayuda.

Nos hubiera ayudado que al momento de acudir al doctor y descubrir que había un impedimento parcial o total nos orientaran con un profesional para asimilar esa etapa y superarlas sin que nos presionen comentarios de otros, es decir, que nos apoyen psicológicamente porque en ocasiones se nos juzga por el hecho de no poder tener hijos en una forma equívoca y esto nos lastima y con ayuda profesional estaremos aptos para responder preguntas o comentarios sobre todo aceptar o asimilar la etapa que vivimos.

4.- Resultados de la revisión y actualización de la bibliografía.

Se consultaron las bases de datos Web of Science, PubMed, Scopus y Google Académico; esto, con el propósito de actualizar, profundizar y corroborar los datos del presente estudio, así como analizar los principales artículos en español e inglés publicados entre los años 2011 y 2020. Los resultados más relevantes encontrados en español se complementan con los que se encontraron de mayor interés en inglés. Para ello, se consideró la revisión de la literatura sobre temas de infertilidad en la tesis doctoral de Cabrera (12). Asimismo, se excluyeron los trabajos considerados deficientes desde el punto de vista metodológico (con muestras no significativas y con instrumentos poco válidos y/o confiables). Los criterios de inclusión, por otro lado, respondieron a la presencia de la información reciente, relevante y pertinente para la temática a revisar.

Por otra parte, no se encontraron cambios significativos en el periodo 2010-2020. Se observó que la infertilidad resulta ser un problema clínico muy particular, donde la psique de las personas se encuentra comprometida al asumirse como un proceso largo y tedioso que afecta no solo a la pareja infértil, sino al sistema familiar y social (1).

Muchos autores mantienen que la infertilidad está relacionada con la pérdida de autoestima, el aumento en el nivel de estrés y la disminución en el estado de ánimo (13). Incluso la identidad y la autovaloración de algunas mujeres es

negativa después de tener un hijo mediante alguna TRA (14). Otros autores también señalan la importancia de considerar los potenciales trastornos emocionales cuando se acude a una CF para recibir el tratamiento correspondiente (15); por tanto, es evidente la relación de la ansiedad y el estrés con la infertilidad (16). No obstante, las consecuencias psicológicas de la infertilidad y su tratamiento siguen sin investigarse a profundidad y de forma integrada (17).

En la literatura existe poca información explícitamente relacionada con la que las parejas reciben por parte de las CF o del médico especialista para afrontar sus sentimientos y sensaciones ante el problema de fertilidad. Sin embargo, algunos estudios indican que la relación médico-paciente se encuentra francamente mermada, pues el trato por parte de los profesionales de la salud se posiciona en una especie de "frialidad médica", donde solamente se atiende el aspecto biológico de la reproducción, sin atender otros aspectos, entre ellos, el psicológico, el social y el espiritual, que inciden en las esferas laboral y familiar de los pacientes (18).

En la revisión que se realizó en inglés, algunos autores mencionan la necesidad de desarrollar instrumentos que traten la infertilidad centrada en el paciente (19,20), aunque no es una tendencia. Más bien se centran en algunas de las dimensiones, como la biológica (21-23); o la social (24,25); o la dimensión espiritual/religiosa, donde las estrategias de afrontamiento que tienen en cuenta esta dimensión pueden mejorar la capacidad de las parejas para superar sus sentimientos (26,27). Al respecto de esta última dimensión, Best, Butow y Olver (28,29), en una búsqueda sistemática que realizaron en 10 bases de datos, afirmaron que existe una discrepancia en la forma de hacerlo y, en la mayoría de los casos, no se da. La dimensión psicológica es el aspecto más atendido a nivel individual para la pareja; y a nivel familiar y social, Boivin y Gameiro (30) describieron los cinco cambios de paradigma para explicar cómo evolucionó la psicología y la asesoría sobre la infertilidad: la ansiedad, la depresión, la irritabilidad, los trastornos de sueño y el estrés son los más estudiados (31-34). Así, estos deben atenderse antes, durante y después de los tratamientos (35-37).

Un tema importante a tener en cuenta es la diferencia entre los sentimientos de los hombres y mujeres; este aspecto fue reportado por Cabrera (8). Dicho tema ha sido más desarrollado en la última década (38-41). El interés por estudiar las sensaciones y los sentimientos en los varones puede estar relacionado con los roles en la familia actual, los cuales deberían ser cuidadosamente estudiados (42-44). Es importante mencionar que son las mujeres quienes suelen llevar la carga principal y, a menudo, son las culpadas por no concebir; estas sienten más intensamente todo el proceso que viven (45-50).

Otro tema más estudiado en la última década ha sido cómo la infertilidad afecta el proyecto de vida de la pareja (35, 36, 51-54); así, las razones de por qué dejar los tratamientos y la asesoría que deberían recibir las parejas han sido ampliamente tratadas. Entre los grupos más relevantes que han estudiado este enfoque están el de Gameiro, Boivin, Peronace y Verhaak (55). En general, se observa una preocupación por la ayuda psicológica que deberían recibir, pero esta es insuficiente (56,57), y los médicos especialistas o el personal de las CF debería ofrecerlo (58-60).

Una cuestión que se ha desarrollado en los últimos años es el tema que concierne a la evolución de los medios y las Tecnologías de la Información (TI), como las redes sociales, las páginas de internet y los foros. Estos son cada vez más consultados por personas con diagnóstico de infertilidad; sin embargo, pueden ser armas de doble filo. Por un lado, podría ser positivo para que las parejas encuentren ayuda en foros o grupos (61); pero también podría ser negativo, pues la infertilidad se convierte en un evento de comercialización que va en contra de la atención y la ayuda integral para los usuarios.

En un artículo reciente de Delbaere, Verbiest y Tydén (62), se recogen varios sitios web o herramientas interactivas que brindan información relevante para estas parejas. Brochu et al. (63) indagaron si los recursos de internet satisfacen las necesidades y preferencias de las parejas infértiles. Existen aplicaciones para los *smartphones*, pero se sabe poco sobre las ventajas de estas aplicaciones, aunque existe una evidencia sobre su utilidad (64). Es interesante comentar la propuesta de Hvidman et al. (65) acerca de la creación de la Fertility Assessment and Counselling Clinic (FAC) como respuesta a la gran demanda de mujeres y hombres insatisfechos por la falta de asesoría sobre el tema de la fertilidad.

Finalmente, existen asociaciones de infertilidad en diferentes continentes, entre estas, la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA) o la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE). En el año 2015, esta última publicó la *Guía para el equipo de fertilidad* (66), la cual se centra en ofrecer una asesoría a quienes trabajan en las CF para que provean los cuidados psicosociales de rutina necesarios a las parejas sin la ayuda de un psicólogo especialista. De esa forma, se busca que todos los que trabajan en las clínicas coadyuven en los tratamientos de las parejas infértiles. Cada vez se observa más la intención de capacitar a todo el personal de las clínicas; por lo que algunos autores mencionan que, para el 2020, lo ideal sería que se mejorara la atención y la prestación de servicios a los pacientes (67). No obstante, en la actualidad es arriesgado pensar que se ha alcanzado la meta pronosticada por los anteriores autores.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Sensaciones y sentimientos de la pareja

Se observa que, del total de personas que respondieron esta pregunta, el mayor porcentaje corresponde a la pena que se tiene que compartir (62,1 %), en las opciones "muchísimo" y "mucho"; lo que menos sintieron las parejas fue el estado de coraje contra el cónyuge (79,8 %), en la opción "nada"; y no hubo ningún sentimiento de recelo hacia el cónyuge (74,9 %).

Por otra parte, en cuanto a los reactivos 1, 3 y 4 en las opciones de "muchísimo" y "mucho", al 42,6 % de los encuestados le produjo "un sentimiento profundo de disminución de la autoestima"; al 46,7 %, "un sentimiento de culpa"; y al 54,5 %, "un estado profundo de depresión, angustia o ansiedad".

El reactivo 7 describió, a través de los sustantivos utilizados por los encuestados al exponer su problema de infertilidad: tristeza, soledad, temor, miedo, vacío, envidia, frustración, desesperación, impotencia, desilusión, rebeldía, soledad, culpa, incompreensión, resignación, depresión, incertidumbre, ansiedad, aceptación, aislamiento, resentimiento, pena, celos, bronca, enojo, amargura, dolor, fracaso, presión, incompleta, inútil, rechazo, esperanza, desesperanza.

4.2. Sensaciones y sentimientos al dejar las CF

Aunque el 72 % advertía, con gran esperanza, la posibilidad del embarazo, un 79,2 % sabía que su problema de infertilidad no tenía fácil solución. Así, la esperanza y la desesperanza se entremezclan, como otros muchos sentimientos en estas parejas. Igualmente, casi 6 de cada 10 encuestados (58,8 %) tuvieron la sensación de estar totalmente en manos del médico especialista. El tema de ponerse en las manos del médico especialista debe ser profundizado, debido a las consecuencias tan variadas que puede implicar. Finalmente, la mitad de los que contestaron (51,9 %) tenía la impresión de que la cita con el especialista sería una más que no daría solución a su problema.

4.3. Información sobre los embriones producidos durante el proceso

Los resultados muestran que casi la mitad de los que respondieron no fueron informados sobre estas nociones básicas en relación con los embriones. Los porcentajes de desinformación oscilan entre el 37 y el 50 %. Cabe resaltar las res-

puestas afirmativas de los reactivos 1, 2, 3 y 4, pues estos muestran que sí fueron informados con respecto a la producción de embriones en cuanto a que estos no son solo células, además de la cantidad de embriones que se producirían y los que serían transferidos al útero. Sin embargo, las respuestas negativas se incrementan en los reactivos 5 y 6 en relación con el número de embriones que se congelarían y su destino final. Esto se puede interpretar como una pequeña deficiencia en la información recibida, pero que podría haber resultado fundamental para que la pareja tomara una decisión informada y responsable.

4.4. Ayuda o asesoría que las parejas reciben para enfrentar sus sentimientos y sensaciones

En primer lugar, se observa que el 84,2 % de los encuestados no recibieron ayuda (64,2 %) o poca ayuda (20 %) para hacer frente a sus sentimientos personales experimentados, entre estos, la culpa, la ansiedad o la depresión. Asimismo, es significativo que el 88,9 % no recibiera ayuda (67,7 %) o poca (21,2 %) para afrontar psicológicamente el fracaso de la técnica.

Por otro lado, en los reactivos 2, 3 y 4 de la pregunta 46, el 86,4 % de los encuestados no obtuvo ningún tipo de asesoría (71 %) o poca (15,4 %) para afrontar la situación en pareja. Estos porcentajes son parecidos a los de los que no recibieron ayuda, o recibieron poca, para afrontar en pareja a la familia (87,2 %) o para solventar las situaciones con la sociedad (89,3 %).

4.5. Grado de satisfacción que recibieron los encuestados sobre la ayuda recibida

En analogía con el apartado anterior y con una pregunta parecida, sobresale el alto porcentaje de parejas que recibieron una asesoría incompleta e inadecuada; este oscila entre el 50 y el 60 %. Si a este porcentaje se le suma el de "una asesoría medianamente completa y adecuada", el porcentaje supera el 80 % en la mayoría de los casos.

Los resultados presentan, de nueva cuenta, dos rubros: en primer lugar, el manejo de los propios sentimientos, así como de los posibles cuadros de depresión o angustia al atravesar el proceso; y, en segundo lugar, los modos o estrategias para afrontar el tema con el propio cónyuge, la familia y la sociedad en general. Esto refleja que la asesoría brindada es deficiente, pues deja a las parejas con una sensación de confusión y desconocimiento; ello, además, puede

influir en los sentimientos de angustia, tristeza, etc., que se reflejaron en las respuestas analizadas.

Los datos de los dos últimos apartados sobre la asesoría son muy significativos y ponen de relieve la necesidad de ser profundizados; esto, a fin de encontrar soluciones para que las parejas puedan recibir ayuda al afrontar su vivencia de la infertilidad y, en especial, de sus sensaciones y sentimientos.

5. CONCLUSIONES

A lo largo del presente artículo, mediante los datos cuantitativos, los testimonios y la bibliografía analizada, se pone de manifiesto el papel fundamental de la asesoría que deberían recibir las parejas para hacer frente a sus sentimientos. Existe un cierto consenso al considerar que la dificultad para tener hijos supone una de las situaciones más estresantes a las que tiene que hacer frente la pareja en relación con su proyecto vital. Esta se ve afectada a nivel individual, en la relación de pareja, en el núcleo familiar y a nivel social.

El papel que juega el personal de salud que participa en los TRA es fundamental, pues esto impacta considerablemente en la psique de las parejas. Se pone de manifiesto, a través de la bibliografía consultada y referida, que la ayuda que se ofrece en las CF va más dirigida a que las mujeres no abandonen los tratamientos o a que se exploren las razones por las que, en efecto, los dejan. Se observa, también, que los estudios de campo publicados, cuantitativos y cualitativos, tienen mayormente la misma finalidad. De esta manera, se advierte un vacío en cuanto al ofrecimiento de una ayuda integral a las parejas, de modo que se abarquen las dimensiones física, psíquica, relacional, social y espiritual. Se corroboró, a través de la revisión de la literatura, que la asesoría ofrecida en las CF no siempre es completa y/o adecuada.

Ante el problema descrito, es necesario que la ayuda y la información brindadas a las parejas en las CF tengan en cuenta a la persona en todas sus dimensiones y vayan acompañadas de un proceso de claridad y transparencia con respecto a las distintas fases del tratamiento, sus riesgos y beneficios. Aunado a esto, deben considerarse los pasos a seguir, donde se incluya información concerniente al número de embriones a producir, los que se han de implantar y las probabilidades de éxito de dichos procedimientos. Dicha ayuda, además, debe ofrecerse antes, durante y después del proceso, a través de la intervención de los especialistas en el área de la salud reproductiva. La veracidad de la información que se debe proporcionar pone de manifiesto otro gran tema que debería de ser tratado, esto es, el adecuado

proceso de consentimiento informado que debe culminar con la aceptación o el rechazo por parte de la pareja frente al tratamiento ofertado.

Igualmente, se observó que estos procedimientos desencadenan una variedad de sensaciones y sentimientos, en su mayoría negativos, que pueden tener serias repercusiones en las personas y la pareja; ello, además de los sentimientos y sensaciones que promueven la desinformación o lo inadecuado de esta, provocan afectaciones importantes en las personas.

El problema de la infertilidad aún representa un problema complejo con muchas aristas, lo que lo convierte en un tema esencialmente interdisciplinar. No es únicamente un aspecto que afecte la corporeidad de las parejas, sino que trasciende a todos los ámbitos de su vida y a todas las dimensiones de su persona. La infertilidad, por ende, debe seguirse estudiando a la luz de la visión integral de la persona.

Uno de los aspectos más relevantes de este estudio versa sobre la sensación de cosificación que perciben las mujeres que se someten a estos procedimientos, lo que denota un descuido en el mencionado tratamiento integral. Por esto, se estima conveniente considerar a la persona como una unidad de cuerpo y espíritu: no solo los aspectos materiales del problema de la infertilidad, sino las dimensiones psicológica, familiar, social y espiritual, a nivel individual y en pareja. Asimismo, se recomienda continuar con los estudios sobre el tema de los sentimientos experimentados por las parejas; esto, con el fin de profundizar las estrategias de acompañamiento integral para quienes deciden buscar estos tratamientos en las CF.

Es recomendable pensar en una estrategia para las parejas con problemas de fertilidad que no tienen acceso a médicos especialistas y, menos aún, a los diferentes tratamientos. Como se apuntó, en la mayoría de los países de América Latina el número de parejas que acuden a una clínica es mucho menor que la misma cifra en países europeos, pues este tipo de tratamientos no son cubiertos por la seguridad social.

Los resultados de los datos cuantitativos y las narraciones evidenciaron que más del 80 % no recibe ayuda, o recibe muy poca, para afrontar las sensaciones y los sentimientos que afectan a la pareja con problemas de fertilidad. Desde que comienzan a percibir su problema, experimentan incertidumbre, culpa, temor, ansiedad, tristeza, desmotivación, baja autoestima, envidia, celos de las parejas fértiles, angustia y desesperanza; esto, además de sentirse cosificados o degradados en su dignidad humana.

6. REFERENCIAS

1. Ramírez A, Cala F, Fajardo D. Factores causales de infertilidad. *Revista Información Científica*. 2019; 98(2).
2. Torres-Trejo J, Conde S, Jiménez L. Hipotiroidismo asociado con infertilidad en mujeres en edad reproductiva. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2020; 88(05).
3. Morales N, Hernández L, Lafuente M. Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en miembros de parejas con infertilidad primaria. *Medimay*. 2019; 26(1).
4. Peñarrubia J, García-Velasco J, Landeras J. Modelos predictivos en reproducción asistida: revisión sistemática y análisis crítico. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*. 2019; 6(2-3).
5. Cabrera A. *Infertilidad, laberinto con salida: pautas para una decisión*. Primera edición ed. México: Universidad Anáhuac México; 2017.
6. Moreno C. *Infertilidad y Psicología de la Reproducción*. *Papeles del Psicólogo*. 2008; 29(2).
7. Moreno C, Díaz D. La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. *Ansiedad y estrés*. 2009; 15(1).
8. Cabrera A. *La atención integral a las personas con problemas de fertilidad: Estudio de campo realizado en México 2011: Ateneo Pontificio Regina Apostolorum*; 2011.
9. González A. *Subfecundidad e infertilidad en mujeres mexicanas*. *Papeles de población*. 2006; 12(50).
10. Walker E, Fernández P, Suárez L. *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva*. [Online].; 2010. Available from: http://www.crimunammx/drupal/crimArchivos/Colec_Dig/2007/A.
11. Cabrera A, Kuri M, Valdez P, García E. Tasas de éxito en clínicas de fertilidad. *Revista de Medicina y Ética*. 2020; 31(2).
12. Cabrera A. *Validación de un modelo integral sobre la problemática de infertilidad de la pareja, como resultado de una propuesta metodológica*. Huixquilucan. Universidad Anáhuac México. México; 2020.
13. Izzedin-Bouquet R. *Psicología de la reproducción: de la infertilidad a la reproducción asistida*. *Revista Científica Ciencia Médica*. 2011; 14(2).

14. Bello K, Batista Y. Infertilidad femenina y modos de subjetivación: cuando el yo se percibe fallido. *Integración Académica en Psicología*. 2019; 7(21).
15. Moreno C, Arnal B, Antequera R, Ramírez I. Ansiedad y bienestar psicológico de la pareja en la transición a la paternidad. *Clínica y Salud*. 2016; 27(1).
16. Veiga M, Puccio M, Tamburelli V. ¿ Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad. *Reproducción*. 2013; 28(3).
17. Carrasco A. Aspectos psicológicos relacionados con la reproducción asistida: de la fecundación *in vitro* hasta la donación de gametos Granada: Universidad de Granada; 2020.
18. Díaz Z, García D. La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. *Revista Cubana de salud pública*. 2011; 37.
19. Cunningham N, Cunningham T. Women's experiences of infertility-towards a relational model of care. *Journal of clinical nursing*. 2013; 22(23-24).
20. Hasanbeigi F, Zandi M, Vanaki Z, Kazemnejad A. Investigating the problems and needs of infertile patients referring to assisted reproduction centers: a review study. *Evidence Based Care*. 2017; 7(3).
21. Yovich J, Ye Y, Regan S, Keane K. The evolving concept of poor-prognosis for women undertaking IVF and the notion of growth hormone as an adjuvant; a single-centre viewpoint. *Frontiers in Endocrinology*. 2019; 10.
22. Doshi M, Singh R, Sawankar S, Hinduja R. Poor ovarian reserve. *ISAR's*. 2018; 42.
23. Keane K, Ye Y, Hinchliffe P, Regan S, Dhaliwal S, Yovich J. Live birth outcomes of vitrified embryos generated under growth hormone stimulation are improved for women categorized as poor-prognosis. *Clinical and experimental reproductive medicine*. 2019; 46(4).
24. Maroufizadeh S, Ghaheri A, Almasi-Hashiani A, M M, B N, Ezabadi Z. The prevalence of anxiety and depression among people with infertility referring to Royan Institute in Tehran, Iran: A cross-sectional questionnaire study. *Middle East Fertility Society Journal*. 2018; 23(2).
25. Malina A, Blaszkiewicz A, Owczarz U. Psychosocial aspects of infertility and its treatment. *Ginekologia Polska*. 2016; 87(7).
26. Romeiro J, Caldeira S, Brady V, Timmins F, Hall J. Spiritual aspects of living with infertility: A synthesis of qualitative studies. *Journal of clinical nursing*. 2017; 26(23-24).

27. Caldeira S, Romeiro J, Martins H, Casaleiro T. The therapeutic dimension of research about spirituality: Particularities of cancer, mental health and infertility. *Nursing Forum*. 2019; 54(4).
28. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? a systematic literature review. *Patient Education and Counseling*. 2015; 98(11).
29. Best M, Butow P, Olver I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. *Palliative Medicine*. 2016; 30(4).
30. Boivin J, Gameiro S. Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertil Steril*. 2015; 04(2).
31. Moura M, Gameiro S, Canavarro M, Soares I, Almeida-Santos T. Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? the mediating role of the importance of parenthood. *British Journal of Health Psychology*. 2016; 21(2).
32. Dembinska AA. Psychological determinants of life satisfaction in women undergoing infertility treatment. *Health Psychology Report*. 2016; 4(2).
33. Santa D, Caparros R, Garcia J. Hair cortisol as a new biomarker of underlying chronic stress, anxiety and depression in infertility: a pilot study. *Fertility and Sterility*. 2019; 112(3).
34. Santa DC, Agudo D. Impact of underlying stress in infertility. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2020; 32(3).
35. Purewal S, Chapman S, van den Akker O. Depression and state anxiety scores during assisted reproductive treatment are associated with outcome: a meta-analysis. *Reproductive biomedicine online*. 2018; 36(6).
36. Purewal S, Chapman S, van den Akker O. A systematic review and meta-analysis of psychological predictors of successful assisted reproductive technologies. *BMC research notes*. 2017; 10(1).
37. Gabnai-Nagy E, Bugan A, Bodnar B, Papp G, Nagy B. Association between Emotional State Changes in Infertile Couples and Outcome of Fertility Treatment. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*. 2020; 80(2).
38. Petok W. Infertility counseling (or the lack thereof) of the forgotten male partner. *Fertility and Sterility*. 2015; 104(2).
39. Niederberger C. Re: infertility counseling (or the lack thereof) of the forgotten male partner. *Journal of Urology*. 2016; 195(4P1).

40. Mikkelsen AT, Madsen SA, Humaidan P. Psychological aspects of male fertility treatment. *Journal of Advanced Nursing*. 2013; 69(9).
41. Hanna E, Gough B. Experiencing male infertility: A review of the qualitative research literature. *Sage Open*. 2015; 5(4).
42. Dooley M, Dineen T, Sarma K, Nolan A. The psychological impact of infertility and fertility treatment on the male partner. *Hum Fertil (Camb)*. 2014; 17(3).
43. Dooley M, Nolan A, Sarma KM. The psychological impact of male factor infertility and fertility treatment on men: a qualitative study. *The Irish Journal of Psychology*. 2011; 32(1-2).
44. Valoriani V, Lotti F, Lari D, Miccinesi G, Vaiani S, Vanni C, *et al*. Differences in psychophysical well-being and signs of depression in couples undergoing their first consultation for assisted reproduction technology (ART): an Italian pilot study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2016; 197.
45. Babore A, Stuppia L, Trumello C, Candelori C, Antonucci I. Male factor infertility and lack of openness about infertility as risk factors for depressive symptoms in males undergoing assisted reproductive technology treatment in Italy. *Fertility and sterility*. 2017; 107(4).
46. Furman I, Parra L, Fuentes A, Devoto L. Men's participation in psychological counseling services offered during in vitro fertilization treatments. *Fertility and Sterility*. 2010; 94(4).
47. Hanna E, Gough B. The impact of infertility on men's work and finances: findings from a qualitative questionnaire study. *Gender Work and Organization*. 2019.
48. Veloso M, Basto M, Pedro J, Peterson B, Almeida V, Schmidt L, *et al*. Male psychological adaptation to unsuccessful medically assisted reproduction treatments: a systematic review. *Human Reproduction Update*. 2016; 22(4).
49. O'Donnell E. Making room for men in infertility counseling. *Journal of Family Practice*. 2007; 5.
50. Richard J, Badillo-Amberg I, Zekowitz P. "So much of this story could be me": men's use of support in online infertility discussion boards. *American journal of men's health*. 2017; 11(3).
51. Luk B, Loke A. The Impact of Infertility on the Psychological Well-Being, Marital Relationships, Sexual Relationships, and Quality of Life of Couples: A Systematic Review. *J Sex Marital Ther*. 2015; 41(6).

52. Donkor ES, Naab F, Kussiwaah DY. "I am anxious and desperate": psychological experiences of women with infertility in The Greater Accra Region, Ghana. *Fertility Research and Practice*. 2017; 3.
53. Gameiro S, Finnigan A. Long-term adjustment to unmet parenthood goals following ART: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*. 2017; 23(3).
54. Nachinab Ge, Donkor E, Naab F. Perceived Barriers of Child Adoption: A Qualitative Study among Women with Infertility in Northern Ghana. *Biomed Research International*. 2019.
55. Gameiro S, Boivin J, Peronace L, Verhaak C. Why do couples stop fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction*. 2012; 18(6).
56. Hammer K. Addressing the Needs of Fertility Treatment Patients and Their Partners: Are They Informed of and Do They Receive Mental Health Services? *Obstetrics and Gynecology*. 2017; 130(2).
57. Pasch LA, Holley SR, Bleil ME, Shehab D, Katz PP, Adler NE. Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services? *Fertility and Sterility*. 2016; 106(1).
58. Hoff H, Crawford N, Mersereau J. Mental health disorders in infertile women: prevalence, perceived effect on fertility, and willingness for treatment for anxiety and depression. *Fertility and Sterility*. 2015; 104(3).
59. Maxwell E, Mathews M, Mulay S. The impact of access barriers on fertility treatment decision making: a qualitative study from the perspectives of patients and service providers. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2018; 40(3).
60. Boivin J. How does stress, depression and anxiety affect patients undergoing treatment? *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2019; 31(3).
61. Daniluk J, Koert E. Fertility awareness online: the efficacy of a fertility education website in increasing knowledge and changing fertility beliefs. *Human Reproduction*. 2015; 30(2).
62. Delbaere I, Verbiest S, Tydén T. Knowledge about the impact of age on fertility: a brief review. *Uppsala Journal of Medical Sciences*. 2020; 125(2).

63. Brochu F, Robins S, Miner S, Grunberg P, Chan PLK. Searching the Internet for Infertility Information: A Survey of Patient Needs and Preferences. *Journal of Medical Internet Research*. 2019; 21(12).
64. Ford E, SD R, EA M, EL B, Sutherland J. The association between reproductive health smartphone applications and fertility knowledge of Australian women. *BMC women's health*. 2020; 20(1).
65. Hvidman H, Petersen K, Larsen E, KT M, Pinborg A, Nyboe Andersen A. Individual fertility assessment and pro-fertility counselling; should this be offered to women and men of reproductive age? *Human Reproduction*. 2015; 31(1).
66. Gameiro S, Boivin J, Dancet E, de Klerk C, Emery M, Lewis-Jones C. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. *Human Reproduction*. 2015; 30(11).
67. Gameiro S, Boivin J, Domar A. Optimal in vitro fertilization in 2020 should reduce treatment burden and enhance care delivery for patients and staff. *Fertility and Sterility*. 2013; 100(2).

20 AÑOS DE VIDA Y ÉTICA: LA PROPUESTA DEL PERSONALISMO ONTOLÓGICO, MÁS VIGENTE QUE NUNCA

Fecha de recepción: 09/02/2021

Fecha de aceptación: 30/02/2021

Dra. María Agustina Toscani Gómez

Contacto: agustoscani@outlook.com.ar

- Abogada - Universidad Austral

Palabras clave

- Bioética
- Principialista
- Bioética de los Derechos Humanos
- Personalismo ontológicamente fundado
- Cultura de la vida

Key words

- Principles of Biomedical Ethics
- Bioethics based on Human Rights
- Ontologically Founded Personalism
- Culture of life

"Pediré cuentas de la vida del hombre al hombre"
(Gn. 9, 5)

I. DOS DÉCADAS AL SERVICIO DE LA CULTURA DE LA VIDA

La Revista *Vida y Ética* cumple veinte años. Una rápida mirada a su repertorio alcanza para vislumbrar la importancia del camino emprendido y del trabajo realizado a lo largo de sus dos décadas. Desde aquel diciembre del año 2000 en que apareció su primer ejemplar, ha contribuido a la difusión de las últimas investigaciones científicas y técnicas, y a la reflexión humanística y bioética sobre ellas, fomentando así la consolidación de una auténtica cultura de la vida humana en el ámbito universitario e intelectual.¹

Sus ediciones han acompañado también los cambios culturales y jurídicos acaecidos tanto en nuestro país como en el extranjero, abordando diversos temas, como la procreación artificial, el matrimonio entre personas del mismo sexo, la contracepción, el aborto, la eugenesia, la eutanasia, el trasplante de órganos, la clonación, la proporcionalidad de los medios terapéuticos, la ética en la investigación, el sentido de la muerte y el dolor, el acompañamiento de los pacientes y sus familias, los derechos humanos y la dignidad de toda vida humana, por mencionar solo algunos. Sus publicaciones, de gran calidad académica, poseen la característica de intentar iluminar los dilemas a la luz de la verdad y el bien de la persona humana, partiendo de una antropología realista y una bioética objetiva, ontológicamente fundada.

Si hay algo que estos veinte años han dejado en evidencia, es que el Personalismo ontológico es una propuesta cada vez más vigente. Las temáticas desarrolladas por la revista dan cuenta que éste permite vislumbrar los atentados contra la vida y la dignidad de las personas muchos años antes de que los mismos se normalicen y/o se instalen en los debates sociales y legislativos, por cuanto refiere a valores objetivos, a una verdad universal, que abarca a todos los hombres de todos los tiempos. Así como uno se sorprende al leer documentos como *Humanae Vitae* (1968), *Donum Vitae* (1987) o *Evangelium Vitae* (1995) por su gran actualidad, es notable la manera en que *Vida y Ética* ha abordado desde sus inicios cuestiones

1 Cfr. JUAN PABLO II, *Carta Encíclica Evangelium Vitae*, Vaticano, 25/03/1995, n° 131 [En línea], disponible en: http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html [Último acceso el 08/02/2021].

que aún hoy generan controversias. Ello responde a que su propuesta ética no se basa en modas o consensos temporales, se afirma a partir del sujeto mismo. El Personalismo ontológico invita a acoger la ley del propio ser, abrazando la vida de todos y cada uno de los miembros de la familia humana.

San Juan Pablo II, un cuarto de siglo atrás, denunciaba que el escepticismo en los fundamentos mismos del saber y de la ética torna cada vez más difícil ver con claridad el sentido del hombre, de sus derechos y deberes, a lo que se suman diversas dificultades existenciales y relacionales, agravadas por una sociedad compleja.² También Francisco ha señalado que "entre las causas más importantes de la crisis del mundo moderno están una conciencia humana anestesiada y un alejamiento de los valores religiosos, además del predominio del individualismo y de las filosofías materialistas que divinizan al hombre y ponen los valores mundanos y materiales en el lugar de los principios supremos y trascendentes"³.

Esa opción filosófica fundamental termina tergiversando e incluso deformando el concepto de subjetividad.⁴ Esto no es irrelevante, por el contrario: del perfil de hombre y de destino humano que se proponga, dependerá el tipo de sociedad y de cultura, de ley y de ética, y, por tanto, también de Bioética. Reconocer que existe una verdad objetiva es un requisito fundamental para la elaboración de cualquier saber; luego, el reconocimiento de la verdad sobre el ser humano es igualmente imperiosa.

Por tanto, las consideraciones metafísicas y antropológicas sobre la persona humana son imprescindibles para un juicio bioético objetivo. Sgreccia lo advirtió y lo explicó con claridad al manifestar que "la antropología ofrece un criterio de discriminación entre lo que es técnica y científicamente posible y lo que es lícito éticamente; ofrece también un criterio de juicio entre lo que está legalmente sancionado por las mayorías políticas, y lo que es lícito y benéfico para el bien del hombre"⁵. Si el orden moral se asienta sobre el ser, la realidad de la persona (realidad formada por dos coprincipios, uno corpóreo y otro espiritual), y la teleología que de esa naturaleza se sigue, permite establecer un criterio objetivo sobre el cual basar juicios bioéticos universales.

2 Ídem, n° 11.

3 FRANCISCO, *Documento sobre la fraternidad humana por la paz mundial y la convivencia común*, Abu Dabi, 04/02/2019 [En línea], disponible en: http://www.vatican.va/content/francesco/es/travels/2019/outside/documents/papa-francesco_20190204_documento-fratellanza-umana.html [Último acceso el 08/02/2021].

4 Cfr. JUAN PABLO II, *Op. Cit.*, n° 19.

5 SGRECCIA, Elio. *Manual de Bioética* (4° ed.), Madrid: BAC, 2018, I, p. 74.

II. LAS FLAQUEZAS DE LA BIOÉTICA PRINCIPIALISTA Y DEL MODELO BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS

En esta línea se expresa Revello, recordando que los clásicos señalaban que una pequeña diferencia en el comienzo producía una gran diferencia en el final. Y que, según los criterios sobre los que se funda la reflexión bioética de las diferentes escuelas, las acciones consecuentes pueden diferir mucho.⁶ A grandes rasgos, el pluralismo ético puede dividirse en tres caminos posibles: 1) la afirmación del propio criterio como válido por sí mismo (subjektivismo, individualismo); 2) la búsqueda del consenso (contractualismo, pragmatismo); 3) la referencia a una norma objetiva que trascienda los criterios circunstanciales (ontologismo).⁷

"En un esfuerzo por simplificar aun más estas corrientes de pensamiento, se podría agrupar a las dos primeras (la afirmación del propio criterio como determinante de la verdad y la búsqueda del consenso) en el "no cognitivismo". Ellos afirman que es imposible conocer una norma moral objetiva (por lo cual la norma surge del acto libre del sujeto o del consenso social). Por otro lado, la escuela alternativa, llamada cognitivismo, sostiene la posibilidad de una fundamentación racional y objetiva de los valores y de la ética. Ésta es la postura que asume el Personalismo ontológico. Se llega aquí a un punto difícilmente reconciliable, que divide al mundo de la bioética en dos grandes corrientes: el Principialismo anglosajón y el Personalismo ontológico europeo continental".⁸

Las dos principales corrientes de pensamiento que buscan dar respuesta a los interrogantes bioéticos tienen fundamentaciones muy distintas. El Principialismo procede de la tradición jurídica anglosajona, el *Common Law* ("derecho común"), que se basa en el derecho consuetudinario. En cambio, el Personalismo ontológico procede de la tradición latina que se apoya en el iusnaturalismo o derecho natural. Mientras éste cuenta con una referencia moral objetiva, el primero se asienta en el acuerdo social, ya que considera que no existen normas intrínsecas a la práctica médica que puedan regir las decisiones⁹.

6 REVELLO, Rubén, *Bioética: la verdad que busca el bien*, Buenos Aires: EDUCA, 2010, p. 140.

7 Ídem.

8 Ídem, p. 141.

9 SGRECCIA, *Op. Cit.*, I, p. 229.

El Principialismo, basado en el libro "*Principles of biomedical ethics*"¹⁰, cuya primera edición data de 1979, establece cuatro "principios" fundamentales que tendrían que guiar los actos médicos: beneficencia, no maleficencia, autonomía, y justicia. El principio de *beneficencia* responde al fin primario de la medicina, que es hacer el bien y evitar el mal del paciente o la sociedad (el hipocrático *primum non nocere*, o principio de *no maleficencia*, más el imperativo de promover activamente el bien). En esto observamos que coincide con el primer principio práctico moral. Por el principio de *autonomía* se resalta el debido respeto a los derechos humanos, poniendo especial relieve en la autodeterminación. Éste regula la relación médico-paciente y el consentimiento del paciente a los tratamientos, mas no resultaría aplicable a incapaces o pacientes psiquiátricos graves, quienes no pueden manifestar su consentimiento. Allí se aplicaría el principio de beneficencia o el de *justicia*. Por este último, se refiere la obligación de igualdad en los tratamientos (evitando discriminaciones arbitrarias) y se exige al Estado una equitativa distribución de los recursos de salud y de investigación. Estos principios, aplicándose en situaciones concretas, formularían juicios morales particulares.

Esta corriente ha tenido un inmenso aporte en la historia de la Bioética y de las ciencias médicas. Ha permitido superar un mero análisis costo/beneficio, recuperar los derechos del paciente frente a un paternalismo médico que se creía indiscutido, así como el valor del argumento filosófico, ya que fomenta el diálogo transdisciplinar, y ha ayudado a generar una conciencia ética, contribuyendo así a "humanizar" la ciencia. Por otra parte, la sencillez metodológica del sistema lo ha dotado de popularidad, pues otorga la posibilidad de esquematizar los problemas éticos incluso a quienes no son expertos en prácticas biomédicas. Sin embargo, al realizar un análisis en profundidad, descubriremos que es una teoría con numerosas flaquezas desde el punto de vista ético y antropológico.

La primera crítica que se puede formular a esta propuesta es que proviene del consenso, siendo ajena a todo valor extrínseco u objetivo. Por ende, el juicio moral que surge de su aplicación no es universalizable: no es estable en el tiempo ni capaz de conservar su vigencia en diversas culturas.

"Al ser fruto del consenso, bastaría con cambiar la opinión de la mayoría que los sostiene para que pierdan todo valor normativo. Dicho de otro modo, no poseen una densidad propia que los constituya en valores permanentes. Este no es un tema menor. ¿Cómo sostener la intangibilidad de la vida humana o los dere-

10 BEUCHAMP, T. L., y CHILDRESS, J. F., *Principles of biomedical ethics* (5ta ed.), Nueva York: OUP, 2001.

chos humanos, cuando éstos dependen solo del consenso de la mayoría? Si una sociedad decidiese que la vida humana puede no ser respetada, o convalidase la tortura, ¿esto anularía el derecho humano fundamental a la existencia y a no ser torturado? Los principios para ser tales deben sostenerse por sí mismos."¹¹

Por otra parte, estos principios carecen de una antropología de base, no responden a un cuadro unitario y no aclaran qué se debe entender, por ejemplo, por bien de la persona y por autonomía del individuo.¹² ¿Cómo considerar, entonces, el principio de justicia o beneficencia? ¿Desde la valoración del equipo médico, desde la consideración del paciente, o desde la conveniencia social? El silencio antropológico es una característica de la ética contemporánea: "existe la tendencia a desarrollar la ética sin hacer referencia al hombre, de manera desligada de la antropología, de las ideas de cómo es el hombre y cómo debería ser si realizase su esencia y alcanzara su fin (una ética sin una idea de la naturaleza y del fin del hombre)."¹³

Esto lleva a que los principios sean muy maleables. No hay una jerarquía de los principios entre sí. Si bien el principio de *autonomía* es considerado significativo y hasta se ha llegado a hablar de una verdadera y auténtica "teoría de la autonomía"¹⁴-ya que fundamenta el consentimiento informado, las directivas anticipadas, el rechazo a determinados tratamientos médicos, el derecho a la privacidad, entre otras consideraciones- "es sólo un *principio prima facie*"¹⁵, pues puede encontrar límites ante los principios de beneficencia y justicia. Por ejemplo, si la elección autónoma del sujeto amenazara la salud pública, o si el costo económico fuese muy elevado y tuviese que ser asumido por el Estado. Pero también se recurre al principio de respeto a la autonomía individual para justificar la subrogación de vientres, el aborto ante embarazos no planificados o las terapias de cambio de sexo, aun cuando ello implique negar la objeción de conciencia a los profesionales de la salud¹⁶. Al no poner en consideración otros valores antropológicos, basta con justificar el fin querido. "Al no dejar en claro cuál es el primero, el segundo o el tercer principio, la evaluación subjetiva puede decidir cuál de ellos tiene prioridad

11 REVELLO, Rubén, "La contribución del Principialismo anglosajón a la Bioética", *Vida y ética* 14.1 (2013), p.74.

12 Cfr. SGRECCIA, *Op. Cit.*, I, p. 255.

13 ÍDEM, I, 215.

14 CHILDRESS, James F., "The place of autonomy in bioethics", *Hasting Center Report* 20-1 (Ene -Feb. 1990), p. 12-17.

15 SGRECCIA, *Op. Cit.*, I, p. 230.

16 Cfr. CARDONA, Lautaro, "Los límites a la objeción de conciencia en materia de reasignación de género", *Revista Redbioética*, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética / UNESCO, Año 10, Vol. 1, No. 19 (2019), p. 40.

sobre los demás. La consecuencia es que dependiendo del principio del cual se parta, se puede llegar a consecuencias totalmente diversas y aun -muchas veces- antagónicas".¹⁷

Obsérvese que, si todos los principios son de la misma jerarquía y validez, cualquier resultado podría ser válido, bastando para ello su asociación a alguno de los cuatro principios. La aceptación del conflicto entre principios en buena lógica implica que todos los puntos de vista tienen razón; a pesar de ello, la necesidad inexorable de dar respuesta al dilema impone como solución el sacrificio y la restricción de alguno por sobre otro. En caso de conflicto entre los principios, Beauchamp y Childress refieren a la valoración de las consecuencias ligadas a las decisiones que se inspiran en uno u otro principio (*utilitarismo de la regla*). Se excluye toda referencia a criterios objetivos para valorar las decisiones posibles, y por ello se propone un criterio subjetivo cuando está implicada una sola persona, o a un consenso colectivo cuando están implicadas más personas. Es evidente que el riesgo de caer en una ética de la situación (subjetivismo) es muy alto.¹⁸ De allí que algunos críticos del principialismo vean en esta escuela una convergencia con las teorías jurídicas constructivistas¹⁹ y/o un sistema para justificar una postura pragmático-utilitarista²⁰.

Por tanto, el paradigma principialista, poniendo la atención sobre la aplicación de los principios en la práctica, corre el riesgo de olvidar la experiencia moral. "No basta con aplicar una serie de principios en una situación, sino que es necesario que el agente comprenda el sentido moral intrínseco del acto que ejecuta."²¹ La propuesta no debería ser solamente la benevolencia (buena voluntad hacia el otro), sino el mandato moral explícito de hacer el bien.²²

"La formulación de los principios sin una fundamentación ontológica y antropológica hace que estos se vuelvan estériles y confusos. Se hace necesaria su sistematización y jerarquización con el fin de armonizar y unificar su significado. Y esto sólo puede suceder sistematizándolos y definiéndolos en el interior de la teoría ética unificada que establece su criterio último en la persona humana y de

17 REVELLO, "La contribución...", p. 75.

18 SGRECCIA, *Op. Cit.*, I, 230.

19 Cfr. LAFFERRIÈRE, Jorge Nicolás, *Implicaciones jurídicas del diagnóstico prenatal. El concebido como hijo y paciente*. Buenos Aires: EDUCA, 2011, p. 292.

20 Cfr. REVELLO, *Bioética...*p. 146.

21 SGRECCIA, *Op. Cit.*, I, 255.

22 Cfr. REVELLO, *Bioética...*p. 143.

la que emanan algunas conclusiones: el respeto de la vida física y de la integridad sustancial, el respeto de la libertad vinculada a la responsabilidad de la persona, la justificación terapéutica de la intervención médica, la interpretación del bien común no como bien de la mayoría, sino como la suma del bien de las personas particulares."²³

Lo mismo puede sostenerse respecto de la Bioética fundada en los derechos humanos. Los tratados internacionales de derechos humanos reconocen la dignidad intrínseca de todo ser humano y sus derechos fundamentales, poniendo en evidencia el nexo existente entre el derecho natural y el derecho positivo.²⁴ Sin embargo, la interpretación libre de sus textos, es decir, sin una explicitación real de los supuestos en los que se asientan tales derechos enumerados, puede dar lugar a que se vacíen los valores enunciados. Al respecto, ha dicho el Papa que, en nuestras sociedades contemporáneas, "encontramos numerosas contradicciones que nos llevan a preguntarnos si verdaderamente la igual dignidad de todos los seres humanos, proclamada solemnemente hace 70 años, es reconocida, respetada, protegida y promovida en todas las circunstancias. En el mundo de hoy persisten numerosas formas de injusticia, nutridas por visiones antropológicas reductivas y por un modelo económico basado en las ganancias, que no duda en explotar, descartar e incluso matar al hombre."²⁵ A esto se suma el relativismo moral que, para algunos, sería la única postura ética válida en una democracia en la cual el "pluralismo" y "multiculturalismo" se presentan como valores a defender.

En 2005, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO contribuyó a la pretensión universalista de una bioética basada en los derechos del hombre. Pese a que la misma presenta algunos aspectos positivos, como la referencia a la dignidad humana, la carencia de una base ontológica le resta solidez, ya que siempre queda abierta la posibilidad de reformas y/o de una interpretación relativista. En ese sentido, las insuficiencias éticas y jurídicas son numerosas. Por ejemplo, no hay un reconocimiento explícito del derecho fundamental a la vida desde la concepción y hasta la muerte natural. Incluso quienes sostienen que es posible construir un sistema internacional de Bioética eficaz para la protección de los derechos humanos, reconocen que es necesaria una base

23 SGRECCIA, *Op. Cit.*, I, p. 255.

24 Cfr. BIDEGAIN, Carlos, y otros, *Curso de Derecho Constitucional*, Buenos Aires: Abeledo Perrot, 2001, p. 19.

25 FRANCISCO, *Carta encíclica Fratelli Tutti*, Vaticano, 03/10/2020, n° 22 [En línea], disponible en: http://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20201003_enciclica-fratelli-tutti.html#_ftnref275 [Último acceso el 08/02/2021].

común que permita "la universalización concreta de la forma dignidad en la corporización de un sujeto moral y de derechos"²⁶.

Sobre esta cuestión sostiene Pucheta: "Desde ya, desde una perspectiva filosófica realista, la DBDH adolece de notorias debilidades intrínsecas que hacen dudar de su eficacia como norma de carácter global, pues para ser reputada como tal la norma debería contar con un fundamento normativo aceptado universalmente, *opinio iuris* (consciencia de su obligatoriedad) y lograr un respeto global efectivo. Ahora bien, aunque se ha visto que la declaración no reúne algunos de esas notas, no debería descartarse su contribución al proceso de construcción de una ordenación de alcance global en desarrollo."²⁷

Por lo expuesto, ni el Principialismo anglosajón ni la Bioética de los derechos humanos poseen bases objetivas que permitan realizar un juicio bioético universal. Al carecer de un fundamento metafísico, con raíces en el ser de la persona humana, sus principios y normas son relativos; se establecen por la voluntad o el consenso, y no se vinculan a ningún valor real absoluto. Por consiguiente, no brindan criterios objetivos para determinar lo justo y eso equivale a una ética subjetivista. Esto no implica que de ellos no se pueda extraer aspectos positivos; pero es necesario dejar en claro que los juicios bioéticos con asiento en estas corrientes serán endebles, a menos que se realice una lectura personalista de los mismos, integrándolos dentro del marco teórico que ofrece la concepción personalista, que refiere el bien integral de la persona a sus fines connaturales perfectivos. "Es necesario unir ética y antropología y reconocer que la ética va más allá del establecimiento de las normas. Sin conexión entre doctrina del hombre y doctrina de las normas, éstas se revelan ininteligibles. Ninguna praxis del enjuiciamiento puede compensar las carencias en que se ha incurrido en el plano de la percepción real del bien y de la naturaleza del hombre."²⁸

26 Cfr. TEALDI, Juan Carlos, "Dignidad humana y bioética. Universalidad y fragmentación de la moral", en: *La dignidad humana. Filosofía, bioética y derechos humanos*. Colección "Derechos Humanos para todos." Serie: Debates y Nuevos desafíos. Publicaciones de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación (2010), p. 49.

27 PUCHETA, Leonardo, "Universalidad y bioética. Análisis desde la perspectiva de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos", *Vida y Ética* 17-2 (2016), p. 74. [En línea], disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/1573/1/universalidad-bioetica-derechos-humanos.pdf> [Último acceso el 08/02/2021].

28 SGRECCIA, *Op. Cit.*, I, p. 215.

III. LA VIGENCIA DE LA PROPUESTA DE LA BIOÉTICA PERSONALISTA ONTOLÓGICAMENTE FUNDADA

Según lo que hemos desarrollado, es imprescindible que la Bioética tenga un anclaje firme, y eso solamente se logra con la apertura a la dimensión metafísica de la persona humana. Si los juicios bioéticos parten de una postura no-cognitivista –es decir, negando la existencia de la verdad objetiva en la ética– el resultado es un subjetivismo irracional, según el cual la elección moral no puede ser ni verdadera ni errónea, en cuanto no es empíricamente verificable. La fundamentación moral sería entonces solo una decisión, un acto arbitrario de la voluntad individual.²⁹ “De aquí la afirmación de la absoluta prioridad de la autonomía, entendida como libre arbitrio individual: el individualismo se mitiga en la propuesta, sobre el plano social de la tolerancia, entendida en el sentido ‘débil’ del respeto a la decisión (arbitraria) del otro. El neo-utilitarismo y el neo-contractualismo intentan una superación del individualismo a través de la búsqueda de un criterio ético que, aunque no universal, pueda al menos fundarse sobre una condivisión intersubjetiva.”³⁰

De esa manera, la intersubjetividad ocupa el puesto de la universalidad, y la forma o el procedimiento prevalece sobre el contenido, es decir, éste de adapta a aquéllos. “Se establece una *separación entre el valor y la norma/obligación*, y ante la imposibilidad de fundamentar la segunda sobre el primero, con esta separación el criterio conductor de la norma ya no es el valor, sino el acuerdo alcanzado mediante la intersubjetividad y el procedimiento.”³¹ Fundamentar la bioética en un horizonte filosófico inmanente tiene como consecuencia prácticas discriminantes y reduccionistas, en las cuales la vida humana no es respetada de un modo integral desde el momento de la concepción y hasta la muerte natural. La realidad es la que le da al saber científico la verdad. Cuando la ciencia se aparta de ésta última corre el riesgo de devenir en ideología.

La escuela personalista, no niega la autonomía personal, pero reconoce que la persona humana es mucho más que eso, y por eso suma al examen bioético concepto tales como la dignidad, la responsabilidad y la sociabilidad, construyen-

29 Cfr. PALAZZANI, Laura, “La fundamentación personalista en bioética”, *Cuadernos de Bioética*, 4-14, (1993), p. 48-54.

30 Ídem.

31 SGRECCIA, *Op. Cit.*, I, p. 218.

do un puente para saltar "el cisma entre el individuo y la comunidad humana"³². "El Personalismo ontológico no niega el valor que tiene la capacidad de decisión respecto de la persona, pero va más allá, amplía el horizonte. Se afirma en lo que prioritariamente, llamamos el estatuto objetivo y existencial [ontológico] de la persona".³³

Así, la Bioética Personalista propone cuatro principios jerarquizados basados en la antropología realista (ontológicamente fundada): 1) el principio de *defensa de la vida física*, de carácter prioritario, que surge de la ley natural y que manda que la vida humana debe ser promovida y defendida como un bien humano básico en todas sus dimensiones y funciones; 2) el principio de *libertad-responsabilidad*, en el que se engloba el concepto de que la persona es libre, pero es libre para conseguir el bien de sí mismo y el bien de las otras personas y de todo el mundo, pues el mundo ha sido confiado a la responsabilidad humana; 3) el principio de *totalidad o terapéutico*, propio de la ética médica. Prescribe la obligatoriedad de que la intervención sobre la vida humana considere a la persona en su totalidad, es decir, que entienda a la corporeidad humana como un todo unitario resultante de partes distintas, unificadas entre sí, orgánica y jerárquicamente por la existencia única y personal; 4) el principio de *sociabilidad y subsidiariedad*, que destaca el vínculo entre la persona y la comunidad. Supone admitir que la persona es fuente y fin de la sociedad, reconocerle su dignidad y el consiguiente deber de respeto recíproco, interpersonal. El bien de la sociedad se consigue a través de la promoción de la vida y la salud individual. Superando la dicotomía entre individualismo y colectivismo, la sociabilidad reconoce que cada individuo enriquece a la comunidad, y, por tanto, su vida y su salud no son sólo un bien personal, sino que presenta también un aspecto social, por lo que se espera de él ciertos esfuerzos. A la vez, implica el compromiso por parte de la comunidad para promover la vida y la salud de todos y cada uno de sus miembros, garantizando los medios para acceder a los cuidados necesarios. Esta jerarquía de principios permite realizar juicios universales, que trasciendan el tiempo, el espacio, y la diversidad de culturas.

El filósofo Rodrigo Guerra López³⁴ resume en cinco puntos fundamentales las riquezas de esta propuesta bioética: a) un compromiso existencial con el ser y el obrar a favor de toda persona, en especial de los más desprotegidos; b) la vida

32 FRANCISCO, *Carta encíclica Fratelli Tutti*, Op. Cit., n° 31.

33 REVELLO, *Bioética...*, p. 150.

34 GUERRA LÓPEZ, Rodrigo, "La persona es fin y no medio", en: G. TOMÁS Y GARRIDO, y E. POSTIGO SOLANA (eds.), *Bioética Personalista: ciencia y controversias*, Madrid: Ediciones Universitarias, 2007, p. 39-43.

humana posee una dignidad que le es propia y que no comparte con ninguna otra forma de vida; c) el ser humano posee al mismo tiempo una dimensión personal y comunitaria; d) existe una diferencia cualitativa entre las cosas y las personas; y e) la argumentación moral parte del reconocimiento de la persona como una realidad que debe ser afirmada por sí misma. Como señala este autor, el origen griego de la expresión latina *dignitas*, es *axioma*, o sea, aquello que es digno de ser creído, que obliga al asentimiento, a su afirmación, por ser evidente por sí mismo.³⁵

Lo dicho equivale, en la práctica, a admitir que el Personalismo ontológico es el único modelo bioético que permite alcanzar conclusiones objetivas y que brinda una verdadera protección a la dignidad de la persona humana desde su concepción hasta su muerte natural, tutelando no sólo su ser sino los diversos bienes humanos básicos, los cuales operan mancomunadamente en orden a la realización y perfección humanas. "Si negamos la naturaleza humana, no podemos hablar de la dignidad de la persona, y sin el respeto a esa dignidad no existe ética posible, mucho menos una bioética global justa."³⁶

En la actualidad observamos cotidianamente que "partes de la humanidad parecen sacrificables en beneficio de una selección que favorece a un sector humano digno de vivir sin límites. En el fondo no se considera ya a las personas como un valor primario que hay que respetar y amparar, especialmente si son pobres o discapacitadas, si 'todavía no son útiles' —como los no nacidos—, o si 'ya no sirven'—como los ancianos—. Nos hemos hecho insensibles a cualquier forma de despilfarro."³⁷ Urge, por tanto, seguir trabajando en la difusión de la propuesta del Personalismo ontológico. No hay lugar para la falta de esperanza. Es cierto que la formación de la conciencia moral insume tiempo y esfuerzos, que siempre parecen pocos frente al avance destructor de la cultura de la muerte y del descarte. Pero hay razones para el optimismo. El último año, la pandemia originada por el Covid-19 ha reavivado muchos interrogantes en torno a la vida y a la muerte, el dolor y la fragilidad, la autonomía y la sociabilidad. Ante el renacimiento de dichas cuestiones existenciales y la falta de respuestas satisfactorias por parte de los restantes modelos bioéticos, *Vida y Ética* debe reforzar su valiosa misión, contribuyendo —como hizo a la largo de estas dos décadas— a la reflexión bioética,

35 Ídem, p. 59-64.

36 LUKAC DE STIER, María L., "La dignidad humana como fundamento de una bioética global", *Vida y ética*, 20-1 (2019), p. 47. [En línea], disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8953> [Último acceso el 27/10/2020].

37 FRANCISCO, *Carta encíclica Fratelli Tutti*, *Op. Cit.*, n° 18.

centrada en la persona humana ontológicamente considerada; a la formación de los profesionales, particularmente, a los de las ciencias biomédicas; y a la promoción de una auténtica cultura de la vida que se traduzca en propuestas de políticas públicas, educativas y sanitarias que respeten de manera incondicionada la dignidad y de la vida de cada ser humano.

A modo de conclusión, vale recordar que "Trabajar en favor de la vida es contribuir a la *renovación de la sociedad* mediante la edificación del bien común. En efecto, no es posible construir el bien común sin reconocer y tutelar el derecho a la vida, sobre el que se fundamentan y desarrollan todos los demás derechos inalienables del ser humano. Ni puede tener bases sólidas una sociedad que —mientras afirma valores como la dignidad de la persona, la justicia y la paz— se contradice radicalmente aceptando o tolerando las formas más diversas de desprecio y violación de la vida humana sobre todo si es débil y marginada. Sólo el respeto de la vida puede fundamentar y garantizar los bienes más preciosos y necesarios de la sociedad, como la democracia y la paz."³⁸

BIBLIOGRAFÍA

BEUCHAMP, T. L., y CHILDRESS, J. F., *Principles of biomedical ethics* (5ta ed.), Nueva York: OUP, 2001.

BIDEGAIN, Carlos, y otros, *Curso de Derecho Constitucional*, Buenos Aires: Abeledo Perrot, 2001.

CARDONA, Lautaro, "Los límites a la objeción de conciencia en materia de reasignación de género", *Revista Redbioética*, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética / UNESCO, Año 10, Vol. 1, No. 19 (2019).

CHILDRESS, James F., "The place of autonomy in bioethics", *Hasting Center Report* 20-1 (Ene -Feb. 1990).

FRANCISCO, *Carta encíclica Fratelli Tutti*, Vaticano, 03/10/2020, [En línea], disponible en: http://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20201003_enciclica-fratelli-tutti.html#_ftnref275 [Último acceso el 08/02/2021].

38 JUAN PABLO II, *Op. Cit.*, n° 101.

FRANCISCO, *Documento sobre la fraternidad humana por la paz mundial y la convivencia común*, Abu Dabi, 04/02/2019 [En línea], disponible en: http://www.vatican.va/content/francesco/es/travels/2019/outside/documents/papa-francesco_20190204_documento-fratellanza-umana.html [Último acceso el 08/02/2021].

GUERRA LÓPEZ, Rodrigo, "La persona es fin y no medio", en: G. TOMÁS Y GARRIDO, y E. POSTIGO SOLANA (eds.), *Bioética Personalista: ciencia y controversias*, Madrid: Ediciones Universitarias, 2007, p. 39-43.

JUAN PABLO II, *Carta Encíclica Evangelium Vitae*, Vaticano, 25/03/1995, [En línea], disponible en: http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html [Último acceso el 08/02/2021].

LAFFERRIÈRE, Jorge Nicolás, *Implicaciones jurídicas del diagnóstico prenatal. El concebido como hijo y paciente*. Buenos Aires: EDUCA, 2011.

LUKAC DE STIER, María L., "La dignidad humana como fundamento de una bioética global", *Vida y ética*, 20-1 (2019). [En línea], disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8953> [Último acceso el 27/10/2020].

PALAZZANI, Laura, "La fundamentación personalista en bioética", *Cuadernos de Bioética*, 4-14, (1993).

PUCHETA, Leonardo, "Universalidad y bioética. Análisis desde la perspectiva de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos", *Vida y Ética* 17-2 (2016). [En línea], disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/1573/1/universalidad-bioetica-derechos-humanos.pdf> [Último acceso el 08/02/2021].

REVELLO, Rubén, "La contribución del Principialismo anglosajón a la Bioética", *Vida y ética* 14.1 (2013).

REVELLO, Rubén, *Bioética: la verdad que busca el bien*, Buenos Aires: EDUCA, 2010.

SGRECCIA, Elio. *Manual de Bioética* (4° ed.), Madrid: BAC, 2018, I.

TEALDI, Juan Carlos, "Dignidad humana y bioética. Universalidad y fragmentación de la moral", en: *La dignidad humana. Filosofía, bioética y derechos humanos*. Colección "Derechos Humanos para todos." Serie: Debates y Nuevos desafíos. Publicaciones de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación (2010).

UNA REFLEXIÓN SOBRE EL ABORTO EN LA CULTURA ACTUAL

Fecha de recepción: 17/01/2021

Fecha de aceptación: 15/02/2021

Ignacio García Suárez

Contacto: ignacionanogs@hotmail.com

- Diplomado en bioética y familia, Universidad Católica de La Plata¹

Palabras clave

- Cultura postmoderna
- Análisis breve y crítico
- Bioética personalista ontológicamente fundada

Key words

- Abortion
- Postmodern culture
- Brief and critical analysis
- Ontologically founded personalistic bioethics

¹ Estudiante de psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y me cursante de la Diplomatura Universitaria en Psicología Cristiana por UFASTA.

INTRODUCCIÓN

La cuestión del aborto ha tenido un inicio formal en cuestiones legislativas en la segunda década del siglo XX. Concretamente, en 1920, en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS)². Desde ese entonces, hasta nuestros días, se han presentado muchas investigaciones, proyectos gubernamentales, informes periodísticos, etcétera, que hablen tanto a favor como en contra de la realización de dicha práctica.

Llama la atención cómo, en el mundo de la información del siglo XXI, la cultura actual tenga las características que permitan justificar el apoyo al aborto a pesar del sentido común: es obvio que si una persona que expone contra la realización de la práctica en cuestión ante un grupo de personas, esas personas no pueden desestimar sus argumentos en función de algo polémico que el ponente haya dicho, sino que a lo sumo se dirá que X cosas son correctas y Z cosas son incorrectas.

Ahora bien, esta distinción no se ha mostrado en el debate por la legalización del aborto que Argentina tuvo en 2018. Uno de esos casos es el del doctor Abel Albino. Y, cuando el poder de los medios de comunicación juega a favor de dificultar la distinción, la visión se hace cada vez más borrosa, a tal punto de llegar a lo que se llegó en la madrugada del 30 de diciembre de 2020: la legalización del genocidio infantil en Argentina.

DESARROLLO

El padre Jorge Loring Miró fue un muy conocido sacerdote español que se ha caracterizado por estudiar en profundidad el fenómeno de la Sábana Santa (elemento con el cual se cubrió a nuestro Señor luego de Su muerte) y por sus obras

2 Cfr. con: Frenca, Cintia y Gaido, Daniel (2018). Los orígenes del decreto soviético de legalización del aborto (1920). *Anuario de la Escuela de Historia Virtual*, 14, 26- 52.

publicadas³. La más conocida es *Para Salvarte*, una obra recopilatoria de la fe católica con todo tipo de argumentos con respecto a la defensa y a la explicación de la misma.

Como la Iglesia, en base a las formaciones filosófica, teológica y científica, tiene una postura con respecto al aborto⁴, Jorge da argumentos que fundamentan esta postura en esta obra que se mencionó⁵. De esta parte, viene al caso una cita textual:

“Es curioso que muchos ecologistas son abortistas. Defienden a las plantas y a los pajaritos, y no les importa asesinar seres humanos. La jurista María Dolores Vila-Coro ha publicado en el ABC de Madrid un interesante artículo sobre el aborto en el que hace referencia a dos sentencias judiciales notablemente relacionadas: el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 5 de Cáceres condenó al propietario de un perro por haberlo matado; y la Sala 1ª del Tribunal Supremo condenó a un médico por no haber informado a una madre que su hijo iba a nacer mongólico, privándola así de la posibilidad de abortar. Por lo visto, para algunos, matar un perro es más delito que matar al propio hijo.

3 Cf. con: 12 de agosto de 2018, “El padre Jorge Loring, S.J., ¿camino de los altares?”, en *Religión en Libertad*, <https://www.religionenlibertad.com/opinion/503446415/El-padre-Jorge-Loring-S.J.-Acamino-de-los-altares.html>; “El P. Jorge Loring”, en *Catholic.net*, <https://es.catholic.net/op/articulos/23092/cat/46/el-p-jorge-loring.html#modal>; 2 de febrero de 2020, “Padre Jorge Loring: Un posible beato de raíces malagueñas”, en *La opinión de Málaga*, <https://www.laopiniondemalaga.es/malaga/2020/02/02/padre-jorge-loring-posible-beato/1142861.html>. Además, nos encontramos con sus conferencias sobre la Sábana Santa de Turín en la Facultad de Ciencias de la Universidad Autónoma de Madrid, en el Salón Borja de los Jesuitas de Madrid y en el Congreso Científico Internacional celebrado en Oviedo en octubre de 1994 (“Libros”, en *Para Salvarte. El sitio web oficial del padre Jorge Loring*, <http://www.jorgeloring.org/Publicaciones.html>), y con sus dos obras publicadas con respecto al tema: *La autenticidad de la Sabana Santa de Turin* y *La Sábana Santa, dos mil años después*.

También puede mencionarse otro dato curioso. La Universidad de Navarra (España) y la Universidad Nicolás Copérnico de Torún (Polonia) colaboran para poder llevar adelante la obra de investigación, de publicación y de divulgación de la revista científica *Scientia et Fides* (“Grupo Ciencia, Razón y Fe”, en *Wikipedia*, https://es.wikipedia.org/wiki/Grupo_Ciencia,_Raz%C3%B3n_y_Fe). En un reciente estudio que se publicó ahí (Bernardo Hontanilla Catalayud, 2020, “Signos de Vida en la Figura de la Sindone de Turín” en *Scientia et Fides*, 8(1)/2020, 9-31, DOI <http://dx.doi.org/10.12775/SetF.2020.001>, ISSN en línea 2353-5636 https://apcz.umk.pl/czasopisma/index.php/SetF/article/view/SetF.2020.001/24098?fbclid=IwAR1vQKU2LZkT2cG5bnxTnIW3Qq4mIkZPWQyCOU-BzNadSi_Ma974t52lhj8.j), Jorge Loring Miró aparece entre las referencias.

4 “Desde el siglo primero, la Iglesia ha afirmado la malicia moral de todo aborto provocado. Esta enseñanza no ha cambiado; permanece invariable” (Catecismo de la Iglesia Católica, 2271, http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a5_sp.html). La sección del aborto en específico se extiende hasta 2275.

5 Cf. con Jorge Loring Miró, *Para salvarte. Evangelización católica del siglo XXI*, Mexicali, Baja California, México, JL ediciones católicas, 2004, páginas 564-588. Posterior a esta parte, continúa la cuestión de la fertilización “in vitro”, tema que con ciertas cuestiones del aborto tiene mucha relación.

Un párroco de La Rioja fue multado por retirar de la torre de su iglesia unos huevos de cigüeña; pero no se castiga a la madre que mata a su hijo. Y es que, como dice monseñor Bira, Obispo de La Rioja, «el feto humano no es especie protegida» [Diario ABC de Madrid, 18-IX-98, página 42].

Monseñor Gea, Obispo de Mondoñedo, ha publicado una pastoral titulada *El hombre, especie no protegida*. Dice entre otras cosas: «Está muy bien que se multe a quienes destruyen nidos de cigüeñas o de águilas reales. Lo que es un contrasentido es que no se castigue también a quienes destruyen vidas humanas. ¿Es que el que destruye vidas humanas inocentes en el seno de su madre, es menos asesino que el terrorista que pone un "coche bomba"? ¿Qué dirían los políticos que defienden el aborto por "angustias" de la madre, si nos negáramos a pagar tributos exagerados por las "angustias" que esto nos produce?» [Diario YA, 22-IX-92, página 25]. Si se permite quitar la vida de un ser humano inocente, ¿qué otra cosa más grave se puede a prohibir?» (páginas 577-578).

Una curiosidad con respecto a esta parte del texto es que ha sido retomada en 2018 en la ponencia del doctor Abel Albino, creador de la *Fundación Cooperadora para la Nutrición Infantil* (CONIN) y miembro del *Opus Dei*, en el Senado Argentino contra el proyecto del genocidio infantil que se presentó en ese año. También se ha extendido en más cuestiones que se desarrollan en la parte del aborto del libro *Para salvarte*⁶. Quiero decir con respecto a tal ponencia que es fantástica, motivo por el cual recomiendo a toda persona que la vea. A su vez, es necesario hacer otra aclaración.

El doctor Abel Albino fue masacrado en los medios de comunicación hegemónicos por un dicho con respecto al preservativo en su ponencia, motivo por el cual en redes sociales y en la sociedad en general se desestimó mucho la totalidad de su discurso⁷. Esto ha sido, a mi juicio, porque estos medios son oportunistas para con el genocidio infantil. Pero, independientemente de esto, toda persona de bien sabe que decir algo que a una persona no le agrada, o que puede ser incorrecto, no es elemento justificativo para desestimar la totalidad de una argumentación

6 Cfr. con: Senado Argentina, "EN CONTRA: ABEL ALBINO - MÉDICO EN LA FUNDACIÓN CONIN - 25-07-18" [video], Buenos Aires, Argentina, 2018, <https://www.youtube.com/watch?v=d7dUgw6fZLA>.

7 Obsérvense los resultados que aparecen de la búsqueda en Google de "abel albino es católico?" (https://www.google.com/search?q=abel+albino+es+catolico%3F&rlz=1C1GCEA_enAR888AR888&toq=abel+albino+es+catolico%3F&taqs=chrome..69i57.4080j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8): "Abel Albino: del Instituto del Verbo Encarnado y el Opus Dei a Macri", "Abel Albino, ¿la expresión del extremismo ideológico?", "Abel Albino | El Tomás Torquemada del siglo XXI y sus vínculos con el Opus Dei".

(de hecho, el video de su ponencia dura casi 50 minutos), y mucho menos cuando conocemos el testimonio ejemplar de virtudes (no sólo médicas sino también cristianas) que el doctor Abel Albino dio con respecto a la fundación mencionada en el video que *CONIN* publicó en su canal de YouTube por la conmemoración de sus 20 años⁸: iniciando el trabajo de la fundación, llegó hasta hipotecar su casa y fundirse, sin tener incluso champú para sus cinco hijas.

Retomando un poco la cuestión del aborto, cuestión central de este escrito, cabe mencionar que mucha razón tuvieron el padre Jorge Loring Miró y el doctor Abel Albino con sus observaciones, pues el documental "Nuevo Orden Mundial - Reingeniería Social Anti-cristiana" de *Ola Films*⁹ ilustra muy bien en este fenómeno. A partir del minuto 17:10, nos encontramos con el padre Juan Claudio Sanahuja diciendo que va a llegar un momento en el que tengamos menos derechos que un pichón de halcón. Seguido de esto, aparece un fragmento de un video en el que un joven al parecer estadounidense les pregunta a personas por la calle si les parece bien firmar una petición en contra de que huevos de águilas sean destruidos porque a personas les molesta, frente a lo cual aceptan y firman. Acto seguido, menciona que tiene otra petición por la cual firmar: para oponerse al asesinato de bebés. Cuando los potenciales firmantes oyen esto, parecen estar decididos en firmar, pero, cuando el joven explica que refiere al aborto al

8 Cfr. con: CONIN ARGENTINA, "conin 20 años" [video], Argentina, 2012, <https://www.youtube.com/watch?v=A-0qJ56vLypA>. A esto, quiero agregar dos defensas de su persona y de su labor, también en videos de YouTube. La primera es una nota radial; la segunda, una editorial periodística: Fundación LIBRE, "En defensa de Abel Albino: aborto, salud y pobreza" [video], Córdoba, Argentina, 2018, <https://www.youtube.com/watch?v=AuLkM4yThYc>; El Presto [Eduardo Prestofelippo], "#Editorial: 'El Dr. Albino y LOS MEDIOCREs ARGENTINOS'" [video], Córdoba, Argentina, 2018, <https://www.youtube.com/watch?v=CQ6qoKWMDPA>.

Respecto a la primera defensa, se hacen comentarios del sentido común, los cuales pueden resumirse en la siguiente frase: "No puede ser que se desestime la totalidad de lo que dije, con una gran claridad, luego de hacer un comentario que, si bien puede estar errado, es propio de su generación, así como tranquilamente lo puede pensar el abuelo de cada uno de nosotros. Y mucho menos puede dejarse de lado el labor verdaderamente integral que ha hecho para combatir la desnutrición infantil".

Respecto de la última defensa, consiste en una dura crítica a los medios de comunicación medios y grandes, partiendo de la base de que, con el mérito del doctor Abel Albino, sólo fue noticia por algo "controversial" que dije, y no por cuántos niños sacó de la desnutrición. He de decir que coincido sólo con su crítica general, pero disiento cuando, por ejemplo, dice que unas personas valen más que otras. La distinción que considero más apropiada es la de las acciones de unas personas son más o menos dignas de reconocimiento, de respeto, de imitar, etcétera, que otras. Obviamente que mucho de lo que somos como personas se debe a lo que hacemos, pero de esto no se sigue que como persona se valga más o menos. De hecho, el doctor Abel Albino explica en su video de los 20 años de *CONIN* que él vale igual a todos, y que sin los que lo ayudaron no podría haber llegado hasta donde llegó. 9 *Ola Films*, "Nuevo Orden Mundial - Reingeniería Social Anti-cristiana - Documental *Ola Films*" [video], Argentina, 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=EK-CfY4Lis>.

mencionar al vientre materno, las personas se niegan a la firma por estar a favor del aborto¹⁰. Esto me recuerda a lo que Juan Carlos Monedero (h), licenciado en filosofía (UNSTA), explica con respecto a lo que no toleran los abortistas frente a un debate: una ecografía, un bebé abortado, entre otros ejemplos¹¹. En efecto: muchos que están a favor del aborto niegan la humanidad del niño, pero muchos otros no la niegan o no tienen una postura clara con respecto al tema, motivos por los cuales, al hablarse de niños, entienden una cosa, pero, al mencionar que el niño es el del vientre materno, recuerdan que están a favor del aborto y esto quita de por sí lo anterior.

La abogada Aparisi Millares (Universidad de Navarra, España), explica¹² que esto se debe a las propuestas que ha habido para intentar superar el concepto jurídico de dignidad humana. Una de ellas es la dualista o personista que se ejemplifica claramente con las *Meditaciones metafísicas* de René Descartes: el individuo es algo separado de la persona. Aquí se ubican aquellos que, como se dijo en el párrafo anterior, niegan la personalidad desde la concepción del ser humano por nacer y aquellos que no la niegan pero que justifican el aborto hasta cierto período de tiempo sin negar que el niño es un individuo, perteneciente a la especie humana.

La otra de estas posturas es la utilitarista. Esta concepción se apoya en la noción de "calidad de vida", la cual es un parámetro descriptivo o estadístico a lo sumo. El problema es que esta concepción pretende reemplazar el principio de la dignidad intrínseca de la vida de la siguiente forma: el bien supremo para el utilitarismo es el placer, y es en función de éste que se establece la calidad de vida, llegando a concebir que vidas "poco placenteras" no merecen ser vividas, pues el

10 Dicho sea de paso, la Marcha por la Vida que se realizará en Francia en enero de 2021 contiene una "campana publicitaria de alto impacto que trata de interrogar a los ciudadanos sobre el discurso dominante contrario al maltrato animal y la realidad del aborto en la que se mutila, desmembra, quema y, finalmente, mata a miles de seres humanos cada año. La campaña critica la mutilación de los caballos de carreras, la caza de las ballenas o el triturado de los pollos y, con impactantes imágenes, pregunta al espectador, si el sentimiento que producen estas realidades podría aplicarse a los bebés de edad prenatal" (Nicolás de Cárdenas, 15 de enero de 2021, "Protesta en París contra la ampliación del aborto libre y por la objeción de conciencia", en *Actual!*, <https://www.actuall.com/vida/protesta-en-paris-contra-la-ampliacion-del-aborto-libre-y-por-la-objecion-de-conciencia/>).

11 Cf. con: Juan Carlos Monedero (h), "LOS PUNTOS DÉBILES DEL ABORTO", en *Juan Carlos Monedero (h)*, diciembre de 2019, <https://jcmonedero.com/los-puntos-debiles-del-aborto-comprobado-luego-de-escuchar-mas-de-100-horas-de-debates/>.

12 Cfr. con: ASPARISI MILLARES, Ángela (2013). "EL PRINCIPIO DE LA DIGNIDAD HUMANA COMO FUNDAMENTO DE UN BIODERECHO GLOBAL". En *Cuadernos de Bioética* (XXIV 2013/2ª, pp. 201-221). A mi juicio, este artículo es muy bueno. Recomiendo su lectura para profundizar en cuestiones filosóficas que aquí se plantean, como las objeciones a las posturas personista o dualista y utilitarista.

sufrimiento priva de sentido la vida¹³. Así, se llega a establecer "grados de humanidad" en función de este parámetro¹⁴.

La dignidad humana remite a un presupuesto esencial: el valor que todo ser humano tiene en sí mismo, con independencia de cualquier otro factor, motivo por el cual se debe un respeto incondicionado. Especialmente a partir de Kant nos encontramos con que la persona es un fin y que, por lo tanto, nunca debe tratársela como un medio¹⁵.

Hoy, el aborto en Argentina está legalizado. Como bien permite entender el profesor y doctor Ángel Serra, una de las premisas para permitir semejante atrocidad legal es considerar que "no es la ciencia la que «tenga que sacar las castañas del fuego» [...] sino que la sociedad es la que debe definir *por convención* la cualidad de nuestra existencia, de un modo análogo a lo que sucede cuando se define, por ejemplo, que a los 18 años comienza la mayoría de edad. Así se había preparado el terreno y abierto la vía a *cualquier abuso* de este «sujeto hombre» e «hijo» en las primerísimas fases de su existencia. [...] Muerte «programada» que se está extendiendo, bajo un *fuerte empuje eugenésico*. [...] que desemboca en una involución hacia la muerte. [...] [El hijo] fue reducido a un *excelente instrumento tecnológico* bajo la protección de una «buena acción» médica"¹⁶. En esta misma línea, José Juan García reflexiona sobre estas prácticas, sus fundamentos y sus im

13 Hay que tener en cuenta que las concepciones filosóficas pueden llegar a estar muy instaladas en las personas, como si estuviesen en una especie de inconsciente colectivo. Esto se comprueba cuando, sin siquiera saber la definición de utilitarismo o cuestiones similares, las personas argumentan que una mujer puede abortar porque es pobre, parálitica, etcétera. En este sentido, es muy importante tener en cuenta la reflexión cristiana del dolor, del sufrimiento, pues una reflexión apropiada permitirá, por lo tanto, enaltecer la vida. Para ver una de estas visiones cristianas, ver *El problema del dolor* de C. S. Lewis.

14 Hay que recalcar una gran contradicción en esta forma de argumentación. Se toma por ejemplo la eutanasia, la cual pretende legalizarse y practicarse bajo el pretexto de que la práctica eutanásica permite morir dignamente. El problema con esto es que ese parámetro es puramente subjetivo, acorde a la persona propia. Si efectivamente la dignidad es acorde a la propia decisión, ¿qué me impide considerar que la dignidad de un otro es también en función de mi decisión? Así, se abre una puerta para el asesinato justificado en estos postulados.

15 Cf. con: Kant, E., *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Espasa- Calpe, Madrid, 1983, 8ª edición, página 83. Citado de: Ángela ASPARISI MILLARES, ob. cit., página 207.

16 Ángel Serra, "El embrión humano: ¿hijo o instrumento tecnológico?", 2008. en Alberto G. Bochaty (comp.), *Bioética y persona. Escuela de Elio Sgreccia. Homenaje a S.E.R. Mons. Elio Sgreccia en sus 80 años de vida*, Buenos Aires, EDUCA, 2008, páginas 375-378. Si bien en la última oración de la cita se refiere a la fertilización in vitro, también aplica al caso del aborto cuando el fin de esta práctica es obtener células para investigación, como si el fin justificase los medios.

plicancias en el marco de la cultura postmoderna actual, y retomando el concepto de "cultura de muerte"¹⁷:

"Podríamos afirmar que cultura de la muerte consiste en «una visión social que considera la muerte de los seres humanos con cierto favor, y se traduce en una serie de actitudes, comportamientos, instituciones y leyes que la favorecen y la provocan». [Miranda, G.: "'Cultura de la muerte': análisis de un concepto y de un drama", en Lucas Lucas, R. (dir.): *Comentario interdisciplinar a la Evangelium Vitae*, Madrid, 1996, p. 231].

¿Cómo se verifica en lo cotidiano esta expresión? ¿Guarda relación esta visión de la vida con lo dicho del hombre posmoderno? Ciertamente. Constatamos que en nuestra sociedad se está en un plano inclinado respecto al valor «vida humana». Se pierde el sentido de la *sacralidad e intangibilidad* de la vida. Y esto como pauta cultural.

Como se puede apreciar, en un sistema de este diseño, la vida humana no es más «sagrada»; lo único que interesa es salvar a toda costa la «calidad de vida». Si la libertad se mueve sin el objetivo del bien que la razón presenta como verdadero, queda atrapada en sus redes y en sus justificaciones egoístas" (páginas 144-145).

CONCLUSIONES

Quien no distingue, confunde. "José Ortega y Gasset consideraba, en 1939, como «una de las desdichas mayores del tiempo», la aguda incongruencia entre la importancia de ciertas cuestiones como la autoridad, la justicia social o la libertad, y «la tosquedad y confusión de los conceptos sobre las mismas que esos vocablos expresan». Y advertía que, cuando falta la claridad mínima, «la operación de hablar resulta nociva». Y hasta llegaba a afirmar que un pueblo sólo puede «atravesar indemne esos tiempos atroces», si cuenta con un número suficiente de personas realmente convencidas de que todas esas ideas son «grotescamente confusas y superlativamente vagas» [José Ortega y Gasset, "Ensimismamiento y alteración", en *Obras Completas*, Madrid, 1964, t. V, 6ª ed., p. 296]. Este sería ya un paso decisivo hacia la regeneración del lenguaje y de la vida"¹⁸.

17 Cfr. con: José Juan García, "Posmodernidad y cultura de la vida", 2008, en Alberto G. Bochaty (comp.), *Bioética y persona. Escuela de Elio Sgreccia. Homenaje a S.E.R. Mons. Elio Sgreccia en sus 80 años de vida*, Buenos Aires, EDUCA, 2008, páginas 137-155.

18 Severino María Alonso, "Lamentables confusiones: el que no distingue, confunde", en *Ciudad Redonda*, 11 de octubre de 2007, <https://www.ciudadredonda.org/articulo/lamentables-confusiones-el-que-no-distingue-confunde>.

LA IMPERIOSA NECESIDAD DE LA AMBULANCIA EN LAS VILLAS Y BARRIOS POPULARES

Buenos Aires, 24 de junio de 2020

Los curas compartimos la vida con nuestros vecinos, viviendo en la villa. Todos los días, los más pobres se encuentran con la vida y la muerte, con la salud y la enfermedad, luchando por una vida digna. Muchas veces hemos manifestado el dolor que produce la privación de oportunidades y derechos por vivir en barrios llamados marginales: falta de vacante en escuelas, inseguridad en sentido amplio, rechazo en trabajos por vivir en una villa, transporte público deficiente, sistema de salud expulsivo... En este último punto queremos focalizar esta declaración. Desde hace décadas, en las villas del llamado "AMBA" (ciudad de Buenos Aires y Conurbano) es insuficiente, hasta deficiente, el servicio de emergencias médicas. Hubo causas judiciales pero sigue sucediendo que muchas veces la ambulancia llega más tarde de lo estipulado. En todo este tiempo ha pasado numerosas veces que la persona falleció antes de que llegara la emergencia médica. ¡Cuántas muertes se habrían evitado si la ambulancia hubiera llegado a tiempo! Demasiados vecinos de barrios pobres fallecieron desangrados mientras la ambulancia no llegaba. No consideramos que sea excusa la imposibilidad de llegar a los pasillos. Siempre hay un punto al que el móvil puede llegar y entre los vecinos y las fuerzas de seguridad acompañar al personal de salud hasta el domicilio o lugar donde se encuentra el damnificado. Durante este tiempo de pandemia y cuarentena se han visibilizado retrasos con consecuencias indeseables. Sigue habiendo retrasos es-

candalosos de ambulancias, tanto en CABA como en el Conurbano, muchas veces con resultados nefastos. Pero sabemos que esto viene pasando desde hace tiempo. Consideramos que es necesario que en las villas y barrios populares del AMBA se corrijan estos errores. Estamos dispuestos a colaborar en este sentido. Muchas organizaciones sociales de nuestros barrios también. Hay experiencias de unidades de traslado barriales. Son intentos en los que se busca la complementación con el servicio de emergencias médicas. Como en otras cosas, la comunidad se organiza para el bien del mismo barrio. De allí queremos acercar una propuesta: En aquellas villas o barrios populares que muestran capacidad de organización para esto, el Estado puede proporcionar una unidad de traslado. No se trata de reemplazar el sistema oficial de emergencias médicas, pero sí de complementar el servicio estatal. Algunas de nuestras parroquias y capillas u otras organizaciones pueden comprometerse a coordinar esto. En cada barrio, de acuerdo con sus características, se puede ver cómo organizar este servicio. Esto podría favorecer la aceleración de ciertos traslados de personas con afecciones menores. Por supuesto que las afecciones más complicadas (por ejemplo, un herido con lesiones severas) quedarían exclusivamente para el servicio de emergencia médica del Estado. Estamos dispuestos a conversar en mesa de trabajo los detalles de esta propuesta. De esta manera, queremos ayudar para que mejore la presencia del Estado en nuestros barrios, articulando con la organización de la comunidad. Con estos deseos y en actitud de diálogo, quedamos a disposición. Que la Virgen en su advocación de Nuestra Señora de la Salud interceda por la vida digna de los vecinos de las villas y barrios populares y por una mejor integración socio-urbana.

Equipo de Curas de Villas y Barrios Populares de Capital y Provincia

P. **Gustavo Carrara**, obispo auxiliar de Buenos Aires, Vicario para la Pastoral en Villas de CABA. P. **José María Di Paola**, P. **Eduardo Drabble**, P. **Andrés Benítez**. Villa La Carcova, 13 de Julio y Villa Curita. Diócesis de San Martín. P. **Guillermo Torre**, P. **Agustín López Solari**. Villa 31. Arquidiócesis de Buenos Aires. P. **Juan Isasmendi**, P. **Patricio Etchepareborda**, P. **Lucas Walton**. Villa 1-11-14. Arquidiócesis de Buenos Aires. P. **Lorenzo de Vedia**, P. **Facundo Ribeiro**. P. **Ramiro Terrones**, P. **Carlos Olivero**. Villa 21-24 y Zavaleta. Arquidiócesis de Buenos Aires. P. **Nibaldo Leal**. Villa Hidalgo. Diócesis de San Martín. P. **Hernán Cruz Martín**, P. **Gustavo Rofi**. Barrio Don Orione - Claypole. Obra Don Orione. Diócesis Lomas de Zamora. P. **Basilicio Britez**. Villa Palito. Diócesis de San Justo. P. **Nicolás Angellotti**. Puerta de Hierro, San Petesburgo y 17 de Marzo. Diócesis de San Justo. P. **Domingo Rehin**. Villa Lanzone. Diócesis de San Martín. P. **Gastón Colombres**, P. **Marco Espínola**. Villa 15. Arquidiócesis de Buenos Aires. P. **Damián Reynoso**. Monoblocks Villa Soldati. Arquidiócesis de Buenos Aires. P. **Martín Carroza**, P. **Oscar Gallegos Álvarez**, P. **Ramiro Pannunzio**. Villa Cildañez. Arquidiócesis de Buenos Aires. P. **Adrián Bennardis**, P. **Ariel Corrado**. Villa 3 y del Barrio Ramón Carrillo. Arquidiócesis de Buenos Aires. P. **Joaquín Giangreco**. Villa Trujuy. Diócesis Merlo-Moreno. P. **Juan Manuel Ortiz de Rozas**. San Fernando. Diócesis de San Isidro. **Carlos Morena**, **Mario Romanín**, **Fernando Montes**, **Juan Carlos Romanín**, Salesianos, Don Bosco. Villa Itatí. Diócesis de Quilmes. P. **Leonardo Silio**. Barrios Manantiales, Atalaya, Riffí, Cascallares, Cassasco. Diócesis Merlo-Moreno. P. **Pedro Baya Casal**. Villa Rodrigo Bueno. Arquidiócesis de Buenos Aires. P. **Andrés Tocalini**. Villa Los Piletones. Arquidiócesis de Buenos Aires. P. **Franco Punturo**, Villa 20. Arquidiócesis de Buenos Aires. P. **Omar Mazza**. Villa Inta. Arquidiócesis de Buenos Aires.

LA VIDA SE DIGNIFICA SIEMPRE

Buenos Aires, 16 de julio de 2020

Cuando los porteños padecemos los momentos más aciagos de la pandemia, en medio de una necesaria pero a su vez larga y agotadora cuarentena, cuando las cifras de contagios y fallecidos nos sobresaltan cada día, la Legislatura de la Ciudad Autónoma acaba de aprobar por amplia mayoría la adhesión a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), esto es, el aborto no punible, que ya se practica en gran parte del país. Nos lastima y duele, que en medio de un letal contagio, donde tantos agentes sanitarios y servidores esenciales exponen y arriesgan su vida para salvar la del semejante, los legisladores vean oportuno avanzar en una ley, que ciertamente no es «honrar la vida», como nos gusta escuchar y cantar a los porteños. El proclamado derecho a abortar, especialmente de las adolescentes más vulnerables, las que, según los argumentos esgrimidos, no les queda otra que acudir a un aborto ilegal, se contrapone con el deseo de muchas, muchas otras chicas que sí se juegan por la vida. A ellas les decimos: «¡Jugate por la vida, siempre!». Este protocolo ILE contradice las garantías constitucionales a favor de la vida más desprotegida: la de un ser humano por nacer. ¿Quién puede festejar esta aprobación? La interrupción se convirtió en ley, pero sigue siendo un eufemismo, y todos sabemos de qué se trata. No estamos en contra de los derechos de la mujer; sí, a favor de la vida como viene, en toda circunstancia, aun en medio de la pandemia, en los barrios más humildes, en los sectores más pudientes, en todos lados de nuestra querida ciudad

debe escucharse: «¡Sí, a la vida; sí, a las dos vidas!». Porque, cuando se niega el derecho más elemental –el derecho a vivir– todos los derechos humanos quedan colgados de un hilo. Sin vida, por ejemplo, no hay libertad. Se realizaron 8.388 “interrupciones” legales del embarazo en el 2019. La mayoría en el primer nivel de los centros de salud. Cualquier otro tema no tiene ese mismo nivel de accesibilidad en ese tipo de efectores. Entendemos los argumentos que abordan el aborto como un tema de salud, pero estos argumentos conciben a la salud desde un enfoque aislado, como si los seres humanos no fuéramos relación, vínculos, espíritu: algo que sí nos recuerda la pandemia que estamos sufriendo. Comprendemos que está en juego la salud, pero también comprendemos que la salud no se puede alcanzar descartando a otro ser humano. Por eso, para las mujeres de los barrios más humildes, el aborto es vivido como un drama existencial, personal y comunitario. Aquí se sigue una corazonada muy profunda: no es humano favorecer a un débil en contra de otro más débil aún. Mirando hacia la Basílica de Luján, donde tantos jóvenes y familias peregrinan para celebrar la vida, le pedimos a la Virgen María que siga protegiendo con ternura a todos los que, en las panzas de sus madres, esperan compartir este mundo.

**Los Obispos de la Arquidiócesis
de la Santísima Trinidad de Buenos Aires**

Card. Mario A. Poli, Arzobispo de Buenos Aires, Mons. Joaquín Sucunza, Mons. Enrique Eguía Seguí, Mons. Alejandro Giorgi, Mons. Ernesto Giobando SJ, Mons. Juan Carlos Ares, Mons. José María Baliña, y Mons. Gustavo Carrara

LAS UNIVERSIDADES CATÓLICAS Y DE ORIENTACIÓN CATÓLICA NOS PRONUNCIAMOS EN DEFENSA DE LA VIDA HUMANA

Argentina, 23 de noviembre de 2020

La dramática y delicada situación por la que atraviesa el mundo y nuestro país con motivo de la pandemia Covid-19 ha puesto en el centro de la preocupación social el cuidado prioritario de cada vida humana. Se trata de un principio fundamental que encuentra eco en el corazón de cada persona y forma parte de los cimientos que dan cohesión a la vida social y política.

La protección de cada vida humana es una exigencia de justicia que nos interpela en muchos sentidos. El primero y fundamental consiste en reconocer a cada persona, desde su concepción hasta su muerte natural, el derecho a vivir y se plasma en la legislación penal correspondiente.

Cumplir con estas exigencias de justicia requiere una respuesta coherente e integral, que no admite contradicciones. Por eso, es particularmente grave que se propongan medidas que impulsen el aborto. La eventual sanción de una ley para su despenalización y legalización significaría un quiebre en el respeto debido a los derechos humanos fundamentales. Además, dividiría aún más nuestra sociedad que necesita la unidad para salir de una profunda crisis económica y social, con niveles intolerables de pobreza.

Por eso, no cabe más que rechazar enfáticamente todo intento de legitimar la destrucción de la vida del ser humano, por la vía que fuere, más allá de propuestas alternativas.

La Constitución Nacional y los Tratados sobre Derechos Humanos con jerarquía constitucional y hasta el propio Código Civil y Comercial en línea con ellos, reconoce formalmente que se es "niño" desde la concepción hasta los 18 años, asimilando los conceptos de "niño", "persona humana" y "ser humano". Por eso, la tutela jurídica del derecho a la vida comienza desde la concepción.

Reconocemos la existencia de dolorosas situaciones en que la maternidad se presenta particularmente vulnerable en sus dimensiones sociales, económicas, culturales, educativas y familiares. Justamente para responder a esa vulnerabilidad de una manera plenamente respetuosa de la dignidad humana y el bien común se requiere coherencia en las políticas públicas y la legislación. Es así que el mandato constitucional al Congreso de la Nación consiste en dictar un régimen de seguridad social especial para la madre y el niño desde el embarazo (art. 75 inc. 23 Constitución Nacional). Existe una imperiosa necesidad de cumplir con este deber y responder a los problemas de fondo que afectan a la maternidad vulnerable.

Esperamos que las autoridades nacionales estén a la altura del crítico momento histórico que estamos viviendo y solamente promuevan y aprueben leyes que siempre defiendan la vida y apoyen integralmente tanto a la madre como a los seres humanos por nacer, en la convicción de que toda vida vale.

Firman:

Pontificia Universidad Católica Argentina
Universidad Católica de las Misiones
Universidad Católica de Salta
Universidad Católica de La Plata
Universidad Católica de Córdoba
Universidad Católica de Cuyo
Universidad Católica de Santiago del Estero
Universidad Católica de Santa Fe
Universidad FASTA
Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino
Universidad del Salvador
Universidad de San Isidro
Escuela Universitaria de Teología

LA SALUD PÚBLICA NO TIENE FRONTERAS, PERO VISIBILIZA INEQUIDADES

Buenos Aires, 30 de marzo de 2020

Durante la edad media la peste negra diezmó a más de un tercio de la población de Europa, los barcos que llegaban a puerto eran mantenidos en cuarentena, por ser 40 días el periodo máximo de contagiosidad de esta enfermedad. El desplazamiento poblacional y las migraciones no eran comparables a lo que sucede en estos días. Durante los últimos años como docente de Salud Pública repetía a los alumnos que en el siglo XX ya no existían barreras ni geográficas ni político-administrativas para la propagación de enfermedades, la frase era "no hay barreras para la Salud Pública". La Av. General Paz no es un límite para el mosquito transmisor del Dengue, ni para las enfermedades psicosociales, así como tampoco bloquea el flujo de demanda de atención médica. Recientemente escuché por radio que el Covid 19 era democrático porque no respetaba clases sociales afectando inclusive a gobernantes y reyes. Pero este punto merece ser analizado críticamente.

La difusión de una pandemia depende del número de susceptibles (en el caso del Covid toda la población mundial) y la probabilidad de contacto entre el susceptible y el virus. Por su parte, la probabilidad de contacto está condicionada por el número de virus circulantes, por su difusibilidad, por la fuente de infección, y el entorno o medio ambiente. Si bien parecería que estos datos técnicos escapan a este artículo son necesarios para entender cómo ciertos factores no son considerados cuando una pandemia solo se analiza bajo la óptica de datos e infor-

mes médico asistenciales o infectológicos y no desde una dimensión más amplia como la Salud Pública.

Los medios masivos de comunicación reiteran que hay que lavarse las manos y se preocupan por la falta de alcohol en gel. Pero solo en el conurbano bonaerense hay 1500 villas, sin acceso al agua corriente. En todo el país son 3 millones de personas que habitan en barrios carenciados ¿Con qué agua se lavan? ¿Cuántas veces al día? ¿Con qué jabón?

Los comunicadores insisten en que hay que estar a metro y medio de distancia de otra persona, pero en el conurbano bonaerense un 18% de los hogares solo disponen de viviendas precarias. Son más de 2 millones de personas con déficit habitacional. ¿Cómo se puede hacer el aislamiento domiciliario cuando 4 de cada 10 hogares pobres en el conurbano son ocupados por más de 3 personas por cuarto? ¿Cómo mantener distancia donde las personas viven hacinadas compartiendo un colchón en el que duermen varios?

Hay preocupación por repatriar a los argentinos que están en el exterior, incluyendo algunos que permanecen en cruceros con camarote y comida. Pero qué hacemos con 7500 personas en situación de calle en la ciudad de Buenos Aires ¿Cómo los repatriamos? ¿Cómo los prevenimos de la pandemia?

Evidentemente el virus puede llegar a cualquier persona, pero la exposición al riesgo no es la misma, especialmente cuando se parte de condiciones socioeconómicas distintas. Las crisis como es el caso de las pandemias se encargan de poner delante de nuestros ojos las inequidades en las que estábamos "acostumbrados" a convivir.

Si la exposición al riesgo y el punto de partida no es el mismo para toda la población tampoco lo es el tratamiento en caso de enfermar. Los especialistas resaltan que, ante fiebre, dolor de garganta y dificultad respiratoria se consulte a un profesional. Pero la percepción de enfermedad está condicionada por factores culturales y educacionales. También la accesibilidad a los servicios médicos es distinta, un 40% de la población se asiste en Hospitales Públicos ya saturados por la demanda habitual. ¿Cómo se va a incrementar la oferta de Servicios de Salud en caso de una pandemia con los escasos recursos que se dispone? Dicen que hay que comprar urgentemente respiradores, pero ¿Con qué enfermeras se van a operar estos equipos? Faltan enfermeras y de las que hay un 50% hizo solo un curso de un año, 35 % cursó una tecnicatura de 3 años y solo 15% son licenciadas en enfermería.

Sin prevención posible y con profundas dudas sobre el tratamiento que puedan recibir en caso de enfermar, un grupo poblacional está en franca desventaja para

enfrentar la pandemia. Si el virus se difundiera dentro de estas comunidades del conurbano bonaerense las consecuencias sociosanitarias serán de una magnitud nunca vista en nuestro país.

La preocupación por el otro no es un tema que caracteriza a la sociedad actual, pero el miedo a que la enfermedad llegue a todos los hogares está tomando una fuerza tal que impulsa al ser humano a ser más solidario. Solo en estos momentos nos damos cuenta que la enfermedad del otro puede ser nuestra enfermedad, que el dolor del otro es nuestro dolor, que el otro es necesario para nuestra propia vida. Deseo profundamente que este temor que impulsa la solidaridad, se transforme en una verdadera virtud que cambie la forma de relacionarnos en el nuevo mundo que veremos cuando la pandemia decline.

Dr. Miguel Ángel Schiavone
Rector
Universidad Católica Argentina

CUIDANDO A LOS QUE NOS CUIDAN

ÉTICA INSTITUCIONAL EN EL MARCO DEL COVID-19

Buenos Aires, 30 de marzo de 2020

El deber de cuidado es fundamental para el cuidado de la salud.

Este deber requiere fidelidad a la persona que sufre una enfermedad, pero también al Equipo de Salud (ES) (el no abandono a esta diada es una obligación ética y legal), el alivio del sufrimiento y el respeto de los derechos y preferencias de todos los involucrados.

La respuesta de los distintos efectores de salud (públicos y/o privados) a la crisis pandémica del COVID-19, con criterios en general unificados, pareciera que debería permitir, según la evolución de la curva de contagios en nuestro país, expresada oficialmente, una respuesta adecuada al nivel asistencial y a la complejidad del potencial paciente.

De la misma manera, se debería responder al cuidado de los profesionales de la salud (que conforman el Equipo de atención), preparándolos para esta contingencia.

Son muchas las informaciones que habitualmente recibimos sobre el desgaste físico, psíquico y hasta moral del ES o sobre la cantidad de contagios de este grupo en particular, en los países donde la pandemia ha tenido sus picos máximos de casos registrados (China, Italia, España y EEUU entre otros). En líneas generales se reporta que el porcentaje de infectados en el ES, es mucho más alto que la población general (alrededor del 20%), a pesar de utilizar (teóricamente) los me-

dios adecuados (muchos de ellos fallecidos). Posiblemente influye en este tema el agotamiento físico y mental, el estrés de las decisiones difíciles del *triage* y el dolor de perder a pacientes y colegas. Y la falta de protección adecuada.

En casi todo el mundo, mientras la mayoría de las personas se quedan en sus casas para el aislamiento físico, que permita disminuir la transmisión del COVID 19, los miembros del ES se preparan para hacer exactamente lo contrario: se trasladan a los hospitales y clínicas (muchos refuncionalizados), aumentando su riesgo de contagio de COVID-2019: es necesario entonces brindar un marco ético general para su cuidado y protección.

Entonces nos encontramos, en general, ante distintas situaciones:

- La escasez de personal en el ES (debidamente entrenado para esta contingencia). A diferencia de un respirador, un EPP, una cama en UCI, o el elemento que se considere necesario, al equipo lo conforman PERSONAS, y por lo tal merecen toda nuestra consideración, atención, respeto y cuidado.

- La escasez de EPP (equipos de protección personal): se ha descrito qué, en las instalaciones más afectadas, muchos miembros del ES están esperando equipos (que no siempre son los adecuados según la normativa consensuada) mientras ya se evalúan pacientes que pueden estar infectados (no hay evaluación rutinaria de test).

- Se entiende que en cada país los sistemas de atención de la salud podrán estar funcionando en su capacidad límite durante el tiempo de atención prioritaria, y por esta circunstancia el ES, en su conjunto, es el recurso más valioso y tal vez el más difícil de sostener.

- Encontramos, también, dos situaciones particulares en este grupo: la ansiedad de transmitir la infección a sus familias y la posibilidad de no cuidado adecuado a sus padres añosos.

Proponemos como necesario para Cuidar a los que nos Cuidan los siguientes puntos:

- Proporcionar Equipamiento adecuado de Protección Personal, según previsión de ingresos o atención y según la normativa infectológica correspondiente.

- La formación es indispensable, pero no tiene que ser una sobrecarga abrumadora.

- Control de necesidades básicas durante la atención general, de urgencias o específica: dormir, higiene, comida, agua, alimentación saludable. Se debe prestar atención a la cantidad de horas que los miembros del ES trabajan y asegurarse que reciban los descansos adecuados (puede ayudar a equilibrar la carga de trabajo y reducir el riesgo de agotamiento), es necesario una planificación adecuada, pensando que tiene que haber posibilidades de recambio si alguien no puede continuar con la atención -personal de reserva- (ver el porcentaje de infectados en el ES)

- “Es vital que los sistemas de salud y los médicos no pierdan de vista el apoyo que pueda ofrecerse desde el equipo de salud mental. Esto se hace más acuciante en situaciones disruptivas (cuando el sujeto ubicado como objeto de la acción y se ve obligado a metabolizarla), porque si no se lograra el domeñamiento psíquico, entonces, dicha situación devendrá traumatogénica. De este modo se desencadenará una compleja secuencia: desvalimiento, angustia automática, falla de la función autorreguladora integradora y colapso de las relaciones entre lo psíquico, lo social, lo temporal y lo espacial, vivencias de vacío y desamparo. Si esto ocurriese, el apoyo permanente del equipo de Salud Mental será clave y necesario”¹.

- Información clara sobre lo que se requiere hacer, un líder – que tiene que ser rotativo- (apoyado en un comité de crisis) debería asumir la distribución de tareas.

- Dentro del ES los más vulnerables durante una emergencia de salud pública incluyen a los colegas con mayor riesgo de contagio, debido a factores como la edad o las condiciones de salud subyacentes (han sido licenciadas de sus actividades habituales y prestan colaboración desde sus domicilios) y los estudiantes (han sido suspendidas sus actividades formativas/prácticas). Quedan entonces los residentes, qué, a pesar de tener una titulación de grado, están en etapa de formación. Para ellos significará un gran desafío el aprendizaje en este contexto, y que será muy valioso para su futuro. Se deben incluir como población vulnerable y deberían actuar bajo la supervisión de un profesional de planta con todos los medios de protección correspondientes

Siempre cuidamos a nuestros pacientes, que merecen todo nuestro respeto y compromiso. Ahora llegó el momento que también Cuidemos al Equipo de Salud, que serán los actores principales de esta situación particular que comenzamos a

1 Dr. Carlos Castro: Pro manuscrito.

vivenciar y que nos hará reflexionar desde la Bioética sobre las distintas acciones que estamos realizando.

Dr. Gerardo Perazzo
Secretario a/c Docencia e Investigación Htal "Vélez Sarsfield"
Coordinador Instituto de Bioética UCA

COVID-19. AÚN ESTAMOS A TIEMPO

Buenos Aires, 30 de marzo de 2020

El mundo entero está viviendo una de las grandes tragedias del siglo XXI. El sistema sanitario internacional, otrora orgulloso por erradicar la viruela y doblegar la poliomielitis, se muestra impotente para frenar una epidemia que en menos de tres meses se ha llevado decenas de miles de vidas, más que nada de ancianos y enfermos cuyas supervivencias eran en gran parte logros de una medicina que por ahora se limita a prevenir y dar soporte.

La pandemia por COVID-19 ha hecho colapsar las estructuras sanitarias nacionales, vaciado los escasos recursos de salud y obligado a los profesionales a elegir a quién dar lo poco que hay.

Sin embargo, son desgarradoras las historias de médicos y enfermeros de Italia, España o Estados Unidos, al expresar el conflicto ético de tener que dejar morir enfermos ancianos, o con discapacidad, por haberse quedado sin camas en cuidados intensivos. Por otro lado, los primeros estudios ya reportan que más de la mitad de los profesionales chinos que enfrentaron al COVID-19 presentan depresión, ansiedad, insomnio y estrés severo. Todo ello, dando cuenta de que estos profesionales se han tomado en serio el haber jurado defender "toda la vida y todas las vidas".

Se ha escuchado que estamos frente a un escenario de catástrofe donde existe una brecha entre los escasos recursos disponibles y la alta necesidad o deman-

da. Esta brecha sería debido a la naturaleza inesperada y súbita de la catástrofe, tanto como a la poca previsibilidad de su evolución y del número de víctimas. En una catástrofe el "triage", o selección de las personas a quienes se les otorgarán los recursos, es un elemento medular de medicina y de justicia distributiva. Esta última bien entendida debiera aplicar la equidad, es decir, ante igual oportunidad para todos, los más desventajados recibirán más recursos, tal como sucediera en el rescate de la cueva Tham Luang.

No obstante, al COVID-19 la conocemos desde fines de diciembre de 2019 y sabemos también que existen otros coronavirus; que su R_0 , o ritmo básico de reproducción, es de 2,68; que el 80% de enfermos tienen variantes que van de asintomáticas a moderadas o que existe una curva a la que todos queremos aplanar. En tanto las palabras contención, mitigación o comorbilidades van dejando la exclusividad de la medicina para incorporarse al vocabulario cotidiano. Entonces ¿de qué inicio súbito o evolución imprevisible estamos hablando? Claro que aún hay mucho por conocer sobre COVID-19, pero no quedan dudas de que esto no es una catástrofe, sino una epidemia mundial, o pandemia, que se ha transformado en emergencia sanitaria. Pero si se actúa mal, entonces sí será una catástrofe, y, sobre todo, de tipo humanitario.

La Argentina ha tomado medidas drásticas anticipadamente y está a tiempo de evitar que los profesionales de la salud tengamos que salir a seleccionar vidas. Eso sería una gran falla de la planificación, que, junto a la salvaguardia de las fuerzas de trabajo y grupos vulnerables, y al rol de guía son, según el prestigioso centro de estudios bioéticos Hasting Center, los tres deberes éticos que el administrador de la salud no debiera olvidar. Y ese administrador es el Estado, en tanto garante de la libre disponibilidad de los bienes y justa adjudicación de los recursos.

También estamos a tiempo de evitar que, so pretexto del bien común malentendido como el mayor beneficio para la mayor cantidad de personas, se priven de ciertos cuidados a determinados grupos como son los ancianos o personas con discapacidad. Ello contradice los principios de equidad, solidaridad y subsidiariedad, bases del sistema de salud argentino, por los cuales toda persona debe poder acceder a los cuidados de salud, particularmente entre los grupos más vulnerables.

Aunque esta sea una carrera contra el reloj, aún podemos aprender de los errores ajenos y mirar el avance de la pandemia con la ética, responsabilidad y transparencia que deben tener las políticas sanitarias, cuidándolas de que no caigan en el frío cálculo de los casos fatales que las despojan de toda humanidad.

Lo dicho no significa desconocer que los recursos en salud han sido y seguirán siendo costosos, escasos y agotables. Y es por eso, que organizaciones como la OPS o diferentes sociedades científicas de Italia (SIAARTI), España (SEMICYUC junto a 23 sociedades científicas y de Bioética) o EEUU (N. Berlinger y col., Hasting Center; E.J. Emanuel y col., New England Journal of Medicine), por citar unas cuantas, han redactado recomendaciones para enfrentar la pandemia de COVID-19 bajo la observancia de principios éticos aplicados al campo de la medicina y salud pública.

En un sucinto resumen tales recomendaciones podrían expresarse de la siguiente manera:

1. Toda persona independientemente de su edad o capacidad funcional merece acceder a la atención médica y demás cuidados de salud. Es función del Estado garantizar ese acceso a todos los ciudadanos, incluso en situaciones extraordinarias como esta pandemia.
2. Es prioridad salvaguardar la vida y la salud de los profesionales y auxiliares sanitarios, así como de quienes trabajan en la primera línea (por ej. cuerpos de seguridad) o mantienen la operatividad esencial. Es obligación de las autoridades otorgarles el debido equipamiento y serán los primeros en recibir el tratamiento o las vacunas oportunamente.
3. Los grupos más vulnerables merecen recibir especial atención y cuidado.
4. Ante el colapso del sistema de salud y la necesidad de distribuir recursos escasos, la admisión a áreas de cuidados de mayor complejidad debe hacerse conforme al principio de "salvar al mayor número de vidas y a la mayor cantidad de vida" siempre bajo el criterio prudencial. La edad y el estado funcional no pueden ser los únicos criterios de evaluación. Este abordaje debe ser común para los enfermos con, o sin, COVID-19 durante el tiempo que dure la pandemia.
5. Los cuidados paliativos deben ser de ayuda para los enfermos no admitidos y es necesario conocer la existencia de voluntades anticipadas.
6. Se debe trabajar dentro de un plan de contingencia donde los establecimientos de salud funcionen en red, enfatizando en la derivación de los pacientes. Será de buena práctica recurrir por consultas a los comités de bioética o expertos en la materia para una evaluación periódica del estado de los recursos.

7. Es fundamental la transparencia en la comunicación, sea ésta personal u oficial.
8. El cadáver merece ser tratado con dignidad y respeto.

Quizás por ingenuos llegamos a pensar que, al estar lejos, el coronavirus no iba a afectarnos. Pero sin embargo se hizo realidad ese sabio proverbio que dice que, al fin de cuentas, ¡todo llega!

Lenin De Janon Quevedo

Instituto de Bioética

Pontificia Universidad Católica Argentina

Médico de UTI

Hospital "Francisco Santojanni" (CABA)

REFERENCIAS

– Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Consideraciones bioéticas ante el Covid-19 de AEBl. [acceso 23/03/20] Disponible en: http://aebioetica.org/archivos/Consideraciones_2.pdf

– Ballentine J.M. The Role of Palliative Care in a COVID-19 Pandemic. The California State University Shiley Institute for Palliative Care. [acceso 21/03/20] Disponible en: <https://csupalliativecare.org/palliative-care-and-covid-19/>

– Berlinger N, Wynia M, Powell T, Hester M, Milliken A, Fabi R, et al. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. The Hastings Center. [acceso 18/03/20] Disponible en: <file:///E:/FIN%20DE%20VIDA/COVID-19/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>

– Emanuel E, Persad G, Ross U, Parker M, Glickman A, Thome B. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. March 23, 2020. NEJM. DOI: 10.1056/NEJMs2005114.

– Fairchild AL, Dawson A, Bayer R, Selgelid MJ. The World Health Organization, Public Health Ethics, and Surveillance: Essential Architecture for Social Well-being. Am J Public Health. 2017;107(10):1596-1598. DOI: 10.2105/AJPH.2017.304019.

– Jianbo L, Simeng M, Ying W, Zhongxiang C, Jianbo H, Ning W, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to

Coronavirus Disease 2019. JAMA Network Open. 2020; 3 (3): e203976. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

– OPS – OMS. Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19). Marzo 2020. [acceso 22/03/20] Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/orientacion-etica-sobrecuestiones-planteadas-por-pandemia-nuevo-coronavirus-covid-19>

– Postigo Solana E. Orientaciones éticas generales ante la pandemia de COVID-19. Instituto de Bioética. Universidad Francisco de Vitoria. [acceso 27/03/20] Disponible en: <https://oneofus.eu/es/2020/03/orientaciones-eticas-generales-ante-la-pandemia-de-covid-19/>

– Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy – Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. March 18, 2020. NEJM. DOI: 10.1056/NEJMp2005492.

– Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por Pandemia COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos. [acceso 21/03/20] Disponible en: https://semicyuc.org/wpcontent/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf

– Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. [acceso 15/03/20] Disponible en: <https://www.sicp.it/wpcontent/uploads/2020/03/SIAARTI-Covid19-Raccomandazioni-di-etica-clinica.pdf>

– World Health Organization. WHO Guidelines on Ethical Issues in Public Health Surveillance. WHO. 2017. [acceso 15/03/20] Disponible en: <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/9789241512657-eng.pdf>

CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DE ASISTENCIA MECÁNICA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON COVID 19, UNA MIRADA BIOÉTICA

Buenos Aires, 06 de abril de 2020

ESTADO DE SITUACIÓN

La irrupción del Covid19, pasó rápidamente de ser silente a explosiva, de ser negada y ocultada por las autoridades sanitarias de muchos países a ser declarada pandemia por la OMS; de afirmarse que era una gripe como otras a mostrar el macabro número de un millón de infectados y 50.000 muertos al día de hoy, con cadáveres amontonándose en las morgues.

¿Qué la vuelve tan particular? Creo que tres elementos: 1) la facilidad del contagio; 2) su rápida expansión en un mundo mucho más intercomunicado -sea en el volumen de personas que viajan, como en la rapidez con la que se llega de un punto a otro del planeta- ; 3) el hecho de que las formas más graves de la afección requieren de asistencia respiratoria, saturando la capacidad del recurso, que se vuelve al mismo tiempo vital y escaso.

Ésta última circunstancia conduce a un dilema bioético concreto al cual se enfrentan, en este momento las UTI de todo el mundo: ¿Qué criterios utilizar para asignar la ARM cuando se vuelve un bien escaso? ¿Cómo priorizar a un paciente respecto de otro? ¿Cuándo retirar asistencia a un paciente?

DE LO GENERAL A LO PARTICULAR

Principios generales que orienten la toma de decisiones

La praxis médica desde sus inicios asumió el principio lógico que inspira a toda ética: "evitar el mal y hacer el bien". En medicina, este principio, se traduce como *primum non nocere* (lo primero es no dañar y su complemento: buscar el bien del paciente). Así expuesto, este principio, se abre a diversas interpretaciones sobre lo que constituye en realidad "el bien del paciente", por eso necesitamos un valor objetivo y permanente, a saber: el primer bien es la vida física y la salud del paciente.

De allí se desprende una consecuencia ética: debo **ponderar**² individualmente la vida de cada paciente y su estado de salud/enfermedad, prescindiendo de contar o no con el recurso, (eso formará parte de una segunda instancia, en caso de tener que asignarlo a uno o a otro individuo). No se trata de "elegir entre uno y otro", sino de evaluar objetivamente cada caso y ver las posibilidades reales de sobrevivida de cada uno de ellos.

Este criterio que acabo de exponer ha llevado a la elaboración de un **enfoque de principios múltiples...** que pone el acento en:

- salvar la mayoría de las vidas,
- preservar la mayoría de los años de vida,
- priorizar las decisiones basadas en evidencia
- mostrar compasión a los no receptores"³.

Lo señalado debe combinarse con el principio de **dignidad de la vida humana** antes mencionado y el de **sociabilidad/subsidiaridad**⁴. Hecho esto, cabe aclarar que "preservar la mayoría de los años de vida", no significa hacer un triage que

2 El vocablo ponderar expresa en lengua castellana, un modo más preciso que seleccionar. En el caso de la ponderación según la Real Academia se trata de "examinar con cuidado algo, en sí mismo" podemos decir que se trata de una evaluación del sujeto particular pero en toda su realidad.

3 En un artículo de Jakie Powder del Jhon Hopkins Center of Bioethic (el 2/IV/2020 en internet <https://www.jhsph.edu/covid-19/articles/too-many-covid-19-patients-too-few-ventilators-an-ethical-framework-to-guide-hospitals.html>)

4 Sgreccia, E., Manual de Bioética, BAC, España, 2009, pp. 226-227 "por este principio, todo ciudadano se comprometa a considerar su propia vida y la de los demás como un bien, no solo personal, sino también social y compromete a la comunidad a promover la vida y la salud de todos y cada uno, a fomentar el bien común promoviendo el bien de todos y de cada uno."

excluya de la AMR a pacientes que sobrepasan una cierta edad, sino que no se incluya a pacientes cuya prolongación de la vida solo resulte **precaria y penosa**⁵.

Las decisiones de inclusión deben guiarse exclusivamente por cuestiones médicas, evitando caer en graves actos de discriminación hacia las personas con discapacidad, o por cuestiones étnicas o socio-culturales.

Respecto de la expresión "mostrar compasión a los no receptores", está asumiendo que los pacientes no incluidos en la ARM, no deben ser descartados de todo tratamiento médico, por el contrario debe ofrecérsele otros recursos. Cuando por sus propio estado físico los medios ya no resulten proporcionados -y por lo tanto dejasen de ser terapéuticos-, se lo deberá derivar a una unidad de cuidados paliativos (aun cuando no se puede más curar, siempre se deberá cuidar del paciente).

Ponderar la "no inclusión" de un sujeto en ARM no equivale al abandono terapéutico, significa el deseo de "evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad"⁶. Aquí "costos" se refiere no solo a la cuestión económica sino al esfuerzo desproporcionado respecto de las posibilidades reales de recuperación, con la intención de evitar el ensañamiento terapéutico.

APLICACIÓN ESPECÍFICA EN LA CRISIS

Son muchos los sistemas de *triage* propuestos, sin embargo todos comparten algunos elementos básicos, a saber:

1. Se debe ponderar precozmente el estado de salud de los pacientes con riesgo vital mediante un protocolo basado exclusivamente en cuestiones médicas evaluables.

5 Congregación para la Doctrina de la fé «IURA ET BONA» sobre la eutanasia, punto IV, Uso proporcionado de medios terapéuticos, "Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, (...). Por esto, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro."

6 Congregación para la Doctrina de la fé «IURA ET BONA» sobre la eutanasia, punto IV.

2. La gravedad clínica de cada caso y el riesgo de vida, así como las expectativas de recuperación, serán consideradas conjuntamente a fin de priorizar la asignación del recurso escaso y determinar las listas de espera.
3. Establecer áreas adecuadas para tratar a las personas de acuerdo a los niveles de complejidad de UTI, nivel medio o unidad de cuidados paliativos.
4. Reevaluar periódicamente los factores de riesgo en aquellos pacientes que permanezcan en ARM.
5. Dar la adecuada información tanto a pacientes como a sus familiares respecto de los procedimientos y pruebas diagnósticas que se le practicaron o se piensan aplicar⁷.
6. En caso de no reunir las condiciones de inclusión en ARM, derivar al paciente a la UCP.

CONCLUSIÓN

En casos de crisis sanitaria –la escasez de recursos médicos durante una pandemia entra en ésta categoría– supone particular atención a fin de preservar la buena praxis médica, ya que a los cuidados habituales se suma la complejidad del momento crítico donde paciente/recursos/urgencia/saturación del sistema generan una “tormenta perfecta”.

En estas ocasiones, los grandes principios rectores de la bioética vuelven a darnos un anclaje seguro para proceder adecuadamente, al tiempo que restituyen a la persona, el centro de la escena, tal como la medicina propone desde el Juramento Hipocrático.

Desde el Instituto de Bioética de la UCA, hacemos esta propuesta a fin de preservar la vida de cada persona, así como la dignidad y derechos que de ella proceden.

Pbro. Lic. Rubén Revello
Director del Instituto de Bioética - UCA

7 Estebaranz Santamarina, C.; “Triage de urgencias y emergencias hospitalarias: revisión de los principales sistemas de triage internacionales” trabajo de tesis de la Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, 2014, p. 7.

ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN TIEMPOS DE NECESIDAD.

LA VISIÓN DESDE
LA BIOÉTICA:
PROPORCIONALIDAD
TERAPÉUTICA PARA
LA ASIGNACIÓN
DE UN RECURSO ESCASO.
(RESPIRADORES COVID-19)

Buenos Aires, 06 de abril de 2020

Los recursos escasos pueden ser variados, desde la cama en un centro asistencial, a la posibilidad de reactivos de control o diagnóstico, desde material descartable de uso en respiradores y los mismos respiradores, pero también, sobre todo, el personal de salud que deberá atender esta contingencia y todas las normativas de protección (EPP y otros)

Para el desarrollo de esta propuesta consideraremos en especial la asignación de respiradores, ya que los mismos pareciera, según las informaciones que recibimos de la situación en otros países, son el recurso más difícil de conseguir.

¿Por qué debemos incluir a la Bioética en este tema en particular?

Ya muchas asociaciones de especialidades médicas de distintos países, e inclusive algunas Comisiones Nacionales de Bioética han propuesto distintas alternativas de acción y en la mayoría se hace referencia a cuestiones éticas, que deben ser tenidas en cuenta.

Pero, nuevamente: ¿Qué ética? ¿por qué la Bioética?

Sabemos que siempre debemos considerar que nuestras acciones tienen consecuencias previsibles, y que las mismas son pasibles de ser analizadas como parte constitutiva del juicio moral, reflejo de nuestra naturaleza racional.

Entendemos que debemos ponderar los efectos negativos de nuestros actos, siempre que sean predecibles y por lo tanto hacernos moralmente responsables de ellos. Este es el motivo principal por el cual directa o indirectamente vemos en los medios de comunicación, miembros del equipo de salud desbastados, muchas veces llorando desconsoladamente y hasta algunas situaciones de suicidio. Nuestra naturaleza no puede apagarse o desconectarse. Por cuestiones prácticas no nos detendremos en esta presentación a evaluar las consecuencias a futuro de todo este equipo de atención (física, psicológica y espiritualmente).

Necesitamos reflexionar un momento: la ética anglosajona, imperante en muchas de las prácticas médicas o no médicas cotidianas, se basa muchas veces en el balance los resultados positivos o negativos de nuestras acciones, en este contexto consideramos que la corriente filosófica del consecuencialismo capto claramente ese momento de la vida o acción moral, en la cual se realiza un balance entre los resultados positivos o negativos de nuestras acciones. Pero, entendemos, que realizar el razonamiento moral solamente considerando este aspecto (maximización de los resultados positivos y la minimización de las consecuencias negativas de nuestras acciones), podemos caer en un error. Este razonamiento es una de las partes del juicio moral y no claramente la más importante.

La moralidad se refiere al aspecto cualitativo de nuestros actos y no al cuantitativo, por lo tanto, la valoración de las consecuencias no puede ser concebida como un cálculo matemático y dejar que solamente una escala de puntuación nos refiera las acciones a realizar (aunque esta escala es necesaria, en especial en situación de crisis o emergencias, es orientativa y tiene que tener en consideración otros elementos).

LA IMPORTANCIA DE LA PERSONA

La respuesta a esta problemática la podemos encontrar con la visión integral que nos propone la bioética personalista: la preocupación fundamental no debe ser la obligatoriedad o no del uso de un determinado medio de conservación de la vida, sino reconocer y respetar la dignidad de la persona.

El centro entonces cae en la atención de la persona humana enferma, desde allí se podrá evaluar y valorar a continuación lo que se puede y debe hacer y dejar de hacer.

Focalizar la atención en la persona del paciente implica la necesidad de tomarla en toda su realidad vital. Esto significa reconocer y asumir su verdad objetiva e integral.

Este reconocimiento incluye la subjetividad de la persona. Hay que valorar y respetar su condición subjetiva, que es única e irrepetible, y que sólo él (si está en condiciones) puede medir en su verdadera dimensión. Podemos afirmar que no hay nada más objetivo que la subjetividad de la persona. Esta convicción tiene como consecuencia (para todo el equipo de salud), la exigencia ética de saber buscar el tiempo necesario para poder captar, en la medida de lo posible y con los lógicos límites humanos, lo que se podría denominar el mundo interior del paciente, que incluye también todo lo que a él lo rodea.

En esta condición, única e irrepetible, en que cada persona desarrolla su vida, debemos destacar la necesidad de tener en cuenta cada situación determinada, para poder establecer lo que es éticamente adecuado considerando, el bien integral de la misma.

Pero también hay que recordar que la vida física no es un valor absoluto, porque no agota el valor de toda la persona.

De esta manera, se dignifica a la persona humana, preocupación fundamental de la Bioética personalista, al resguardarla ya sea del tecnicismo exagerado o de un subjetivismo extremo.

¿Podemos encontrar en nuestra práctica diaria criterios objetivos que permitan establecer cuándo existe una proporción terapéutica?

Sí, claro, pero se debe considerar que es para una determinada situación y en ella se deben valorar bien los medios confrontando el tipo de terapia, el grado de dificultad y el riesgo que comporta, los costos necesarios y la posibilidad de aplicación, con el resultado esperado, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales.

En este aspecto y en esta circunstancia particular de la pandemia de COVID 19, las acciones que se realizan en el momento del diagnóstico presuntivo (o sospechoso) tienen una preponderancia clave: la existencia de una probable Directiva Anticipada (DA) tiene que ser considerada y la evaluación de las comorbilidades también. Creemos que un diálogo franco, abierto, claro en ese momento permite tomar decisiones bioéticas más adecuadas, respetando la integralidad de la persona.

La relación médico-paciente tiene que ser clave desde un primer momento para las decisiones futuras. Cuatro son las situaciones desde donde se detectan o consultan los posibles infectados, desde su domicilio, desde una unidad de atención de pacientes febriles o desde la guardia de un hospital público o de gestión privada.

Dentro de estas situaciones en el protocolo actual vigente hay acciones de contacto telefónico o de aislamiento preventivo o de control en espacios extra-hospitalarios, para los cuales es necesario administrar adecuadamente las condiciones y recursos disponibles (personal adecuado y preparado y condiciones dignas de seguimiento y atención). Estos son momentos claves para conocer el interior de la persona.

Consideración del recurso:

En el momento inicial no tendría que haber exclusiones, si evaluar DA y el Objetivo de Salud (OS) para cada caso en particular, monitoreando la evolución y entendiendo que se podría retirar la asignación del recurso si el OS no se cumple porque no tiene la efectividad esperada.

Podríamos pensar en este momento como una continuación de la práctica habitual.

La segunda opción es cuando el recurso se transforma en crítico (ya está en falta o la proyección de la necesidad es con una curva ascendente y entendiendo que, como el uso de algunos de ellos es habitualmente prolongado, será segura su falta o según la previsión y organización de la estructura de referencia, en previsión de la demanda), y en este caso el criterio de asignación debería tener en cuenta muchos factores, que tendríamos que llamarlos bioéticos (no solamente considerando el aspecto médico exclusivamente).

El criterio de asignación del recurso crítico (bioético-integral) podría ser, para pasarlo a un formato habitual de la actividad médica crítica por un sistema de puntaje (que insistimos puede ser totalmente dinámico), aunque sin caer en el binomio analizado de balance de resultados positivos/negativos), por este motivo estos elementos deben considerarse junto al Objetivo de Salud propuesto.

Propuesta de asignación:

Se propone un modelo que ha sido difundido últimamente, incorporando en él los elementos que fueron surgiendo desde la Bioética.

Discusión y RMP previo al caso agudo		¿Existe DA? Ver reformulación probable Planteo escrito de OS según condiciones del paciente			
PRINCIPIO		PUNTAJE			
		1	2	3	4
Efectividad médica según OS	Criterios clásicos: SOFA/PELOD	<= 8	9-11	12-14	>14
		<=12	12-12	14-16	>17
Efectividad Global	Se incluyen comorbilidades	HTA ENF. Cardio vascular DBT II EPOC I ONCOLOGICAS en control INMUNODEPRESION	HTA con IECA o ARA-II DBT I EPOC II/III ONCOLOGICA c/tratamiento INMUDEPRESION severa	Severas con pronóstico omnios a 1 año (*)	Paciente en CP(**)
OTRAS CONSIDERACIONES					
Ciclo de vida	Etapa vivida	0-49 años	50-69 años	70-84 años	>85 años
Valor en Pandemia	Equipo de Salud actuante u otros	Resta 2 puntos al total			

(*) Algunas enfermedades (pueden ser otras, consensuar con especialistas)

1. IC clase IV
2. EPOC IV avanzado con FEV1 <25%.
3. Hipertensión pulmonar primaria con IC clase III o IV
4. Enfermedad hepática crónica con puntuación Child-Pugh > 7
5. Traumatismo grave
6. Enfermedad neuromuscular avanzada no tratable
7. Enfermedad metastásica maligna o enfermedad de alto grado de tumores SNC primarios

(**) Considerar su NO ingreso a UCI, consensuado y charlado con el paciente.

Criterios de exclusión: en el caso de una emergencia de salud pública, algunas condiciones harían que un individuo no sea elegible para el recurso crítico en cuestión.

Esas condiciones pueden incluir:

1. Paro cardíaco: no presenciado, recurrente o que no responde a la desfibrilación o estimulación
2. Evento o condición neurológica avanzada e irreversible (por ejemplo, hematoma subdural masivo)
3. Quemaduras graves acompañado de los siguientes 2 criterios: a. Edad > 60 años. b. 50% de la superficie total del cuerpo afectada

CONCLUSIONES

Cuando la asignación de recursos en tiempo de crisis generan dilemas bioéticos, por la limitación de los mismos (o ausencia), es el ES quién tiene que elegir prioridades, y en esta decisión, es donde hay muchas veces encontramos contraposición entre los principios bioéticos, pero indudablemente los más afectados son el de totalidad y terapéutico junto al de subsidiariedad y sociabilidad, en ese momento crítico una visión desde el principio Proporcionalidad Terapéutica puede ayudarnos a definir las prioridades.

Si utilizamos un procedimiento de clasificación, este debe ser aplicado y comunicado plenamente previo al episodio agudo, que normalmente se lleva a cabo en la sala de emergencias, pero qué, en esta ocasión de la pandemia del COVID 19, hay (si se aprovecha adecuadamente) un tiempo previo que se puede utilizar para este fin, reafirmando la importancia del concepto de la proporcionalidad de los tratamientos (visión bioética).

Es importante remarcar la dedicación del ES a cada paciente que lo necesita y a quien le ofrece todos los recursos disponibles, pero analizando claramente la proporcionalidad de los mismos (para beneficiarse clínicamente del recurso), ya que si no cumpliéramos esta premisa caeríamos en la desproporción terapéutica, situación que hoy (y siempre) no es éticamente aceptable.

Sabiendo que no es posible definir criterios a priori como la edad, la posición social u otros criterios arbitrarios: la evaluación deberá realizarse en la cama del paciente, en la singularidad de caso, un eje o propuesta de asignación es solamente una orientación que nos ayudará en esta situación especial, que nuestros ES se preparan a vivir.

Esta es la razón por la cual los Comités de Bioética (en estos momentos de pandemia, pueden esbozar líneas generales) o los Consultores de Bioética (están más cerca de las situaciones concretas) pueden contribuir al médico que debe tomar decisiones apoyándolo en cada decisión.

Sugerimos, en esta situación particular:

- La reactivación del CdB Nacional para que haga su aporte a esta situación, convocando a otros especialistas de Bioética que actualmente no lo integran (reunión ampliada), como una forma de aporte a las Sociedades Científicas que trabajan en decisiones consensuadas.
- Convocar a los CdB de las distintas instituciones para estudiar y brindar pautas generales para la Institución de quién dependen.
- Desde el Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina nos ponemos a disposición, desde esta base propuesta, para ayudar a los mismos a confeccionar estas pautas e intercambiar ideas para fortalecer la presencia de Consultores en Bioética, apoyados desde sus comités respectivos.

Siempre cuidamos a nuestros pacientes, que merecen todo nuestro respeto y compromiso. Ahora también desde la Bioética cuidamos al Equipo de Salud, brindándoles herramientas para que se tomen decisiones bioéticas adecuadas que no afecten nuestra integridad moral.

Dr. Gerardo Perazzo
Secretario a/c Docencia e Investigación
Htal "Velez Sarsfield" (CABA)
Coordinador Instituto de Bioética UCA

RECONSTRUYENDO LA ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES EN TIEMPOS DE PANDEMIA.

CUIDANDO TAMBIÉN A TODOS
NUESTROS PACIENTES

Buenos Aires, 20 de abril de 2020

Indudablemente que el sistema sanitario público o privado se preparó en estos dos últimos meses para hacer frente a una gran demanda de consultas e internaciones específicas (aislamiento, generales o de UCI) sobre COVID19.

Los sistemas "cerrados" como obras sociales sindicales, que tienen en su estructura una cantidad de afiliados cuantificados (también con la dificultad actual, de disminución de ingresos por los trastornos económicos de la cuarentena), en su gran mayoría pudieron armar una estructura que satisfaga esas necesidades (si son controladas y con una curva de crecimiento razonable), con centros de atención médica general, con turnos más acotados (y por lo tanto extendiendo los tiempos de atención y control) y en donde si tienen sanatorios propios fueron preparados para contener las necesidades (en principio proporcionadas). Se suma a esta realidad que algunas han implementado una atención de guardia diferenciada entre febriles y afebriles. La dificultad, posiblemente, la tendrán las OS reducidas en cantidad de afiliados, sin centros propios (o solo de atención, sin internación) y que dependerán del espacio y lugar que puedan encontrar con los convenios realizados previamente (esta situación obligará a repensar en general el sistema a futuro)

Otra parte del sistema como las empresas de medicina prepaga tienen una situación similar, pero con una obligación

contractual más compleja, con algunas dificultades en sostener una demanda, que es muy difícil de proveer con certeza, y que obligó a reacondicionar sus centros de atención para internaciones más prolongadas.

Los hospitales públicos de la región AMBA, están elaborando estrategias similares. La primera decisión que se tomó fue suspender las consultas de especialistas de control (continúan como en todos lados las oncológicas y las de urgencia), dejándolo solo al criterio del especialista, pero sin posibilitar el acceso a la pregunta (una barrera difícil de atravesar, que también lo tienen las personas que tienen alguna cobertura médica). Actualmente para contener las consultas estimadas, se crearon las unidades externas de atención de febriles (generalmente fuera del área hospitalaria), cuya atención será por los distintos especialistas, que habitualmente atienden las consultas generales de seguimiento o diagnóstico de todas las patologías. Estos han recibido formación específica para optimizar la atención.

Pero nos preguntamos qué está pasando con los otros enfermos, los que habitualmente llenaban los consultorios y las clínicas u hospitales de internación, donde no siempre había cama para una derivación especializada y menos todavía de UCI en los hospitales públicos, y en donde los turnos de quirófano (no de urgencia) se extienden a límites difíciles de comprender: el sistema sanitario está volcado en frenar el COVID 19.

Más allá de esta pandemia hay personas que, independientemente del aislamiento propuesto inicialmente como eje y con el sistema sanitario volcado a la atención del Covid-19, tienen (o tenemos) cardiopatías, problemas renales, tumores y otras patologías que precisan seguir bajo control. Hace años que escuchamos la necesidad de un control periódico para enfermedades crónicas y por esta situación parece que no es posible.

También, y es lógico, existe, entre los pacientes y la población en general, el miedo a contagiarse, los medios de comunicación informan permanentemente esta situación y la tensión psíquica que tienen los pacientes entre ir o no ir a una consulta resulta de alto impacto emocional.

Se debe asumir que, en esta situación planteada, muchos pacientes no sean diagnosticados correctamente, porque se han suspendido muchas pruebas y al mismo tiempo el retraso de consultas presenciales tendrá un impacto en la salud de la población en general. Seguirá habiendo IAM (en Argentina muere una persona cada 7 minutos por esta causa) o ACV (se calcula que en nuestro país hay una persona que sufre un ACV cada 4 minutos), seguirá habiendo personas con

DBT, seguirá la necesidad de diálisis de muchas otras (agregando a este grupo las dificultades de traslado y de la misma hemodiálisis por él número de personas compartiendo el vehículo y el ámbito propio) y así con todas las patologías agudas o crónicas. La disminución de las consultas se enfrenta con la epidemiología.

Las distintas áreas del sistema de atención han desplegado alternativas como las consultas por telemedicina y las recetas digitales. Claramente una consulta por videoconferencia o por un llamado telefónico nunca puede suplir una consulta presencial, pero entendemos que en esta coyuntura, los pacientes se sentirán más acompañados, por este motivo estarán agradecidos y más aliviados. Pero este mecanismo (la teleatención) es complicado de ejecutar en el sistema público de atención, el número de pacientes, el horario de atención, la dificultad de muchos de acceder a un sistema remoto, lo hacen casi inviable.

Sabemos que, el colectivo de los pacientes que puede ser más afectado es el de los crónicos. Los que tienen muchas patologías y están polimedificados precisan un control de salud rutinario, muchas veces con problemas de adherencia a las indicaciones médicas y que ahora se ven reducidos en un espacio de vivienda en el cual no saben qué hacer con la atención de su problema de salud (en el contexto actual), generando problemas reagudizados, agregados a un impacto emocional.

Las actividades diagnósticas y terapéuticas que se han dejado de hacer por la pandemia tendrán consecuencias posteriores en la evolución de las enfermedades de esas personas y también en los requerimientos que tendrán hacia el sistema de salud. Es muy difícil evaluar el impacto real, pero, debemos recordar que, detrás del mismo están las personas, nuestros pacientes.

Entonces, es necesario que también nos preparemos, por ellos, por nosotros, por el sistema de salud y por la sociedad: primero tratando de acompañar a nuestros pacientes con el mejor formato disponible, la relación Médico/Paciente se ha reconfigurado y entran a jugar elementos no pensados previamente: la distancia, el formato de comunicación, el atraso en el control, la angustia, el miedo que paraliza, el desarrollo de nuevas formas de Consentimiento Informado.

Debemos saber que luego de esta crisis, tendremos que redoblar los esfuerzos para cuidar a nuestros pacientes, de las secuelas de este tiempo "sin control".

Estamos en un momento crítico, pero toda crisis esconde oportunidades, la serenidad, la atención amorosa y la creatividad son elementos nuevos que hacen confiar en que el ser humano tiene capacidad de respuesta y crecimiento para

mejorar esta relación, que está afectada actualmente, pero que, hacia adelante mejorará el sistema de salud, haciéndolo más humanizado.

Dr. Gerardo Perazzo
Secretario a/c Docencia e Investigación
Htal "Vélez Sarsfield" (CABA)
Coordinador Instituto de Bioética UCA

LAS PRUEBAS DE LABORATORIO EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Buenos Aires, 20 de abril de 2020

Estamos asistiendo a un desmesurado incremento de casos de COVID-19. Un diagnóstico rápido y preciso de los mismos es fundamental para identificar, aislar y tratar rápidamente a aquellos pacientes infectados con SARS-CoV-2; limitar la transmisión del virus y propiciar la incorporación de los profesionales sanitarios recuperados. Para esto se necesitan pruebas de laboratorio que ofrezcan resultados veraces, oportunos y de calidad.

Existen diferentes desarrollos biotecnológicos que permiten la detección del coronavirus. Cada uno con características distintas en cuanto a su utilización, complejidad, fiabilidad, demora en arrojar resultados y valor analítico. La implementación de cada uno de ellos depende del objetivo buscado, ya que cada ensayo presenta ventajas y desventajas. Es importante considerar tanto el tipo de herramientas empleadas como los criterios para seleccionar a las personas que deben someterse estos análisis.

Independientemente de la técnica empleada, existen elementos a considerar frente a la realización de una prueba de laboratorio:

- La investigación bioanalítica debe estar orientada para beneficio del hombre, con fines diagnósticos y terapéuticos, no para obtener datos publicables.

- Se deben evitar los procedimientos y el uso de tecnología que dé lugar a daño del hombre.
- Es importante priorizar los procesos que estén automatizados para disminuir errores y aumentar la rapidez diagnóstica.
- Los pacientes deben comprender el alcance de los resultados y otorgar su consentimiento libre para la realización de los análisis.
- Se debe proteger la confidencialidad de resultados y privacidad de la persona.
- Es sustancial promover el análisis moral de acciones científicas y tecnológicas.

El escenario actual es dinámico y varía conforme al avance de la pandemia. Sin embargo, la técnica de PCR¹ se sostiene como la prueba de referencia. La interpretación de los resultados obtenidos por esta metodología, se debe hacerse con prudencia dentro del contexto clínico, en particular cuando esta arroja resultados negativos.

Todas las pruebas de laboratorio presentan limitaciones. Estos deben ser conocidos y considerados por el equipo de salud, ya que pueden generar un daño al paciente y a la comunidad. En el contexto de la pandemia, la obtención de resultados falsos negativos² puede ocurrir en las siguientes circunstancias:

- El valor del resultado reside en el valor de la muestra. Un aspecto importante a tener en cuenta es la buena obtención de la muestra nasofaríngea pues de ello depende un diagnóstico correcto. La toma del espécimen para realizar el estudio debe ser correcta en técnica y oportunidad. Un error en la misma, puede ofrecer un resultado negativo que no sea real, ya que en estadios muy precoces de la infección existe poca eliminación de virus y puede resultar indetectable. La toma de muestra durante el periodo inicial de la incubación, previo a la aparición de síntomas malgasta los recursos sanitarios.

1 PCR (reacción en cadena de la polimerasa): La prueba se basa en la detección de la presencia de ácidos nucleicos del SARS-CoV-2 en la muestra del paciente.

2 Los resultados falsos negativos indican que una persona no tiene covid-19 cuando en realidad la presenta.

- El retraso en el transporte de la muestra para estudio hacia el laboratorio de análisis, puede ofrecer una lectura por debajo de la cantidad inicial de virus.
- Un error pre-analítico en el etiquetado de la muestra, genera un impacto negativo. Como consecuencia de esto, un paciente infectado recibe un resultado negativo y como consecuencia no es tratado, y otro paciente que no cursa la infección recibe un resultado positivo que no le es propio, lo que deriva en su tratamiento innecesario. Los errores en la identificación de paciente representan un problema con alto índice de factor de riesgo para la persona y la comunidad.

Para evitar estos errores, es necesario reforzar la formación del equipo de salud en particular en la toma, transporte y procesamiento de las muestras. En caso de elevada sospecha clínica acompañada de un resultado negativo de PCR, su interpretación debe hacerse con precaución, y repitiendo el estudio de manera correcta.

LOS RECURSOS SANITARIOS

La distribución de recursos sanitarios en forma equitativa entre las personas que los necesitan constituye uno de los problemas que la bioética enfrenta en el contexto de la pandemia. Es imperioso modular la utilización de los medios disponibles de forma que su uso sea justo. La demanda de recursos y servicios asistenciales supera enormemente a la oferta de medios disponibles, por lo que para hacer un uso racional de los medios diagnósticos es fundamental considerar que todos son finitos, costosos y valiosos por lo que el equipo de salud debe utilizar tanto el criterio profesional como los valores morales para la asignación de los mismos.

a) El equipo de salud como recurso sanitario

El personal sanitario debe ser cuidado, protegido, acompañado y entrenado para conformar un recurso útil en la lucha contra este virus de máxima peligrosidad.

- Deben adoptarse medidas de bioseguridad para manejar pacientes y muestras biológicas. La manipulación de material potencialmente patógeno debe realizarse por personal entrenado y capacitado.

- La custodia y organización del transporte, de los especímenes biológicos, debe ejecutarse siguiendo las normas establecidas y respetando las condiciones de bioseguridad.
- Las pruebas a realizar en el laboratorio deben limitarse al mínimo imprescindible y las muestras deben permanecer, en todo momento, identificadas y custodiadas por el personal designado y en un lugar de acceso restringido.
- La toma de muestra debe ser realizada únicamente por personal entrenado, con todos los elementos de protección personal y extremando las medidas de bioseguridad.

b) Las pruebas de laboratorio como recurso

El estudio bioanalítico de las muestras es esencial para evaluar rápidamente el alcance y la propagación del SARS-CoV-2, En este sentido existe una dificultad en la disponibilidad de recursos, que requiere una respuesta basada en la solidaridad y la equidad, para poder asignar los mismos según la necesidad de la comunidad, siempre entendiendo que el eje central de la toma de decisión es la persona del paciente.

La solicitud de exámenes innecesarios o inoportunos, implica pérdida de tiempo, malgasto de recursos, aumento del gasto económico, molestia y angustia en el paciente y retraso en el objetivo primario, que es el diagnóstico para la toma de decisión. Para una justa distribución de recursos sanitarios, se requiere en primer lugar una hipótesis diagnóstica fundamentada, que oriente y de coherencia a la solicitud. En este escenario extraordinario, el equipo de salud debe considerar:

- Cualquier examen que no aporta información para tomar una conducta terapéutica, no debe solicitarse. La excepción solo es para dejar constancia al inicio del tratamiento y poder realizar una comparación evolutiva.
- Si el examen no tiene la sensibilidad requerida, no se justifica su realización.
- Cualquier análisis que no se espera que aporte más información a la conocida, no debe ser pedido.
- La oportunidad de repetir un examen nunca debe ser antes de lo que el curso natural de la enfermedad permite.

- La solicitud debe cumplir con todos los requerimientos administrativos para poder ser procesada en tiempos óptimos.
- El pedido de un examen lleva implícita la capacidad de poder interpretarlo correctamente.
- Conocido el resultado, debe ser comunicado al paciente en términos comprensibles. Esta información se basa en el respeto a la persona y el reconocimiento de su valor.

En el contexto que estamos atravesando, debemos encontrar la manera de trabajar con seguridad y justicia en medio de una demanda extraordinaria de recursos. Es necesario actuar con fundamentación en la compasión, la solidaridad y la responsabilidad, para encontrar una solución equilibrada al problema de utilización de recursos especiales como las pruebas de laboratorio. Esta pandemia pone a prueba las capacidades técnicas del sistema de salud y nos da la oportunidad para reflexionar y avanzar hacia una atención sanitaria más justa.

Dra. Silvia J. Birnenbaum

Investigadora y Docente del Instituto de Bioética / UCA

EL CUIDADO DE LA SALUD DE TODOS

LA DONACIÓN DE SANGRE EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Buenos Aires, 20 de abril de 2020

En momentos en donde la sociedad mundial ha polarizado la atención en el número de personas que se infectan por día en cada región, y en la cantidad de fallecidos en 24 horas que esta pandemia está escribiendo en la historia de la humanidad, corremos el riesgo de olvidar datos que también son relevantes y forman parte de las estadísticas.

Algunos medios de comunicación direccionan la información y transmiten "medias noticias" dejando sutilmente de lado datos específicos y no menores, como lo constituye la gran cantidad de personas que se recuperan y se inmunizan luego de la infección por COVID-19.

Este número de casos es la resultante de la suma de diversas medidas, como por ejemplo las directivas que implementa el Estado en su carácter que le compete en el cuidado de la salud de la población. Pero además de ello y por sobre todo, del trabajo, el esfuerzo, la dedicación y los tratamientos médicos de tantos profesionales sanitarios, junto al de muchas otras personas y voluntarios que cumplen con una vocación solidaria.

Pareciera que volvemos a centralizar la atención sobre lo emergente, que por su jerarquía es relevante y fundamental, y vamos dejando en un segundo plano todo aquello que sigue siendo urgente y necesario en lo que respecta a la salud de una población.

Además de atender e internar a personas con casos sospechosos o confirmados de COVID-19, los Centros de Salud seguimos tratando otras enfermedades que existen, como cirugías de urgencias, patologías oncológicas, leucemia, sangrados por hemorragias y anemias severas -por sólo nombrar algunas- y en donde todas ellas están relacionadas con una terapia específica: La Transfusión de Sangre y sus Componentes.

Deteniéndome en este punto, justamente por formación profesional y por ser especialista, es necesario también informar acerca de la necesidad actual de la Donación de Sangre.

En momentos de crisis sanitaria se torna imprescindible cuidarnos y cuidar al otro, cumpliendo estrictamente con ciertas conductas o hábitos esenciales, tales como el aislamiento social preventivo, la "cuarentena", el lavado de manos y el uso de barbijos.

Pero no podemos olvidar que hay pacientes que continúan hospitalizados y que necesitan una Transfusión de Glóbulos Rojos o Plaquetas para sobrevivir.

Y para ello debemos contar con la solidaridad de personas que realicen una Donar Sangre. Ya que por carácter transitivo, no se pueden hacer Transfusiones si no hay Donaciones de Sangre.

Sabemos que debemos proteger y cuidar a todos de un contagio de COVID-19, el cual se propaga de manera logarítmica y muchas veces inimaginable; pero también es necesario continuar con los tratamientos de aquellos otros enfermos que requieren asistencia y cuidado.

Los especialistas en Medicina Transfusional también nos sentimos angustiados, porque hemos detectado una disminución en el número de personas que concurren a los establecimientos para donar sangre.

Y aquí se plantea una controversia: me quedo en casa encerrado como una medida de aislamiento, o salgo a Donar Sangre.... Muchos lo piensan con sinceridad profunda, de forma responsable y con el fin de no causar daño.

Entonces nos enfrentamos a preguntas delicadas, las cuales no ofrecen una respuesta simple e inmediata, sino todo lo contrario.

Esta situación no es ajena para los que por nuestra vocación ejercemos una disciplina que integra el modo de entender y tratar a la persona en situaciones especiales de salud y enfermedad; cuando relacionamos el uso de las tecnologías

y de las ciencias, respetando la dignidad del ser humano y buscando el bien común. Esa disciplina que nos reúne frente a estos propósitos de cuidado del ser, la constituye la Bioética.

Creemos importante pensar que en momentos de desolación y de crisis, se torna imprescindible hacer un "uso racional de la razón", cumpliendo con las normas y medidas que tenemos al alcance; pero que a su vez, de modo responsable y tomando todos los recaudos suficientes, podamos dar respuesta concreta a las necesidades de otros pacientes que esperan un tratamiento específico.

Los Bancos de Sangre seguimos ofreciendo las garantías suficientes para cuidar a todas las personas que con buena voluntad se acercan a Donar Sangre.

De modo sorprendente, estamos experimentando una vez más la solidaridad de nuestro pueblo que, haciendo el esfuerzo para sortear distancias, junto a las dificultades para transitar dentro de una ciudad en donde se restringe la circulación vial, responde a las necesidades de sangre y a la convocatoria de donación.

Es gratificante ver en estos momentos a muchas personas, especialmente a los jóvenes, que se ofrecen con sentido altruista y genuino para donar sangre.

Para algunos este acto podría calificarse de "heroico" pero sólo si lo remitimos al contexto que hoy nos toca vivir.

Con una mirada distinta que incluya una perspectiva saludable, ese denominado "acto heroico" muta convirtiéndose en un gesto habitual y generoso, llegando de este modo a descubrir el verdadero sentido que encierra dar algo de sí, como lo constituye nuestro tiempo y la sangre que corre por nuestras venas. Esa sangre que se produce gratuitamente en nuestro cuerpo y que, para otras personas que padecen alguna patología prescinden de ello que pareciera ser tan sencillo y natural.

Si gozamos de buena salud, es imperioso que nos cuidemos. Pero a la vez no perdamos la oportunidad de ser solidario con quien realmente lo necesita.

Dr. Fabián Romano
Docente de Bioética UCA
Maestrando en Ética Biomédica
Médico Especialista en Medicina Transfusional
Comité de Bioética de la Clínica San Camilo

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS ACERCA DEL USO DE PLASMA CONVALECIENTE PARA TRATAR PACIENTES CON COVID-19

Buenos Aires, 20 de abril de 2020

Ante la pandemia del coronavirus, científicos de todo el mundo están realizando esfuerzos para encontrar un tratamiento contra la enfermedad. Sin embargo, frente a la real falta de tratamientos específicos y el desborde de los servicios de salud, se propone en diferentes partes del mundo, el uso de herramientas terapéuticas en investigación, así como también, se intenta encontrar nuevos usos para recursos conocidos, volviendo sobre las experiencias del pasado. En particular el foco de atención está en aquellos que mostraron en diferente medida, ser útiles con el menor riesgo.¹ En este sentido, ha sido recientemente planteado como una alternativa de tratamiento en pacientes críticamente enfermos, el potencial uso de plasma convaleciente (PC).² Esta modalidad terapéutica consiste en la administración de plasma proveniente de personas recientemente recuperadas de COVID-19, en el cual se demostró la presencia de anticuerpos específicos capaces de dar respuesta inmune contra el virus.³

1 Kai D, Bende L, Cesheng L, Huajun Z, Ting Y et al. Effectiveness of convalescent plasma therapy in severe COVID-19 patients. National Academy of Sciences. Apr 2020, 202004168. doi: 10.1073/pnas.2004168117.

2 Shen C, Wang Z, Zhao F, et al. Treatment of 5 critically ill patients with COVID-19 with convalescent plasma. *JAMA*. Published online March 27, 2020. doi:10.1001/jama.2020.4783.

3 Comité Científico para la Seguridad Transfusional (CCST). Ministerio de Salud. España. Recomendaciones para la obtención de plasma de donantes convalecientes de COVID-19. Versión 1.0 – 26 marzo de 2020.

El uso de este fluido no es novedoso. Se trata de una técnica que existe desde hace más de un siglo. Se utiliza plasma humano como materia prima para producir ciertos medicamentos derivados de la sangre, imprescindibles para atender a la población que padece determinadas enfermedades para las que no dispone de terapias alternativas.

A lo largo de la historia, se reportaron múltiples experiencias en el uso de este biocomponente, en particular en las epidemias por virus respiratorios emergentes, como la epidemia de influenza durante el año 1918, y en particular, frente a los coronavirus responsables de síndrome respiratorio agudo grave (SARS) en 2002 y síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) en 2012, avalando la utilidad de la administración de este producto para reducir la morbilidad y mortalidad en este tipo de afecciones.⁴

En el escenario actual de la pandemia, es necesaria una mayor y más profunda investigación para determinar si el PC acortará la duración, reducirá la morbilidad o evitará la muerte asociada con COVID-19, ya que, a pesar de las experiencias previas, se trata de un nuevo coronavirus que no se ha identificado previamente en humanos (SARS-CoV-2).

¿Es ética la utilización de procedimientos experimentales, en el contexto de la pandemia por el virus de SARS-CoV-2?

Cuando el sistema sanitario se enfrenta a una alta tasa de mortalidad, las presiones resultan ser irresistibles por lo que es importante recordar que puede haber efectos secundarios dañinos con procedimientos experimentales. La administración de un tratamiento médico sin probar, y sin controles, expone a una población vulnerable, susceptible de ser coaccionada ante falsas expectativas, a un riesgo desproporcionado.

El principio de precaución indica que no deberían suministrarse terapéuticas sin evidencia disponible en relación a su perfil de riesgo y eficacia en humanos. Sin embargo, siempre debe ofrecer asistencia a quien se encuentre en una urgente

4 Mair-Jenkins J, Saavedra-Campos M, Baillie JK, et al. The effectiveness of convalescent plasma and hyperimmune immunoglobulin for the treatment of severe acute respiratory infections of viral etiology: a systematic review and exploratory meta-analysis. *J Infect Dis.* 2015;211(1):80–90. doi:10.1093/infdis/jju396.

necesidad, si existe una posibilidad de salvar al paciente, aspecto asentado en la establecida *regla de rescate*.⁵

Asimismo, el *uso compasivo* de un agente por fuera de un protocolo científico con el fin de beneficiar a un paciente individual con una condición crítica, sin otras alternativas disponibles, justifica el empleo de vacunas o medicamentos en casos específicos. Es éticamente aceptable ofrecer una intervención no probada y asumir un riesgo mayor, el cual tendrá que ser explicado al paciente, quien puede otorgar o no su consentimiento según su umbral aceptable de riesgo, si se trata de una condición crítica y no existe un tratamiento específico disponible. Se puede justificar el suministro de medicamentos no probados que puedan mejorar potencialmente la condición de los infectados y, a la vez, recopilar datos científicos que contribuyan en la comprensión y control de la enfermedad.

ANTECEDENTES EN SITUACIÓN EXTREMAS DE GRAVEDAD Y ALARMA SANITARIA

En el contexto de la emergencia de salud pública, existen razones empíricas como reportes de caso y aislados estudios de seguridad para afirmar que el beneficio de la aplicación del PC de COVID en pacientes graves, podría superar los riesgos de su administración y ofrecer beneficios potenciales en comparación con el cuidado estándar,⁶ por lo que es posible asumir un riesgo mayor al mínimo, según el principio de proporcionalidad. Se considera actualmente procedimiento experimental. Ello implica la necesidad de promover la realización de ensayos clínicos al objeto de demostrar su eficacia.

La Declaración de Helsinki (2013) habilita el uso de intervenciones no probadas en la práctica clínica, desde condiciones específicas. En el artículo 37, explica: *“Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no*

5 Shah, S, Wendler, D. y Danis, M. (2015). Examining the ethics of clinical use of unproven interventions outside of clinical trials during the Ebola epidemic. *The American Journal of Bioethics*, 15(4), 11-16.

6 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and supply of substances of human origin in the EU/EEA. Stockholm 20 March 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-supply-substances-humanorigin.pdf>

comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público".⁷

El uso de PC rico en anticuerpos específicos, es una intervención que se ha probado en algunas partes del mundo en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2.⁸ Si bien se trata de un procedimiento experimental, ya que involucra el uso de medicamentos autorizados para indicaciones no aprobadas, constituye una terapia de uso no indicado, más que un tratamiento en investigación. La misma busca ofrecer un beneficio a un paciente en un escenario donde no existen otras opciones. Aunque algunos de sus efectos primarios y secundarios, seguridad, confiabilidad y complicaciones potenciales no son aún bien conocidos por la comunidad científica en este contexto, esta herramienta terapéutica no es novedosa en sí, ya que la colección de plasma se realiza de rutina dentro de los bancos de sangre.

En 2014 frente a la epidemia de Ébola, la OMS emitió un documento,⁹ estableciendo criterios éticos para instaurar intervenciones experimentales en ese contexto de escases de recursos terapéuticos, en un escenario similar al generado por la pandemia actual. Como puntos esenciales se postularon los siguientes:

1. La forma éticamente adecuada de obtener datos mientras se ofrece una asistencia óptima.
2. Los criterios éticos para priorizar el uso de vacunas y tratamientos experimentales no registrados.
3. Los criterios éticos para suministrar y distribuir las intervenciones experimentales en el contexto de escasez de recursos.

Estos postulados cobran validez frente a la realidad actual. Está justificado éticamente el uso de recursos sanitarios conocidos, que no han sido probadas

7 Asociación Médica Mundial (2013) Declaración Helsinki, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General. Fortaleza, Brasil.

8 Chen L, Xiong J, Bao L, Shi Y. Convalescent plasma as a potential therapy for COVID-19. *Lancet Infect Dis.* 2020; 20 (4): 398–400. doi: 10.1016 / S1473-3099 (20) 30141-9

9 Ethical considerations for use of unregistered interventions for Ebola viral disease. Disponible en: <<http://apps.who.int/iris/bits>>

con el objetivo buscado,¹⁰ en el grave contexto actual de pandemia, sin que esto signifique que cesen los esfuerzos por conducir investigaciones dentro de los lineamientos éticos y jurídicos nacionales e internacionales existentes.

En ausencia de otras medidas terapéuticas conocidas y efectivas, para instaurar un tratamiento conocido en un contexto diferente, se debe observar siempre que la relación riesgo-beneficio sea favorable para los pacientes, se cuente con el consentimiento libre e informado de los participantes y se tomen las medidas adecuadas para sostener la confianza pública en el equipo de salud.

Se pueden proponer modelos alternativos que generen buenos resultados respecto al conocimiento del perfil de eficacia y seguridad de las intervenciones terapéuticas. Los científicos que administren estos recursos con objetivos no comprobados tienen la obligación moral de verificar, valorar y comunicar los resultados alcanzados, con el propósito de establecer su perfil de eficacia y seguridad. Se debe además garantizar la confidencialidad, libertad y dignidad de las personas, lo que implica la participación y compromiso de autoridades competentes, científicos, bioeticistas y la comunidad en la toma de decisiones.

EL PLASMA HUMANO COMO RECURSO SANITARIO

Para instalar esta terapéutica de uso no indicado son necesarios conocimientos sólidos, manejo de la experiencia adquirida y contar con una aprobación interdisciplinaria e independiente. Al tratarse de un recurso escaso, valioso y perecedero, se debe trabajar en la confección de un protocolo integral que proteja a la vida de las personas involucradas. Para esto se diferencian tres instancias de seguridad:

1. Los pacientes convalecientes con resultados genómicos negativos para el virus SARS-CoV-2: Es necesario un protocolo clínico escrito que asegure al donante la seguridad del proceso, en el marco de la voluntariedad, con consentimiento, en cumpliendo con la norma vigente. Los potenciales donantes se deben seleccionar entre los pacientes recuperados, ya que poseen los anticuerpos que podrían tener un efecto benéfico en pacientes activamente enfermos.

10 Organización Mundial de la Salud. *Orientaciones para gestionar cuestiones éticas en los brotes de enfermedades infecciosas*. Disponible en: <<http://www.who.int/ethics/publications/infectious-disease-outbreaks/en/>>

2. El trabajo con el plasma: El proceso de extracción se denomina plasmaféresis y se lleva a cabo en un Banco de Sangre. Dicho biomaterial es sometido a rigurosos análisis bioquímicos, para determinar los criterios de seguridad y potencial terapéutico. Para ello se debe identificar y valorar la presencia de anticuerpos específicos. Los profesionales de los bancos de sangre deben ser los responsables de la calificación, recolección y el etiquetado del plasma, de la seguridad del producto y la distribución equitativa del mismo.
3. Los pacientes receptores: La instauración de esta terapéutica solo será posible con la evaluación clínica correspondiente, y con el conocimiento y la aceptación del paciente o sus representantes legales.

Para llevar adelante este protocolo se requiere plasma proveniente de personas que han sobrevivido a la infección,¹¹ y se encuentra disponible durante la pandemia. Para la recolección de este tipo de materiales biológicos se necesita prestar particular atención a la protección de la privacidad, en especial debido al estigma asociado con la enfermedad, de tal forma que puedan ser recolectados, empleados y compartidos. Para esto es necesario un enfoque participativo basado en la comunidad donde las decisiones sean justas y fundadas, con transparencia y publicidad, que mantengan y refuercen la confianza social en el sistema y en los profesionales.

EL CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO

Al tratarse de un producto terapéutico de origen humano, el proceso se debe fundamentar en el principio de respeto a la autonomía del voluntario y tener como propósito promover la libertad de decisión de las personas.

Este procedimiento involucra un doble consentimiento: el primero proveniente de los donantes, para la obtención, almacenamiento y uso de estos especímenes, y el segundo, de los receptores, en el que se deben detallar los potenciales efectos adversos generales del plasma y los relacionados con las nuevas observaciones. Se debe considerar que ambos son provenientes de poblaciones vulnerables afectadas por el mismo padecimiento.

11 Según el informe presidencial brindado en conferencia de prensa del 10 de abril de 2020, el número de pacientes recuperados documentado en Argentina, asciende a 375. Reporte gráficos COVID-19 disponible en:<<https://www.scribd.com/presentation/455903665/Graficos-Covid-19-19hs-1>>

Un grave problema bioético que surge por el posible uso de PC es la posibilidad de abuso de las personas mediante coerción. No se puede obligar ni forzar a las personas recuperadas para colaborar. Tampoco puede ignorarse que quién dona es un paciente convaleciente, y no debe recibir la presión social para realizar su aporte. Es claro que la donación debe ser gratuita y anónima siempre dentro del marco que ofrecen las normas de donación de sangre. También es importante considerar que los niños convalecientes queden excluidos de estas prácticas.

LA SOLIDARIDAD EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Una de las ventajas que la humanidad tiene sobre el virus es la solidaridad. Esta se transforma en la principal herramienta para combatirlo. No solo se materializa en el cumplimiento de las pautas de prevención y la asistencia a las poblaciones vulnerables, sino que ofrece la posibilidad de convertir a los pacientes recientemente recuperados, en sanadores, generando un camino de esperanza. De esta forma, los voluntarios pueden contribuir con la comunidad, reforzando el sistema inmunológico colectivo.

En este escenario, la solidaridad no puede limitarse a un sentimiento de cooperación social. La dación de plasma con capacidad protectora, es una práctica intrínsecamente relacionada con la justicia, ya que permite que aquellos que recibieron el cuidado de la comunidad y se recuperaron consiguiendo inmunidad, puedan otorgarla a otros en forma de bien. De esta manera se traducen los actos humanos en eslabones de una misma cadena, en la que los seres humanos nos protegemos los unos a los otros. La solidaridad se impone como el valor social por excelencia, que sostiene que la salud pública, es un asunto comunitario sin dejar de ser individual. Esta condición de apertura al otro, se traduce necesariamente en un sentido de solidaridad ya que nace, del compromiso del ser humano con el ser humano.¹²

En este contexto, la donación PC constituye una forma de renuncia a favor de los demás. La actitud del donante recuperado de COVID-19, con la entrega gratuita y desinteresada de vida, cumple el rol de rescatar el valor de la ofrenda y revalorizar al ser humano. El ejercicio libre de la responsabilidad, siempre se verifica en

12 Bermejo JC, Belda RM. Bioética y acción social. Cantabria, España: Sal Terrae. Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud; 2006.

los actos solidarios por lo que donar PC, es un acto de responsabilidad, un acto de reconocimiento de otro. Los principios de libertad y responsabilidad son los que acompañan a los de sociabilidad, socialización y subsidiaridad.

En un primer momento, la mirada bioética debe estar puesta en el donante, en segundo lugar, se debe valorar el recurso y luego considerar como prioridad el acceso al bien en igualdad de oportunidades por parte de los receptores. La situación de vulnerabilidad en que ambas personas se encuentran, debe ser acompañada por la sociedad solidariamente en ese camino.

El interés en los tratamientos con productos obtenidos de pacientes recientemente recuperados, aumenta a medida que la epidemia empeora. A nivel mundial el número de casos continúa incrementándose exponencialmente y la cantidad de camas de instituciones de salud es insuficiente. Es evidente la necesidad de ampliar el número, actualmente limitado, de instrumentos terapéuticos siempre acompañados de un espacio de reflexión que permita establecer normas en base a lo aprendido, sin perder de vista que la prioridad debe ser la protección de la vida, la dignidad, la libertad y la intimidad de las personas, no solo el fortalecimiento de las capacidades en atención sanitaria.

Dra. Silvia J. Birnenbaum
Investigadora y Docente del Instituto de Bioética / UCA

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN TIEMPO DE COVID-19

UNA MIRADA DESDE
LA BIOÉTICA PERSONALISTA
Y LA ÉTICA DE VIRTUDES

Buenos Aires, 20 de abril de 2020

La bioética personalista ontológicamente fundamentada posee en su origen una ética que permite jerarquizar sus principios y una antropología que humaniza las decisiones, y el aporte de las virtudes debería, como sugiere E. Pellegrino unir los nudos entre principios, deberes y virtudes, dando lugar a una teoría ética unificada.^{1,2} Probablemente, esta teoría ética unificada necesariamente debería incluir a la ética de las virtudes sobre todo en el ámbito de la medicina, dentro de la cual prevalecen los conceptos de arété o excelencia, phronesis o prudencia o recto actuar y eudaimonia que en el caso de la salud sería la plenitud física y espiritual.

Nuestra reflexión y si fuera posible, nuestro aporte, se dirige a comprender que el consentimiento informado (CI) es el resultado de un proceso continuo que tiene su raíz en la relación médico-paciente. Proponemos como parte del cambio dotar al médico con valores que sean virtudes al momento de concretarlos en actos: honestidad, fidelidad, veracidad y respeto. De acuerdo con éstos, evaluar la capacidad de comprensión del paciente para administrar la información de manera que pueda ser razonada y acompañar en la decisión, guiando sin

1 Sgreccia E. La bioética y sus principios. En Manual de Bioética I Fundamentos y ética médica; cap 5. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid. 2012: 218-227

2 Pellegrino ED, Thomasma DC. Integrity. In: The virtues in Medical Practice. Oxford University Press. New York. 1993: 61

coaccionar. Pensamos que con estas condiciones el paciente puede "dar" su consentimiento que no es lo mismo que "obtener" su consentimiento.³

Probablemente en el contexto de la pandemia actual, el temor y la prisa por confirmar o descartar un diagnóstico positivo para coronavirus y luego decidir por internar al paciente o no, derivarlo a un área de cuidados intensivos o a cuidados paliativos, imponga en el médico y el paciente una tensión que no favorezca la confección del CI siguiendo las premisas antes comentadas.

Sin duda las escalas de decisión basadas en triaje y valoración de gravedad hacen su aporte, pero poseen el riesgo de ser reduccionistas al convertir personas en números. Por otra parte, el hincapié que se hace sobre la real escasez de recursos puede predisponer a una tendencia selectiva poco vinculada con lo humano y peor aún, crear una mentalidad orientada a descartar más que a incluir. También se debe tener en cuenta que la indumentaria utilizada para evitar contagios tiene un fin bueno en sí misma, sin embargo, es una barrera física que predispone al anonimato por un lado y por otro impide, si se quisiera, interactuar desde la mirada o la expresión facial.

Tal vez, previo a la selección, que va a ocurrir de todas maneras, sería el momento oportuno para establecer el contacto con el paciente y su familia. Hacerlo desde una perspectiva personalista otorga la posibilidad de aplicar los principios de esta corriente bioética y al hacerlo poner en acto las virtudes que el médico debe poseer.

I. Defensa de la vida física

Toda persona posee como rasgos ontológicos dignidad, vulnerabilidad, integridad y autonomía. Esta estructura esencial es rota por la enfermedad y resulta en una amenaza para la vida que debe ser defendida siempre.

Las virtudes requeridas para sostener este principio son: **Benevolencia, honestidad y humildad.**

Etapa a aplicar: durante todo el proceso

3 Nnabugwu IK et al. Informed consent for clinical treatment in low income setting: evaluating the relationship between satisfying consent and extent of recall of consent information. BMC Medical Ethics. 2017; 18-69

II. Libertad/Responsabilidad

A diferencia del principio de autonomía del principialismo anglosajón donde cada parte parece defenderse de la otra, el principio de libertad/responsabilidad muestra la sinergia que ambos atributos alcanzan en el médico y el paciente. De esta manera, el paciente será responsable de hacer todo lo que esté a su alcance en salvaguarda de su vida y su salud y, por su parte, el médico actuará libre y responsablemente defendiendo la vida, ya que sin vida no hay libertad posible.

Virtudes: **Respeto**: Como disposición a reverenciar la capacidad de elección del otro, ya que este principio es recíproco. **Fidelidad a la verdad**: Transmisión de la verdad de manera amena y accesible.

Etapa a aplicar: Triage, información, selección

III. Totalidad/Terapéutico

Facilita las decisiones de tratamiento y ayuda a aplicar los criterios de selección siempre respetando la dignidad del paciente y su familia. En conjunto con el paciente y su familia para la toma de decisiones se puede recurrir a los criterios de Proporcionalidad/Ordinariedad.

Virtudes: **Humildad** y **Coraje**

Etapa a aplicar: Selección UTI-Cuidados Paliativos

IV. Socialidad/Subsidiariedad

El hombre es un ser sociable por naturaleza y este principio hace hincapié en la promoción de la vida y la salud como un bien social. En las circunstancias actuales de escasez de recursos sanitarios y en razón de su distribución se deberán aplicar criterios de justicia. Cuando nos referimos a justicia, lo hacemos desde los actos de justicia distributiva relacionada con el equitativo acceso a la atención de la salud y a la tecnología a aplicar para su cuidado y desde la beneficencia emanada del acto justo cuando éste implica cuidar el bien supremo que es la vida del paciente. Aquí deberíamos pensar en la vocación médica y su relación con el servicio al otro que implica dejar el yo egoísta por el tú de la compasión frente al

dolor y las carencias. Ambas transmutan a la virtud de la justicia en caridad y la hacen obligación moral.⁴

Virtudes: **Justicia como principio** y **Justicia como virtud. Coraje**

Etapa a aplicar: Asignación de recursos

CONCLUSIÓN

Las virtudes mencionadas previamente son el resultado de hábitos repetidos en el accionar del médico. Nos referimos a virtudes como carácter antropológico fuera de toda consideración religiosa, que serán apreciadas como rasgos de carácter si son puestas en acto al momento de decidir una conducta. De esta manera, el médico virtuoso lo es, si es eficiente en su ciencia y actúa según la recta razón⁵, y el deseo de los pacientes de ser atendidos por él tiene su origen en la vulnerabilidad y fragilidad impuesta por la enfermedad.

Vulnerabilidad y fragilidad que se ven potenciadas en la situación actual de pandemia que provoca, en médicos y pacientes, un alto grado de estrés psicofísico. La alta contagiosidad del virus, su morbilidad y mortalidad, sumadas a limitaciones en el ámbito prestacional, imponen decisiones difíciles a la hora de proponer conductas y de asignar recursos.

Frente a los dilemas éticos que plantean tales decisiones, observamos con cierta tristeza la intención de imponer, desde el Ministerio de Salud Pública, un solo enfoque para la solución de estos. Recientemente ha citado a un comité de expertos en bioética con la finalidad al elaborar "...un documento con criterio ético y desde la perspectiva de los derechos humanos, en el que la bioética acompañe las decisiones basadas en evidencia científica durante la pandemia de COVID-19".⁶ Si bien es importante, como lo hace el documento, reconocer el derecho humano de acceso a la salud y valores como la justicia, equidad, solidaridad y confianza, la mirada desde los derechos humanos no debería ser la única perspectiva bioética a tener en cuenta. Esta especie de ética pública deja de lado otras miradas como

4 Pellegrino ED. Thomasma DC. (1993) Op, cit; pág. 95

5 MacIntyre A. Las virtudes según Aristóteles. En: Tras la Virtud, Biblioteca de Bolsillo primera edición. Capellades (Barcelona). 2001: 189

6 Salud convocó a especialistas en bioética para conformar un comité durante la pandemia. 17 de abril de 2020; www.argentina.gob.ar/noticias/salud

la personalista ontológica que hace de la persona y su dignidad el centro de su accionar, proponiendo como guías de acción principios ordenados y jerarquizados a aplicar en las circunstancias que se presenten. El personalismo ontológico está orientado a un Bien que trasciende y que perfecciona tanto a quien lo administra (acto médico) como a quien lo recibe (paciente y comunidad), si a esto se le suma la ética de virtudes resulta que al momento de decidir se lo hará en función de la persona y no como una confrontación de derechos. El médico virtuoso que lucha por un ejercicio moral de la profesión tendrá mayor sensibilidad interna a sus intenciones y encontrará más fácilmente la línea que divide el acto lícito del ilícito, aún de manera mejor que quienes están guiados por una moral de deberes o principios.⁷

Dr. Julio Marini
Docente Bioética UCA
Magister en Ética Biomédica
Doctor en Medicina

7 Pellegrino ED. Thomasma DC. (1993) Op, cit; pág. 173

LA PROTECCIÓN DEL NIÑO POR NACER DURANTE LA PANDEMIA

Buenos Aires, 20 de abril de 2020

La enfermedad conocida como COVID-19, causada por el coronavirus SARS-CoV-2, se presentó como una nueva enfermedad respiratoria severa en Wuhan, Provincia de Hubei, China, en diciembre de 2019. Desde entonces, COVID-19 se ha propagado en forma exponencial a nivel mundial, lo que ha provocado que la Organización Mundial de la Salud la declare pandemia el 11 de marzo.¹ Inicialmente se reconoció como un severo cuadro respiratorio, para entenderse más tardíamente como un cuadro mucho más complejo, de alta contagiosidad, y manifestaciones clínicas múltiples, que en los casos severos provoca neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio agudo, shock séptico y fallo multi-orgánico.² Hasta el 15 de abril, se habían notificado más de 1900.000 casos y 123.000 muertes en todo el mundo.³

Todavía hay un escaso entendimiento de todas las manifestaciones clínicas que produce esta enfermedad, no solo por el poco tiempo desde su aparición, sino porque todavía no es clara su patogenia. Las

1 World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (covid-19). <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>

2 Borges do Nascimento IJ, y cols. Novel Coronavirus Infection (COVID-19) in Humans: A Scoping Review and Meta-Analysis. *J Clin Med* 2020; 9 (4): 941

3 World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (covid-19). Situation report 85.

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200415-sitrep86-covid-19.pdf?sfvrsn=c615ea20_2

manifestaciones más características son la enfermedad respiratoria aguda grave con fiebre, y síntomas como tos y dificultad para respirar.⁴ Dada la escasez de reactivos diagnósticos, se elige estudiar principalmente a los pacientes con manifestaciones clínicas típicas, pero esta estrategia dificulta reconocer a los pacientes con manifestaciones atípicas, ya sea poco sintomáticos o asintomáticos. Los estudios de modelaje estiman que alrededor del 86% de los casos tienen síntomas atípicos o son asintomáticos, y por ello la gran mayoría de los portadores no son identificados.⁵ Es claro que el paciente sufre una viremia, ya que las manifestaciones clínicas no se centran sólo en el aparato respiratorio, sino que afecta a otros sistemas. De hecho, se han descrito manifestaciones en el aparato digestivo,⁶ vías olfatorias,⁷ sistema nervioso,⁸ aparato cardiovascular,⁹ sistema inmune¹⁰ o en la piel.¹¹

MUJERES EMBARAZADAS Y SUS NIÑOS EN GESTACIÓN

Como en otros brotes de infecciones virales las mujeres embarazadas y sus niños en gestación representan una población de alto riesgo. Durante la gestación existen cambios en el sistema inmune de la madre para proteger al feto,¹² que de-

4 Vetter P, y cols. Clinical features of covid-19

BMJ 2020;369:m1470 doi: 10.1136/bmj.m1470 (Published 17 April 2020)

5 Li R, Pei S, y cols. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2). Science 2020;eabb3221.10.1126/science.abb3221 32179701

6 Li YC, Bai WZ, Hashikawa T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients. J Med Virol 2020. 10.1002/jmv.25824 32104915

7 Giacomelli A, y cols. Self-reported olfactory and taste disorders in SARS-CoV-2 patients: a cross-sectional study. Clin Infect Dis 2020;ciaa330. 10.1093/cid/ciaa330 32215618

8 Poyiadji N, y cols. Covid-19-associated acute hemorrhagic necrotizing encephalopathy: CT and MRI features. Radiology 2020; 201187. 10.1148/radiol.2020201187 32228363

9 Bonow RO, y cols. Association of coronavirus disease 2019 (covid-19) with myocardial injury and mortality. JAMA Cardiol 2020. 10.1001/jamacardio.2020.1105 32219362

10 di Mauro G, y cols. SARS-Cov-2 infection: Response of human immune system and possible implications for the rapid test and treatment. Int Immunopharmacol. 2020 Apr 16;84:106519. doi: 10.1016/j.intimp.2020.106519

11 Recalcati S Cutaneous manifestations in COVID-19: a first perspective. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020 Mar 26. doi: 10.1111/jdv.16387. [Epub ahead of print]

12 el sesgo del embarazo hacia el dominio del sistema T-helper 2 (Th2) que protege al feto, deja a la madre vulnerable a las infecciones virales, que están más efectivamente contenidas por el sistema Th1

jan a la mujer en situación de mayor vulnerabilidad para infecciones virales.^{13,14} El riesgo de estas infecciones se ha documentado claramente en el brote provocado por el virus del Zika (ZIKV, arbovirus de la familia Flavivirus) en el año 2005 en Brasil. La infección materna se asocia con una alta incidencia de microcefalia y otras anomalías del sistema nervioso central en los recién nacidos, expuestos a esta infección durante la gestación.¹⁵ Dado el masivo impacto que provoca esta infección en zonas de riesgo, y especialmente las consecuencias a largo plazo, en febrero de 2016 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declara como una emergencia de salud pública de preocupación internacional, colocándola en la misma lista de prioridades que el brote del virus del Ébola.¹⁶ Asimismo, en el año 2017, la infección por el virus influenza A H1N1 en el embarazo se asocia con resultados adversos maternos y perinatales, con una tasa de hospitalización y mortalidad hasta 10 veces mayor en comparación con otras mujeres del mismo grupo de edad.¹⁷

Por el momento, no hay información validada disponible sobre el impacto de la infección por el virus SARS-CoV-2 en las mujeres embarazadas y sus hijos. Pero dados los antecedentes de las epidemias previas (SARS, MERS, ZIKA), así como la mayor sensibilidad emocional y los cambios fisiológicos durante el embarazo, la epidemia de coronavirus ha creado estrés y ansiedad para las mujeres embarazadas en diferentes partes del mundo. Ello puede incrementar efectos secundarios como preeclampsia, depresión, aumento de náuseas y vómitos durante el embarazo, parto pretérmino, bajo peso al nacer y bajo puntaje en el score de APGAR.¹⁸

13 Dashraath P, y cols. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic and Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Mar 23. pii: S0002-9378(20)30343-4. doi: 10.1016/j.ajog.2020.03.021.

14 Schwartz DA, Graham AL. Potential Maternal and Infant Outcomes from Coronavirus 2019-nCoV (SARS-CoV-2) Infecting Pregnant Women: Lessons from SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. *Viruses.* 2020;12(2):194.

15 Hajra A, y cols. Zika Virus: A Global Threat to Humanity: A Comprehensive Review and Current Developments. *N Am J Med Sci.* 2016;8(3):123-128. doi:10.4103/1947-2714.179112

16 Boeuf P, y cols. The global threat of Zika virus to pregnancy: epidemiology, clinical perspectives, mechanisms, and impact. *BMC Med.* 2016; 14:112.

17 Al-Husban N, y cols. H1N1 Infection in Pregnancy; A Retrospective Study of Feto-Maternal Outcome and Impact of the Timing of Antiviral Therapy. *Mediterr J Hematol Infect Dis.* 2019;11(1):e2019020. Published 2019 Mar 1. doi:10.4084/MJHID.2019.020

18 Rashidi Fakari F, Simba M. Coronavirus Pandemic and Worries during Pregnancy. *Archives of Academic Emergency Medicine.* 2020; 8(1): e21

Debido a estos antecedentes en manera preventiva se genera una alerta a nivel mundial del riesgo especial de las mujeres embarazadas. Así, inicialmente China forma un Grupo de Trabajo para la Prevención y Control de la Infección Neonatal 2019-nCoV con recomendaciones para la prevención y control de la infección 2019-nCoV en neonatos.¹⁹ Posteriormente, otros grupos científico publican recomendaciones internacionales^{20, 21,22} y nacionales²³ para el cuidado de la mujer embarazada y su hijo. Estos protocolos se encuentran en constante evaluación y actualización, por ello, es necesario reunir evidencia para entender el comportamiento de esta nueva infección durante la gestación.²⁴

MEDIDAS PREVENTIVAS

Las medidas preventivas deben encontrar un equilibrio entre la disminución del riesgo de infección, el bienestar de la paciente y su familia, y la protección de los profesionales del sistema de salud y su equipamiento. Entre ellas, al igual que para otros pacientes, se enfatizan las medidas de distanciamiento social, las consultas a distancia, y la concurrencia solamente de la paciente a las consultas y estudios de laboratorio o ecográficos, sin familiares acompañantes. La Sociedad de Medicina Materno Fetal publica sugerencias para la práctica de ecografía y control de la gestación durante la pandemia, en la que informa los recaudos que deben tomar los operadores para evitar el riesgo de infección, para el cuidado

19 Working Group for the Prevention and Control of Neonatal 2019-nCoV Infection in the Perinatal Period of the Editorial. Perinatal and neonatal management plan for prevention and control of 2019 novel coronavirus infection (1st Edition)[J]. CJCP, 2020, 22(2): 87-90.

20 Royal Australia and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG), Statements and – COVID-19, RANZCOG, Melbourne, Australia, 2020 Available from: <https://ranzcof.org.au/statements-guidelines/covid-19-statement> (Accessed 19 March 2020)

21 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), COVID 19 Pregnancy Guidance, RCOG, United Kingdom, 2020 Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-03-21-covid19-pregnancy-guidance-2118.pdf> (Accessed 23 March 2020).

22 Protocolos Medicina Maternofetal Servei de Medicina Maternofetal – ICGON – Hospital Clínic Barcelona Protocolo: Coronavirus (COVID-19) y gestación (V5 - 5/4/2020) <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/covid19-embarazo.html>

23 Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Protocolo de manejo de mujeres embarazadas y recién nacidos en el contexto de la pandemia COVID19 V.1 24 marzo 2020

https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/protocolo_manejo_de_embarazadas_y_recien_nacidos_.pdf

24 G. Saccone, Carbone F, Zullo F. The novel coronavirus (2019-nCoV) in pregnancy: What we need to know, Eur J Obstet Gynecol (2020), <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.006>

del equipamiento, buscando un balance para cuidar a la mujer embarazada y obtener la mayor información posible sobre la salud del feto.²⁵ Del mismo modo se hacen recomendaciones específicas para el cuidado de los prestadores de salud, la paciente durante la gestación, en el momento del parto y durante la etapa perinatal.²⁶

Por ello, es muy importante que se establezca una clara comunicación con las pacientes y su familia acerca de los servicios que brindan los centros de cuidados prenatales y la maternidad, en forma actualizada. Dos situaciones deben ser aclaradas para evitar confusiones y agregar nuevas situaciones de angustia. Por un lado, las mujeres embarazadas con sospecha o confirmación de COVID-19 deben recibir información sobre la atención que recibirán durante el embarazo y el parto para abordar cualquier incertidumbre que pueda evitar que busquen asistencia. Por otro lado para aquellas pacientes y sus familias sin sospecha de infección, se deben explicar las necesidades de cuidado propio y de todo el personal de salud, respecto del uso de equipos de protección personal (EPP). Si las pacientes y sus familias reciben toda información en forma anticipada y llegan preparadas adecuadamente para su asistencia, disminuirá la angustia y ansiedad que generan las medidas de protección, y se podrá prevenir el estrés y el agotamiento del personal de salud, de manera que puedan continuar atendiendo a las mujeres y los recién nacidos en circunstancias que pueden afectar la eficiencia del sistema de salud por la alta demanda.²⁷

RIESGO PARA EL NIÑO EN GESTACIÓN

Por el momento no se han reportado mayores riesgos de complicaciones específicas para la salud de la madre durante la gestación o el parto,²⁸ y tampoco

25 Abuhamad A, Stone J. The Society for Maternal-Fetal Medicine COVID-19 Ultrasound Practice Suggestions [https://s3.amazonaws.com/cdn.smfm.org/media/2272/Ultrasound_Covid19_Suggestions_\(final\)_03-24-20_\(2\)_PDF.pdf](https://s3.amazonaws.com/cdn.smfm.org/media/2272/Ultrasound_Covid19_Suggestions_(final)_03-24-20_(2)_PDF.pdf)

26 Boelig RC, Saccone G, Bellussi F, Berghella V, MFM Guidance for COVID-19, American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100106>.

27 Wilson AN, y cols Caring for the carers: Ensuring the provision of quality maternity care during a global pandemic, Women Birth, 2020, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.011>

28 .Li Y, y cols.Lack of Vertical Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, China. Emerg Infect Dis. 2020 Jun 17;26(6). doi: 10.3201/eid2606.200287.

incremento de la mortalidad materna o fetal,²⁹ en comparación con las infecciones por SARS y MERS. Estas infecciones tienen una tasa de mortalidad en la mujer embarazada del 18% y 25% respectivamente.³⁰ A su vez, a diferencia de la infección por el virus del Zika, que atraviesa la membrana feto placentaria, no se ha evidenciado transmisión vertical para el coronavirus SARS-CoV-2.³¹

La evidencia no es completa aún ya que, debido al comienzo de la pandemia en diciembre de 2019, a la fecha no han nacido niños expuestos a la infección durante el primer trimestre de gestación. Se han reportado muy pocos niños con síntomas³² o valores positivos de Inmunoglobulina M de origen prenatal, todos ellos con buena evolución.³³

En los centros de salud materno fetal surge otro cuestionamiento: si los procedimientos invasivos, como los estudios prenatales en células de vellosidades coriarias o punción aspiración de líquido amniótico, o cirugías prenatales son recomendables en este escenario.³⁴ Estos procedimientos habitualmente no se indican si la madre es portadora de otras infecciones virales como HIV o citomegalovirus, ya que es posible infectar al niño al traspasar la membrana feto-placentaria durante el procedimiento. Ello provocaría la llegada del virus al niño en gestación a causa de procedimiento, sin conocerse aún las consecuencias para su salud. Por ello, la recomendación es evitar aquellos procedimientos transplacentarios si la madre es sospechosa o portadora del virus, con o sin manifestaciones clínicas de infección. En estos casos, es importante realizar un análisis en el que los beneficios para el feto superen los riesgos a una infección con que puede dejar secuelas en el niño.

Sin bien, por el momento no hay evidencia de que el niño en gestación se encuentra en mayor riesgo de salud si la madre es portadora del virus, es importante

29 G. Saccone, Carboneb FI, Lulloal F. The novel coronavirus (2019-nCoV) in pregnancy: What we need to know, *Eur J Obstet Gynecol* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.006>

30 Dashraath P, y cols. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic and Pregnancy.

Am J Obstet Gynecol. 2020 Mar 23. pii: S0002-9378(20)30343-4. doi: 10.1016/j.ajog.2020.03.021

31 Li Y, Zhao R, Zheng S, et al. Lack of Vertical Transmission 626 of Severe Acute627 Respiratory Syndrome Coronavirus 2, China. *Emerg Infect Dis* 2020;26(6).

32 Zeng L, y cols. Neonatal Early-Onset Infection With SARS-CoV-2 in 33 Neonates Born to Mothers With COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Pediatr.* 2020.

33 Dong L, y cols. Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 From an Infected Mother to Her Newborn. *JAMA.* 2020.

34 Deprest J, y cols. Feto-placental surgeries during the covid-19 pandemic: starting the discussion. *Prenat Diagn.* 2020 Apr 11. doi: 10.1002/pd.5702.

evaluar la necesidad de continuar realizando los estudios de controles de rutina, que puedan exponer a la madre o al equipo de medicina fetal al riesgo de contagio comunitario. Se debe encontrar un balance entre los riesgos y beneficios tanto para la madre como para el niño, sin descuidar la protección del equipo de salud.

CONCLUSIÓN

Siendo la gestación una etapa que habitualmente se caracteriza por alegría y esperanza, la falta de exceso o no confiabilidad de la información pueda generar situaciones de angustia o ansiedad que afecten de manera negativa el trascurso del embarazo. Es importante mantener el contacto y la contención con las mujeres gestantes durante la pandemia porque requieren más información sobre medidas de prevención y protección. Por ello, es recomendable que los médicos estén preparados para esta demanda mediante el acceso a las consultas de manera virtual, así proporcionar educación, y servicios de salud adaptados y accesibles para la seguridad de la madre y el niño por nacer.³⁵

Dado que por el momento hay datos insuficientes sobre las consecuencias de COVID-19 durante el embarazo, sería recomendable considerar un estudio sistematizado de cualquier paciente sospecha de infección durante el embarazo y realizar un seguimiento prolongado para las madres y sus hijos en gestación, a fin de obtener datos confiables que nos permitan asesorar en forma segura a las familias.³⁶

El apoyo emocional, psicológico y espiritual debe estar disponible tanto para las familias como para los profesionales del sistema de salud. Son estos profesionales el recurso más valioso que se encuentra enfrentando una situación sin precedentes con la responsabilidad de ofrecer a sus pacientes una atención de calidad, actualizarse en forma permanente con las rápidas publicaciones científicas,

35 Du L y cols. Investigation on demands for antenatal care services among 2002 pregnant women during the epidemic of COVID-19 in Shanghai. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2020 Mar 25;55(3):160-165. doi: 10.3760/cma.j.cn112141-20200218-00112.

36 Favre G, y cols. 2019-nCoV epidemic: what about pregnancies? *The Lancet* 2020; 395(10224): PE40, doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30311-1

ya su vez recolectar datos que faciliten la investigación, mientras hacen frente a demandas exigentes que requiere la pandemia COVID-19.³⁷

Dra. Graciela Moya
Investigadora y Docente del Instituto de Bioética/ UCA
Directora Médica de GENOS S.A.

37 Wilson AN, y cols Caring for the carers: Ensuring the provision of quality maternity care during a global pandemic, *Women Birth* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.011>

EL QUE PARTE Y REPARTE...

Buenos Aires, 2 de marzo de 2021

Los chinos expresan el concepto de crisis como "oportunidad", ya que la persona debe optar entre lo bueno y lo malo, de modo que se encuentra ante la oportunidad de mejorar su situación. Para ello solo debe optar del modo correcto, es decir siguiendo la verdad y el bien.

Este es, precisamente el ámbito de la bioética: tomar decisiones objetivas, científicamente ciertas y éticamente correctas -inspiradas por el tradicional principio de "hacer el bien y evitar el mal" que trasciende toda cultura, tiempo o religión. Así las cosas, la pandemia COVID19, se presenta como una crisis (oportunidad para los chinos) que nos exige opciones correctas frente a una población expuesta a este flagelo.

Las crisis dejan ver, por su misma naturaleza, los grandes aciertos...y las grandes fallas de quienes tienen en sus manos la responsabilidad de decidir. El efecto se agiganta en este caso, porque la consecuencia no se deja sentir solo sobre la persona en cuestión, sino en la salud pública de una ciudad, provincia, Estado Nacional o región.

Fueron desfilando delante de todos los yerros y aciertos de diversos problemas que el Covid 19 nos trajo: la asignación de la última cama, el burnout del personal sanitario, la inversión en Salud pública de cada país, la xenofobia sanitaria, la utilidad de las cuarentenas prolongadas y los pasaportes sanitarios. La falsedad de los datos epidemiológicos para ocultar

problemas políticos. El cuestionamiento de la ética de los procesos de investigación de la vacuna, el origen de las células con las cuales se hace la investigación y la técnica en la cual basa sus principios, los métodos alternativos como el dióxido de cloro y tantos otros recursos... en fin, la lista parece interminable.

A todo esto, se sumó en los últimos días, el tema de la ética en la asignación de las vacunas: ¿A quién vacunar? ¿Con qué urgencia y prelación? ¿Quiénes se consideran "personal estratégico" para darles las primeras dosis disponibles? La necesidad de transparentar el proceso de vacunación, etc.

La realidad nos muestra que, si bien la mayoría de la población respondió de modo altruista, (tantos en los cuidados para evitar contagios, como en la conciencia de dar prioridad a los grupos de riesgo); algunos pocos han dejado al descubierto su lado más miserable y egoísta. En varios países, políticos de tercer o cuarto nivel -burócratas totalmente prescindibles para el funcionamiento de una nación- militares y hasta eclesiásticos, han transgredido el necesariamente estricto orden de prioridades, para protegerse ellos mismos. Se trata de otro tipo de virus oportunista, el virus del egoísmo desmedido y la falta de empatía con sus iguales, que deshumaniza a quién lleva adelante este tipo de acciones.

Como ustedes comprenderán, NINGUNA ESCUELA BIOÉTICA PUEDE APROBAR ESTE TIPO DE ACTOS CORRUPTOS. Por el lado del Principialismo, se transgrede el principio de justicia que se entiende como dar a cada uno lo que le corresponde. Nunca puede ser justo, vacunar a alguien de bajísimo riesgo de contagio desprotegiendo así a personal de salud que está en la primera línea de contagio o a ancianos con enfermedades concurrentes, donde la enfermedad se vuelve en muchos casos, mortal.

En caso del análisis desde la bioética Personalista, el juicio negativo de este tipo de acciones es más notorio aún, porque presenta un principio exclusivo que llama principio de sociabilidad y subsidiaridad, por el cual se rescata la relación de mutuo cuidado entre el individuo y la sociedad. La segunda parte del principio, la subsidiaridad, establece responsabilidades y obligaciones en cada uno de los niveles en los que se organiza la Salud Pública y es en este punto donde se evidencia con mayor crudeza la responsabilidad de los agentes de salud, -desde ministros a enfermeros- de distribuir equitativamente los recursos, del modo más eficiente, despojando de toda cuestión social, económica, política y por supuesto de toda corruptela y amiguismo.

La bioética, sea la escuela que sea, no puede sino señalar la mala opción que supone un vacunatorio para unos pocos, en tiempo de pandemia y escasez de vacunas. Este es el tipo de acciones que la sociedad condena. En el documento específico para estos tiempos de pandemia del Papa Francisco, se nos recuerda "El 'querer el bien' del Samaritano, que se hace prójimo del hombre herido no con palabras ni con la lengua, sino con los hechos y en la verdad, toma la forma de cuidado, con el ejemplo de Cristo que pasó haciendo el bien y sanando a todos" Samaritanus Bonus, conclusión. 14-julio-2020.

Esta pandemia muestra la profunda inter relación de los seres humanos, de allí que todos somos necesarios y cada uno de nosotros cuenta para la solución. La correcta coordinación de esas pequeñas acciones en favor de la amistad social, son imprescindibles y le corresponde al Estado llevarlas adelante con transparencia y justicia.

Prof. Lic. Rubén Revello

Director del Instituto de Bioética
Facultad de Ciencias Médicas/UCA

DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LOS PARTICIPANTES EN EL ENCUENTRO DE LAS COMUNIDADES “LAUDATO SI”

Roma, 12 de septiembre de 2020

*Queridos hermanos y hermanas,
¡buenos días!*

Os doy la bienvenida, y al saludaros deseo unirme a todos los miembros de las Comunidades Laudato si' de Italia y del mundo. Doy las gracias al señor Carlo Pertini, en mi lengua paterna, no en la materna; “Carlin”. Habéis puesto como centro propulsor de todas vuestras iniciativas a la ecología integral propuesta por la Encíclica *Laudato si'*. Integral, porque todos somos criaturas y todo en la creación está relacionado, todo está conectado. Todavía más, me atrevería a decir: todo es armonioso. Incluso la pandemia lo ha demostrado: la salud del hombre no puede prescindir de la del entorno en el que vive. También es evidente que los cambios climáticos no sólo alteran el equilibrio de la naturaleza, sino que causan pobreza y hambre, golpean a los más vulnerables y a veces los obligan a abandonar sus tierras. El desprecio de la creación y las injusticias sociales se influyen mutuamente: se puede decir que no hay ecología sin equidad y no hay equidad sin ecología.

Estáis motivados para ocuparos de los últimos y de la creación, juntos, y queréis hacerlo siguiendo el ejemplo de San Francisco de Asís, con mansedumbre y laboriosidad. Os doy las gracias por ello, y renuevo mi llamamiento a comprometerse para salvaguardar nuestra casa común. Es una tarea que concierne a todos, especialmente a los responsables de las na-

ciones y de las actividades productivas. Hace falta una voluntad real de enfrentar desde la raíz las causas de los trastornos climáticos en curso. No bastan los compromisos genéricos, palabras, palabras... y no se puede apuntar sólo al consenso inmediato de los propios votantes o financiadores. Hay que mirar muy lejos, de lo contrario la historia no perdonará. Hay que trabajar hoy para el mañana de todos. Los jóvenes y los pobres nos pedirán cuentas. Es nuestro reto. Tomo una frase del teólogo mártir Dietrich Bonhoeffer: nuestro reto, hoy, no es "cómo nos las arreglamos", cómo salimos nosotros de esto; nuestro verdadero reto es "cómo podrá ser la vida de la próxima generación": ¡es lo que tenemos que pensar!

Queridos amigos, ahora me gustaría compartir con vosotros dos palabras clave de la ecología integral: *contemplación* y *compasión*.

Contemplación. Hoy en día, la naturaleza que nos rodea ya no es admirada, contemplada, sino "devorada". Nos hemos vuelto voraces, dependientes de los beneficios y de los resultados inmediatos y a cualquier precio. La mirada sobre la realidad es cada vez más rápida, distraída, y superficial, mientras que en poco tiempo se queman las noticias y los bosques. Enfermos de consumo: esta es nuestra enfermedad, enfermos de consumo. Nos afanamos por la última "app", pero ya no sabemos los nombres de nuestros vecinos, y mucho menos sabemos distinguir un árbol de otro. Y lo que es más grave, con este modo de vida se pierden las raíces, se pierde la gratitud por lo que hay y por quienes nos lo han dado. Para no olvidar hay que volver a la contemplación; para no distraerse con mil cosas inútiles hay que encontrar el silencio; para que el corazón no enferme hay que detenerse. No es fácil. Es necesario, por ejemplo, liberarse de la prisión del móvil, para mirar a los ojos a los que están a nuestro lado y a la creación que se nos ha dado.

Contemplar es regalarse tiempo para estar en silencio, para rezar, para que regresen al alma la armonía, el equilibrio sano entre la cabeza, el corazón y las manos, entre el pensamiento, el sentimiento y la acción. La contemplación es el antídoto para las decisiones precipitadas, superficiales y sin pies ni cabeza. El que contempla aprende a sentir el terreno que lo sostiene, comprende que no está solo y sin sentido en el mundo. Descubre la ternura de la mirada de Dios y entiende que es precioso. Cada uno es importante a los ojos de Dios, cada uno puede transformar un pedazo del mundo contaminado por la voracidad humana en la realidad buena querida por el Creador. El que sabe contemplar, en efecto, no se queda de brazos cruzados, sino que actúa de forma concreta. La contemplación te lleva a la acción, a hacer.

He aquí la segunda palabra: *compasión*. Es el fruto de la contemplación. ¿Cómo se entiende si alguien es contemplativo, si ha asimilado la mirada de Dios? Si tiene compasión por los demás. Compasión no es decir: "pero, me da pena esto"; compasión es "padecer con"; se tiene compasión por los demás si se va más allá de excusas y teorías, para ver en los demás hermanos y hermanas a los que hay que custodiar: es lo que ha dicho al final Carlo Pertini sobre la fraternidad. Esta es la prueba, porque esto es lo que hace la mirada de Dios, que no obstante todo el mal que pensamos y hacemos, siempre nos ve como hijos amados. No ve individuos, sino hijos, nos ve como hermanos y hermanas de una sola familia, que vive en la misma casa. Nunca somos extraños a sus ojos. Su compasión es lo contrario de nuestra indiferencia. La indiferencia es aquel —me permito la frase algo vulgar— "pasar de", que entra en el corazón, en la mentalidad y que termina con un "que se las arregle". La compasión es lo opuesto a la indiferencia.

Es lo mismo para nosotros: nuestra compasión es la mejor vacuna contra la epidemia de la indiferencia. "No me concierne", "no me corresponde", "no tengo nada que ver", "es asunto suyo": he aquí los síntomas de la indiferencia. Hay una buena foto... ya lo he dicho otras veces ¿eh? —una hermosa fotografía tomada por un fotógrafo romano, está en la Limosnería. Una noche de invierno, se ve a una señora mayor que sale de un restaurante de lujo, con pieles, sombrero, guantes: bien tapada contra el frío; sale, después de comer bien —lo cual no es pecado, ¡comer bien! [se rien]— y hay otra mujer en la puerta, con una muleta, mal vestida, se puede ver que siente frío... una sintecho, con la mano tendida... Y la señora que sale del restaurante mira para otro lado. La imagen se llama "Indiferencia". Cuando la vi, llamé al fotógrafo para decirle: "Fuiste muy bueno al sacar esta instantánea", y le dije que la pusiera en la Limosnería: para no caer en el espíritu de la indiferencia. En cambio, el que tiene compasión, pasa del "no me importas" a "eres importante para mí". O por lo menos "tú me has llegado al corazón". Pero la compasión no es sólo un buen sentimiento, no es pietismo, es crear un nuevo vínculo con el otro. Es hacerse cargo, como el buen samaritano que, *movido por la compasión*, se ocupa del desgraciado al que ni siquiera conoce (cf. Lc 10, 33-34). El mundo necesita esta caridad creativa y activa, gente que no esté comentando delante de una pantalla, sino gente que se ensucie las manos para remover la degradación y restaurar la dignidad. Tener compasión es una decisión: es elegir no tener ningún enemigo para ver en cada uno a *mi prójimo*. Y esta es una decisión.

Esto no significa volverse pusilánimes y dejar de luchar. Al contrario, quien tiene compasión entra en una dura lucha diaria contra el descarte y el despilfarro, el

descarte de los demás y el despilfarro de las cosas. Duele pensar en cuánta gente se descarta sin compasión: ancianos, niños, trabajadores, discapacitados... Pero también es escandaloso el despilfarro de cosas. La FAO ha documentado que en los países industrializados se tiran más de mil millones —¡más de mil millones!— de toneladas de alimentos. Esta es la realidad. Ayudémonos mutuamente a luchar contra el descarte y el despilfarro, exijamos opciones políticas que conjuguen el progreso y la equidad, el desarrollo y la sostenibilidad para todos, de modo que nadie se vea privado de la tierra en que vive, del buen aire que respira, del agua que tiene derecho a beber y del alimento que tiene derecho a comer.

Estoy seguro de que los miembros de cada una de vuestras Comunidades no se contentarán con vivir como espectadores, sino que siempre serán protagonistas humildes y resueltos de la construcción del futuro de todos. Y todo esto hace la fraternidad. Trabajar como hermanos. Construir la fraternidad universal. Y este es el momento, este es el reto de hoy. Os deseo que alimentéis la contemplación y la compasión, ingredientes indispensables de la ecología integral. Gracias por vuestras oraciones y a todos los que rezan entre vosotros os pido que recéis, y a los que no rezan, por lo menos mandadme ondas buenas: ¡lo necesito! (ríen, aplausos).

Y ahora me gustaría pedirle a Dios que bendiga a cada uno de vosotros, que bendiga el corazón de cada uno de vosotros, creyentes o no, de cualquier tradición religiosa que sea: que Dios os bendiga a todos. Amén.

Boletín de la Oficina de Prensa de la Santa Sede,
12 de septiembre de 2020

CARTA EN RESPUESTA A LAS MUJERES DE LA VILLA RODRIGO BUENO

Roma, 24 de noviembre de 2020

Querida Vicky:

Muchas gracias por su correo y por la carta de esas señoras. Realmente son mujeres que saben lo que es la vida. Por favor, dígales de mi parte que admiro su trabajo y su testimonio; que les agradezco de corazón lo que hacen y que sigan adelante.

La Patria está orgullosa de tener mujeres así. Y sobre el problema del aborto tener presente que no es un asunto primariamente religioso sino de ética humana, anterior a cualquier confesión religiosa. Y hace bien hacerse las dos preguntas: ¿es justo eliminar una vida humana para solucionar un problema? ¿Es justo alquilar un sicario para solucionar un problema?

Gracias por todo lo que hacen. Por favor, no se olviden de rezar por mí; lo hago por Usted.

Saludos a su esposo y a sus hijos. Que Jesús la bendiga y la Virgen Santa la cuide.

Fraternalmente, Francisco.

HUMANA COMMUNITAS EN LA ERA DE LA PANDEMIA: CONSIDERACIONES INTEMPESTIVAS SOBRE EL RENACIMIENTO DE LA VIDA

Ciudad del Vaticano, 22 de julio de 2020

El Covid-19 ha traído tanta desolación al mundo. Lo hemos vivido durante mucho tiempo, todavía estamos en ello, y aún no ha terminado. Puede que se acabe ya pronto. ¿Qué hacer con ello? Seguramente, estamos llamados a tener valor para resistir. La búsqueda de una vacuna y de una explicación científica completa de lo que desencadenó la catástrofe habla de ello. ¿También estamos llamados a una mayor conciencia? Si es así, ¿cómo ésta evitará que caigamos en la inercia de la complacencia, o peor aún, en la connivencia de la resignación? ¿Existe un "paso atrás" reflexivo que no sea la inacción, un pensamiento que pueda mutarse en *agradecimiento* por la vida recibida, por lo tanto, un pasaje para el renacimiento de la vida?

Covid-19 es el nombre de una crisis global (*pan-démica*) con diferentes facetas y manifestaciones, por supuesto, pero con una realidad común. Nos hemos dado cuenta, como nunca antes, de que esta extraña situación, pronosticada desde hace tiempo, pero nunca abordada en serio, nos ha unido a todos. Como tantos procesos en nuestro mundo contemporáneo, el Covid-19 es la manifestación más reciente de la globalización. Desde una perspectiva puramente empírica, la globalización ha aportado muchos beneficios a la humanidad: ha difundido los conocimientos científicos, las tecnologías médicas y las prácticas sanitarias, todos ellos potencialmente disponibles en beneficio de todos. Al mismo tiempo, con el

Covid-19, nos hemos encontrado vinculados de manera diferente, compartiendo una experiencia común de contingencia (*cum-tangere*): como nadie se ha podido librar de ella, la pandemia nos ha hecho a todos igualmente vulnerables, todos igualmente expuestos (cfr. Pontificia Academia para la Vida, *Pandemia y fraternidad universal*, 30 de marzo 2020).

Esta toma de conciencia se ha cobrado un precio muy alto. ¿Qué lecciones hemos aprendido? Más aún, ¿qué conversión de pensamiento y acción estamos dispuestos a experimentar en nuestra responsabilidad común por la familia humana? (Francisco, *Humana Communitas*, 6 de enero 2019).

1. LA DURA REALIDAD DE LAS LECCIONES APRENDIDAS

La pandemia nos ha mostrado el desolador espectáculo de calles vacías y ciudades fantasmagóricas, de la cercanía humana herida, del distanciamiento físico. Nos ha privado de la exuberancia de los abrazos, la amabilidad de los apretones de manos, el afecto de los besos, y ha convertido las relaciones en interacciones temerosas entre extraños, un intercambio neutral de individualidades sin rostro envueltas en el anonimato de los equipos de protección. Las limitaciones de los contactos sociales son aterradoras; pueden conducir a situaciones de aislamiento, desesperación, ira y abuso. En el caso de las personas de edad avanzada, en las últimas etapas de la vida, el sufrimiento ha sido aún más pronunciado, ya que a la angustia física se suma la disminución de la calidad de vida y la falta de visitas de familiares y amigos.

1.1. Vida tomada, vida dada: la lección de la fragilidad

Las metáforas predominantes que ahora invaden nuestro lenguaje ordinario enfatizan la hostilidad y un sentido penetrante de amenaza: los repetidos estímulos para "combatir" el virus, los comunicados de prensa que suenan como "partes de guerra", las informaciones diarias del número de infectados, que pronto se convierten en "víctimas caídas".

En el sufrimiento y la muerte de tantos, hemos aprendido la lección de la fragilidad. En muchos países, los hospitales siguen luchando, recibiendo demandas abrumadoras, enfrentando la agonía del racionamiento de recursos y el agotamiento del personal sanitario. La inmensa e indecible miseria, y la lucha por las necesidades básicas de supervivencia, ha puesto en evidencia la condición de los

prisioneros, los que viven en la extrema pobreza al margen de la sociedad, especialmente en los países en desarrollo, los abandonados destinados al olvido en los campos de refugiados del infierno.

Hemos sido testigos del rostro más trágico de la muerte: algunos experimentan la soledad de la separación tanto física como espiritual de todo el mundo, dejando a sus familias impotentes, incapaces de decirles adiós, sin ni siquiera poder proporcionar los actos de piedad básica como por ejemplo un entierro adecuado. Hemos visto la vida llegar a su fin, sin tener en cuenta la edad, el estatus social o las condiciones de salud.

Sin embargo, *todos* somos "frágiles": radicalmente marcados por la experiencia de la finitud en la esencia de nuestra existencia, no sólo de manera ocasional. Hemos sido visitados por el suave toque de una presencia pasajera, pero esta nos ha dejado igual, no nos hemos inmutado, confiando en que todo continuará según lo previsto. Salimos de una noche de orígenes misteriosos: llamados a ir más allá de la elección, llegamos pronto a la presunción y a la queja, apropiándonos de lo que solamente nos ha sido confiado. Demasiado tarde aprendemos el consentimiento a la oscuridad de la que venimos, y a la que finalmente volvemos.

Algunos dicen que todo esto es un cuento absurdo, porque todo se queda en nada. Pero, ¿cómo podría ser esta nada la última palabra? Si es así, ¿por qué la lucha? ¿Por qué nos animamos unos a otros a la esperanza de días mejores, cuando todo lo que estamos experimentando en esta pandemia haya terminado?

La vida va y viene, dice el guardián de la prudencia cínica. Sin embargo, su ascenso y descenso, ahora más evidente por la fragilidad de nuestra condición humana, podría abrirnos a una sabiduría diferente, a una realización diferente (cfr. Sal. 8). Porque la dolorosa evidencia de la fragilidad de la vida puede también renovar nuestra conciencia de su naturaleza *dada*. Volviendo a la vida, después de saborear el fruto ambivalente de su contingencia, ¿no seremos más sabios? ¿No seremos más agradecidos, menos arrogantes?

1.2. El sueño imposible de la autonomía y la lección de la finitud

Con la pandemia, nuestros reclamos de autodeterminación autónoma y control han llegado a un punto muerto, un momento de crisis que provoca un discernimiento más profundo. Tenía que suceder, tarde o temprano, porque el hechizo ya había durado bastante.

La epidemia del Covid-19 tiene mucho que ver con nuestra depredación de la tierra y el despojo de su valor intrínseco. Es un síntoma del malestar de nuestra tierra y de nuestra falta de atención; más aún, un signo de *nuestro propio* malestar espiritual (*Laudato si*, n. 119). ¿Seremos capaces de colmar el foso que nos ha separado de nuestro mundo natural, convirtiendo con demasiada frecuencia nuestras subjetividades asertivas en una amenaza para la creación, una amenaza para los demás?

Consideremos la cadena de conexiones que unen los siguientes fenómenos: la creciente deforestación empuja a los animales salvajes a aproximarse del hábitat humano. Los virus alojados en los animales, entonces, se transmiten a los humanos, exacerbando así la realidad de la zoonosis, un fenómeno bien conocido por los científicos como vehículo de muchas enfermedades. La exagerada demanda de carne en los países del primer mundo da lugar a enormes complejos industriales de cría y explotación de animales. Es fácil ver cómo estas interacciones pueden, en última instancia, ocasionar la propagación de un virus a través del transporte internacional, la movilidad masiva de personas, los viajes de negocios, el turismo, etc.

El fenómeno del Covid-19 no es sólo el resultado de acontecimientos *naturales*. Lo que ocurre en la naturaleza es ya el resultado de una compleja intermediación con el mundo *humano* de las opciones económicas y los modelos de desarrollo, a su vez "infectados" con un "virus" diferente de nuestra propia creación: es el resultado, más que la causa, de la avaricia financiera, la autocomplacencia de los estilos de vida definidos por la indulgencia del consumo y el exceso. Hemos construido para nosotros mismos un ethos de prevaricación y desprecio por lo que se nos da, en la promesa elemental de la creación. Por eso estamos llamados a reconsiderar nuestra relación con el hábitat natural. Para reconocer que vivimos en esta tierra como administradores, no como amos y señores.

Se nos ha dado todo, pero la nuestra es sólo una soberanía otorgada, no absoluta. Consciente de su origen, lleva la carga de la finitud y la marca de la vulnerabilidad. Nuestro destino es una *libertad herida*. Podríamos rechazarla como si fuera una maldición, una condición provisional que será pronto superada. O podemos aprender una paciencia diferente: capaz de consentir a la finitud, de renovada permeabilidad a la proximidad del prójimo y a la lejanía.

Cuando se compara con la situación de los países pobres, especialmente en el llamado Sur Global, la difícil situación del mundo "desarrollado" parece más bien un lujo: sólo en los países ricos la gente puede permitirse los requisitos de segu-

ridad. En cambio, en los no tan afortunados, el “distanciamiento físico” es sólo una imposibilidad debido a la necesidad y al peso de las circunstancias extremas: los entornos abarrotados y la falta de un distanciamiento asequible enfrentan a poblaciones enteras como un hecho insuperable. El contraste entre ambas situaciones pone de relieve una paradoja estridente, al relatar, una vez más, la historia de la desproporción de la riqueza entre países pobres y ricos

Aprender la finitud y aceptar los límites de nuestra propia libertad es más que un ejercicio sobrio de realismo filosófico. Implica abrir nuestros ojos a la realidad de los seres humanos que experimentan tales límites *en su propia carne*, por así decirlo: en el desafío diario de sobrevivir, para asegurarse las condiciones mínimas a la subsistencia, alimentar a los niños y miembros de la familia, superar la amenaza de enfermedades a pesar de no tener acceso a los tratamientos por ser demasiado caros. Tengamos en cuenta la inmensa pérdida de vidas en el Sur Global: la malaria, la tuberculosis, la falta de agua potable y de recursos básicos siguen sembrando la destrucción de millones de vidas por año, una situación que se conoce desde hace décadas. Todas estas dificultades podrían superarse mediante esfuerzos y políticas internacionales comprometidas. ¡Cuántas vidas podrían salvarse, cuántas enfermedades podrían ser erradicadas, cuánto sufrimiento se evitaría!

1.3. El desafío de la interdependencia y la lección de la vulnerabilidad común

Nuestras pretensiones de soledad monádica tienen pies de barro. Con ellos se desmoronan las falsas esperanzas de una filosofía social atomista construida sobre la sospecha egoísta hacia lo diferente y lo nuevo, una ética de racionalidad calculadora inclinada hacia una imagen distorsionada de la autorrealización, impermeable a la responsabilidad del bien común a escala global, y no sólo nacional.

Nuestra *interconexión* es un hecho. Nos hace a todos fuertes o, por el contrario, vulnerables, dependiendo de nuestra propia actitud hacia ella. Consideremos su relevancia a nivel nacional, para empezar. Aunque el Covid-19 puede afectar a todos, es especialmente dañino para poblaciones particulares, como los ancianos, o las personas con enfermedades asociadas y sistemas inmunológicos comprometidos. Las medidas políticas se toman para todos los ciudadanos por igual. Piden la solidaridad de los jóvenes y de los sanos con los más vulnerables. Piden sacrificios a muchas personas que dependen de la interacción pública y la actividad económica para su vida. En los países más ricos estos sacrificios pueden

compensarse temporalmente, pero en la mayoría de los países estas políticas de protección son simplemente imposibles.

Sin duda, en todos los países es necesario equilibrar *el bien común de la salud pública* con los intereses económicos. Durante las primeras etapas de la pandemia, la mayoría de los países se centraron en salvar vidas al máximo. Los hospitales, y especialmente los servicios de cuidados intensivos, eran insuficientes y sólo se ampliaron después de enormes luchas. Sorprendentemente, los servicios de atención sobrevivieron gracias a los impresionantes sacrificios de médicos, enfermeras y otros profesionales de la sanidad, más que por la inversión tecnológica. Sin embargo, el enfoque en la atención hospitalaria desvió la atención de otras instituciones de cuidados. Las residencias de ancianos, por ejemplo, se vieron gravemente afectadas por la pandemia, y sólo en una etapa tardía se dispuso de suficientes equipos de protección y test. Los debates éticos sobre la asignación de recursos se basaron principalmente en consideraciones utilitarias, sin prestar atención a las personas que experimentaban un mayor riesgo y una mayor vulnerabilidad. En la mayoría de los países se ignoró el papel de los médicos generales, mientras que para muchas personas son el primer contacto en el sistema de atención. El resultado ha sido un aumento de las muertes y discapacidades por causas distintas del Covid-19.

La *vulnerabilidad común* exige también la cooperación internacional, así como entender que no se puede resistir una pandemia sin una infraestructura médica adecuada, accesible a todos a nivel mundial. Tampoco se puede abordar la difícil situación de un pueblo, infectado repentinamente, de manera aislada, sin forjar acuerdos internacionales, y con una multitud de diferentes interesados. El intercambio de información, la prestación de ayuda y la asignación de los escasos recursos deberán abordarse en una sinergia de esfuerzos. La fuerza de la cadena internacional viene dada por el eslabón más débil.

La lección recibida espera una asimilación más profunda. Seguro que las semillas de esperanza se han sembrado en la oscuridad de los pequeños gestos, de los actos de solidaridad demasiado numerosos para contarlos, demasiado preciosos para difundirlos. Las comunidades han luchado honorablemente, a pesar de todo, a veces contra la ineptitud de su liderazgo político, para articular protocolos éticos, forjar sistemas normativos, recuperar vidas sobre ideales de solidaridad y solicitud recíproca. La apreciación unánime de estos ejemplos muestra una comprensión profunda del auténtico significado de la vida y una forma deseable de realización personal.

Sin embargo, no hemos prestado suficiente atención, especialmente a nivel mundial, a la interdependencia humana y a la vulnerabilidad común. Si bien el virus no reconoce fronteras, los países han sellado sus fronteras. A diferencia de otros desastres, la pandemia no afecta a todos los países al mismo tiempo. Aunque esto podría ofrecer la oportunidad de aprender de las experiencias y políticas de otros países, los procesos de aprendizaje a nivel mundial fueron mínimos. De hecho, algunos países han entablado a veces un cínico juego de culpas recíprocas.

La misma falta de interconexión puede observarse en los esfuerzos por desarrollar remedios y vacunas. La falta de coordinación y cooperación se reconoce cada vez más como un obstáculo para abordar el Covid-19. La conciencia de que estamos juntos en este desastre, y de que sólo podemos superarlo mediante los esfuerzos cooperativos de la comunidad humana en su conjunto, está estimulando los esfuerzos compartidos. El establecimiento de proyectos científicos transfronterizos es un esfuerzo que va en esa dirección. También debe demostrarse en las políticas, mediante el fortalecimiento de las instituciones internacionales. Esto es particularmente importante, ya que la pandemia está aumentando las desigualdades e injusticias ya existentes, y muchos países que carecen de los recursos y servicios para hacer frente adecuadamente al Covid-19 dependen de la asistencia de la comunidad internacional.

2. HACIA UNA NUEVA VISIÓN: EL RENACIMIENTO DE LA VIDA Y LA LLAMADA A LA CONVERSIÓN

Las lecciones de fragilidad, finitud y vulnerabilidad nos llevan al umbral de una nueva visión: fomentan un espíritu de vida que requiere el compromiso de la inteligencia y el valor de la conversión moral. Aprender una lección es volverse humilde; significa cambiar, buscando recursos de significado hasta ahora desaprovechados, tal vez repudiados. Aprender una lección es volverse consciente, una vez más, de la bondad de la vida que se nos ofrece, liberando una energía que va más allá de la inevitable experiencia de la pérdida, que debe ser elaborada e integrada en el significado de nuestra existencia. ¿Puede ser esta ocasión la promesa de un nuevo comienzo para la *humana communitas*, la promesa del renacimiento de la vida? Si es así, ¿en qué condiciones?

2.1. Hacia una ética del riesgo

Debemos llegar, en primer lugar, a una renovada apreciación de la realidad existencial del *riesgo*: todos nosotros podemos sucumbir a las heridas de la enfermedad, a la matanza de las guerras, a las abrumadoras amenazas de los desastres. A la luz de esto, surgen responsabilidades éticas y políticas muy específicas respecto a la vulnerabilidad de los individuos que corren un mayor riesgo en su salud, su vida, su dignidad. El Covid-19 podría considerarse, a primera vista, sólo como un determinante natural, aunque ciertamente sin precedentes, del riesgo mundial. Sin embargo, la pandemia nos obliga a examinar una serie de factores adicionales, todos los cuales entrañan un reto *ético* polifacético. En este contexto, las decisiones deben ser proporcionales a los riesgos, de acuerdo con el principio de precaución. Centrarse en la génesis natural de la pandemia, sin tener en cuenta las desigualdades económicas, sociales y políticas entre los países del mundo, es no entender las condiciones que hacen que su propagación sea más rápida y difícil de abordar. Un desastre, cualquiera que sea su origen, es un desafío ético porque es una catástrofe que afecta a la vida humana y perjudica la existencia humana en múltiples dimensiones.

En ausencia de una vacuna, no podemos contar con la capacidad de derrotar permanentemente al virus que causó la pandemia, salvo por agotamiento espontáneo de la fuerza patológica de la enfermedad. Por lo tanto, la inmunidad contra el Covid-19 sigue siendo una especie de esperanza para el futuro. Esto también significa reconocer que vivir en una comunidad en riesgo exige una ética a la par de la perspectiva de que tal situación pueda realmente convertirse en realidad.

Al mismo tiempo, es necesario dar cuerpo a un concepto de solidaridad que vaya más allá del compromiso genérico de ayudar a los que sufren. Una pandemia nos insta a todos a abordar y remodelar las dimensiones estructurales de nuestra comunidad mundial que son opresivas e injustas, aquellas a las que en términos de fe se les llama "estructuras de pecado". El bien común de la comunidad humana no puede lograrse sin una verdadera conversión de las mentes y los corazones (*Laudato si'*, 217-221). El llamamiento a la *conversión* se dirige a nuestra responsabilidad: su miopía es imputable a nuestra falta de voluntad de mirar la vulnerabilidad de las poblaciones más débiles a nivel mundial, y no a nuestra incapacidad de ver lo que es tan obviamente claro. Una apertura diferente puede ampliar el horizonte de nuestra imaginación moral, para incluir finalmente lo que ha sido descaradamente pasado por alto y relegado al silencio.

2.2. El llamamiento a los esfuerzos mundiales y a la cooperación internacional

Los contornos básicos de una ética del riesgo, basada en un concepto más amplio de solidaridad, implican una *definición de comunidad* que rechaza cualquier provincialismo, la falsa distinción entre los que están dentro, es decir, los que pueden exhibir una pretensión de pertenecer plenamente a la comunidad, y los que están fuera, es decir, los que pueden esperar, en el mejor de los casos, una supuesta participación en ella. El lado oscuro de esa separación debe ponerse de relieve como una imposibilidad conceptual y una práctica discriminatoria. No se puede considerar que nadie esté simplemente "a la espera" del reconocimiento pleno de su estatuto, como si estuviera a las puertas de la *humana communitas*. El acceso a una atención de salud de calidad y a los medicamentos esenciales debe reconocerse como un derecho humano universal (cfr. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, art. 14). De esta premisa se desprenden lógicamente dos conclusiones.

La primera se refiere al *acceso universal* a las mejores oportunidades de prevención, diagnóstico y tratamiento, más allá de su restricción a unos pocos. La distribución de una vacuna, una vez que esté disponible en el futuro, es un punto en el caso. El único objetivo aceptable, coherente con una asignación justa de la vacuna, es el acceso para todos, sin excepciones.

La segunda conclusión se refiere a la definición de la *investigación científica* responsable. Está mucho en juego y los temas son complejos. Cabe destacar tres de ellos. Primero, con respecto a la *integridad de la ciencia* y las nociones que impulsan su avance: el ideal de objetividad controlada, si no totalmente "desapegada"; y el ideal de libertad de investigación, especialmente la libertad de conflictos de intereses. En segundo lugar, está en juego la *naturaleza misma del conocimiento científico* como práctica social, definida, en un contexto democrático, por normas de igualdad, libertad y equidad. En particular, la libertad de investigación científica no debe incluir la adopción de decisiones políticas en su esfera de influencia. La toma de decisiones políticas y el ámbito de la política en su conjunto mantienen su autonomía frente a la usurpación del poder científico, especialmente cuando éste se convierte en una manipulación de la opinión pública. Por último, lo que se cuestiona aquí es el carácter esencialmente "*fiduciario*" del conocimiento científico en su búsqueda de resultados socialmente beneficiosos, especialmente cuando el conocimiento se obtiene mediante la experimentación en seres humanos y la promesa de un tratamiento probado en ensayos clínicos. El

bien de la sociedad y las exigencias del bien común en el ámbito de la atención de la salud se anteponen a cualquier preocupación por el lucro. Y esto porque las dimensiones públicas de la investigación no pueden ser sacrificadas en el altar del beneficio privado. Cuando la vida y el bienestar de una comunidad están en juego, el beneficio debe pasar a un segundo plano.

La solidaridad se extiende también a cualquier esfuerzo de *cooperación internacional*. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ocupa un lugar privilegiado. Profundamente arraigada en su misión de dirigir la labor internacional en materia de salud está la noción de que sólo el compromiso de los gobiernos en una sinergia mundial puede proteger, fomentar y hacer efectivo un derecho universal al más alto nivel posible de salud. Esta crisis pone de relieve lo mucho que se necesita una organización internacional de alcance mundial, que incluya específicamente las necesidades y preocupaciones de los países menos adelantados que se enfrentan a una catástrofe sin precedentes.

La estrechez de miras de los intereses nacionales ha llevado a muchos países a reivindicar para sí mismos una política de independencia y aislamiento del resto del mundo, como si se pudiera hacer frente a una pandemia sin una estrategia mundial coordinada. Esa actitud podría dar una idea de la subsidiariedad y de la importancia de una intervención estratégica basada en la pretensión de que una autoridad inferior tenga precedencia sobre cualquier autoridad superior, más distante de la situación local. La subsidiariedad debe respetar la esfera legítima de la autonomía de las comunidades, potenciando sus capacidades y responsabilidad. En realidad, la actitud en cuestión se alimenta de una lógica de separación que, para empezar, es menos eficaz contra el Covid-19. Además, la desventaja no sólo es *de facto* corta de miras, sino que también da lugar a un aumento de las desigualdades y a la exacerbación de los desequilibrios de recursos entre los distintos países. Aunque todos, ricos y pobres, son vulnerables al virus, estos últimos están obligados a pagar el precio más alto y a soportar las consecuencias a largo plazo de la falta de cooperación. Es evidente que la pandemia está empeorando las desigualdades que ya están asociadas a los procesos de globalización, haciendo que más personas sean vulnerables y estén marginadas, desprovistas de atención sanitaria, empleo y redes de seguridad social.

2.3. El equilibrio ético centrado en el principio de solidaridad

En última instancia, el significado moral, y no sólo estratégico, de la solidaridad es el verdadero problema en la actual encrucijada a la que ha de hacer frente la familia humana. La solidaridad conlleva la responsabilidad hacia el otro que está en una situación de necesidad, que se basa en el reconocimiento de que, como sujeto humano dotado de dignidad, cada *persona* es un fin en sí mismo, no un medio. La articulación de la solidaridad como principio de la ética social se basa en la realidad concreta de una presencia *personal* en la necesidad, que clama por su reconocimiento. Así pues, la respuesta que se nos pide no es sólo una reacción basada en nociones sentimentales de simpatía; es la única respuesta *adecuada* a la dignidad del otro que requiere nuestra atención, una disposición ética basada en la aprehensión racional del valor intrínseco de todo ser humano.

Como un deber, la solidaridad no viene gratis, sin costo, y es necesaria la disposición de los países ricos a pagar el precio requerido por el llamado a la supervivencia de los pobres y la sostenibilidad de todo el planeta. Esto es válido tanto de manera sincrónica, con respecto a los distintos sectores de la economía, como diacrónica, es decir, en relación con nuestra responsabilidad por el bienestar de las generaciones futuras y la medición de los recursos disponibles.

Todos estamos llamados a hacer nuestra parte. Mitigar las consecuencias de la crisis implica renunciar a la noción de que "la ayuda vendrá del gobierno", como si fuera un *deus ex machina* que deja a todos los ciudadanos responsables fuera de la ecuación, intocables en su búsqueda de intereses personales. La transparencia de la política y las estrategias políticas, junto con la integridad de los procesos democráticos, requieren un enfoque diferente. La posibilidad de una escasez catastrófica de recursos para la atención médica (materiales de protección, equipos de test, ventilación y cuidados intensivos en el caso del Covid-19), podría utilizarse como ejemplo. Ante los trágicos dilemas, los criterios generales de intervención, basados en la equidad en la distribución de los recursos, el respeto de la dignidad de toda persona y la especial atención a los vulnerables, deben esbozarse de antemano y articularse en su plausibilidad racional con el mayor cuidado posible.

La capacidad y la voluntad de equilibrar principios que podrían competir entre sí es otro pilar esencial de una ética del riesgo y la solidaridad. Por supuesto, el

primer deber es proteger la vida y la salud. Aunque una situación de riesgo cero sigue siendo una imposibilidad, respetar el distanciamiento físico y frenar, si no detener totalmente, ciertas actividades han producido efectos dramáticos y duraderos en la economía. Habrá que tener en cuenta también el costo de la vida privada y social.

Se plantean dos cuestiones cruciales. La primera se refiere al umbral de riesgo aceptable, cuya aplicación no puede producir efectos discriminatorios con respecto a las condiciones de poder y riqueza. La protección básica y la disponibilidad de medios de diagnóstico deben ofrecerse a todos, de acuerdo con un principio de no discriminación.

La segunda aclaración decisiva se refiere al concepto de "solidaridad en el riesgo". La adopción de reglas específicas por una comunidad requiere una atención a la evolución de la situación en el campo, tarea que sólo puede llevarse a cabo mediante un discernimiento fundado en la sensibilidad ética, y no sólo en la obediencia a la letra de la ley. Una comunidad responsable es aquella en la que las cargas de la cautela y el apoyo recíproco se comparten proactivamente con miras al bienestar de todos. Las soluciones jurídicas a los conflictos en la asignación de la culpabilidad y la responsabilidad por mala conducta o negligencia voluntarias son a veces necesarias como instrumento de justicia. Sin embargo, no pueden sustituir a la confianza como sustancia de la interacción humana. Sólo esta última nos guiará a través de la crisis, ya que sólo sobre la base de la confianza puede la *humana communitas* finalmente florecer.

Estamos llamados a una actitud de esperanza, más allá del efecto paralizante de dos tentaciones opuestas: por un lado, la resignación que sufre pasivamente los acontecimientos; por otro, la nostalgia de un retorno al pasado, sólo anhelando lo que había antes. En cambio, es hora de imaginar y poner en práctica un proyecto de convivencia humana que permita un futuro mejor para todos y cada uno. El sueño recientemente descrito para la región amazónica podría convertirse en un sueño universal, un sueño para todo el planeta que "integre y promueva a todos sus habitantes para que puedan consolidar un «buen vivir»" (*Querida Amazonia*, 8).

Pontificia Academia para la Vida