

VIDA Y ÉTICA

Publicación semestral del Instituto de Bioética

- **LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DERECHO ARGENTINO**
- **LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS: PROPUESTA DE UN PROGRAMA ESTRATÉGICO INTEGRAL PARA EL SOSTENIMIENTO DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD**
- **ABORTO, SEXUALIDAD Y BIOÉTICA PERSONALISTA: UNA RESEÑA ÉTICA DE LA POSTURA CATÓLICA APOSTÓLICA ROMANA ACERCA DEL ABORTO PROCURADO**
- **VULNERABILIDAD SOCIOECONÓMICA Y SANITARIA EN EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE**
- **INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y NEUROTECNOLOGÍAS**
- **IA Y TRANSHUMANISMO: CONTRIBUCIÓN DE LA SABIDURÍA BÍBLICA A LA DIGNIDAD HUMANA**
- **INNOVACIÓN TECNOLÓGICA Y SALUD LABORAL. PERTINENCIA Y ALCANCES DE UN ANÁLISIS BIO- JURÍDICO**

ISSN 1515-6850



UCA

AÑO 25

Nº 1

JUNIO 2024

VIDA Y ÉTICA

A Ñ O 2 5

N ° 1

2 0 2 4

INSTITUTO DE BIOÉTICA
FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA ARGENTINA
Av. Alicia Moreau de Justo 1600
Ciudad de Buenos Aires
C1107AFF Argentina

TELÉFONO / FAX
(+5411) 4338-0634

E-mail
bioetica@uca.edu.ar

Web
[https://uca.edu.ar/es/facultades/
instituto-de-bioetica](https://uca.edu.ar/es/facultades/instituto-de-bioetica)

PERIODICIDAD
SEMESTRAL

INDEXADA EN



DIRECCIÓN Pbro. Lic. Rubén O. Revello

COORDINACIÓN
PERIODÍSTICA Lic. Cecilia Díaz Arévalo

DISEÑO
Y EDICIÓN María Alejandra Ferrice

TRADUCCIÓN Y
CORRECCIÓN
DE RESÚMENES CODE Servicio Lingüístico

AÑO 2024

ISSN 1515-6850

Queda hecho el depósito legal que marca la ley 11.723. Derechos reservados.
Se autoriza la reproducción total o parcial, citando la fuente y el nombre del autor
en forma explícita.

Los artículos que se publican en esta revista son de exclusiva responsabilidad de
sus autores y no comprometen la opinión del Instituto de Bioética ni de la
Pontificia Universidad Católica Argentina.
La revista se reserva los derechos de autor y el derecho de reproducir los artículos
enteros en otros medios impresos y/o electrónicos.

SUMARIO

ARTÍCULOS *pág. 07*

LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DERECHO ARGENTINO
Dr. Nicolás Lafferriere

pág. 21

LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS: PROPUESTA DE UN PROGRAMA ESTRATÉGICO INTEGRAL PARA EL SOSTENIMIENTO DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD
Mg. Silvia Birnenbaum

APARTADO ALUMNOS *pág. 47*

ABORTO, SEXUALIDAD Y BIOÉTICA PERSONALISTA: UNA RESEÑA ÉTICA DE LA POSTURA CATÓLICA APOSTÓLICA ROMANA ACERCA DEL ABORTO PROCURADO
Aguilera Romano, Felipe | Balestra, Isabella María | Ercolino, Franco Agustín | Manetti, Camila

ENSAYO *pág. 65*

VULNERABILIDAD SOCIOECONÓMICA Y SANITARIA EN EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE
Carolina Sofía Garofalo y Solange Rodríguez Espínola. Observatorio de la Deuda Social Argentina, Pontificia Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina

DOSSIER ESPECIAL *pág. 75*

INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y NEUROTECNOLOGÍAS
Dr. Carlos Alberto Castro Campolongo

pág. 93

IA Y TRANSHUMANISMO: CONTRIBUCIÓN DE LA SABIDURÍA BÍBLICA A LA DIGNIDAD HUMANA
Rab. Dr. Fishel Szlajen

pág. 107

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA Y SALUD LABORAL. PERTINENCIA Y ALCANCES DE UN ANÁLISIS BIO-JURÍDICO
Dr. Leonardo Pucheta

DOCUMENTOS INTERNACIONALES *pág. 119*

DECLARACIÓN DIGNITAS INFINITA SOBRE LA DIGNIDAD HUMANA
Dicasterio para la Doctrina de la Fe | Introducción por Mons. Germán Bochaty O.S.A.

pág. 165

MENSAJE DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LOS PARTICIPANTES EN EL SIMPOSIO «HACIA UNA NARRACIÓN DE ESPERANZA: SIMPOSIO INTERNACIONAL INTERRELIGIOSO SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS»
Papa Francisco

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

Gran Canciller
S.E.R. Monseñor Jorge Ignacio García Cuerva

Rector
Dr. Miguel Ángel Schiavone

Vicerrectores
Dra. Graciela Cremaschi
Pbro. Gustavo Boquín
Dr. Gabriel Limodio
Dr. Horacio Rodríguez Penelas

Decano Facultad de Ciencias Médicas
Dr. Horacio Caviglia

Director
Instituto de Bioética
Pbro. Lic. Rubén Revello

Coordinador
Instituto de Bioética
Mg. Dr. Gerardo Perazzo

Investigadores
Dra. Mg. Graciela Moya
Mg. Dra. Silvia Birnenbaum



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

VIDA Y ÉTICA COMITÉ EDITORIAL

S. E. R. Mons. Alberto G. Bochatey, O. S. A.,
Universidad Católica de La Plata, Argentina

Dr. Antonio Cabrera
Universidad Anáhuac, Mexico

Mg. Dr. Lenin de Janon Quevedo
*Pontificia Universidad Católica Argentina,
Argentina*

Dr. Jorge Nicolás Lafferriere
*Pontificia Universidad Católica Argentina.
Facultad de Derecho Prof.*

Prof. Dr. Dario Sacchini
Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy Rab.

Dr. Fernando Fishel Szlajen
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Prof. Dr. Jean-Marie Le Méné
Fundación Jérôme Lejeune, France

COMITÉ CIENTÍFICO

R.P. Dr. Roberto Colombo
Università Cattolica del Sacro Cuore. Italia

Dra. Maria Luisa Di Pietro
Università Cattolica del Sacro Cuore. Italia

Dra. Marta Fracapani de Cuitiño
Universidad Nacional de Cuyo. Argentina

Dr. Francisco Javier León Correa
Universidad Central de Chile. Chile

Prof. Dra. María Lilita Lukac de Stier
*Pontificia Universidad Católica Argentina. Consejo Nacional
de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina*

P. Gonzalo Miranda, L.C.
Ateneo Pontificio Regina Apostolorum. Italy

Dra. Mg. Graciela Elena Sara Moya
Pontificia Universidad Católica Argentina. Argentina Prof.

Prof. Dra. Elena Postigo Solana
Universidad Francisco de Vitoria, Spain

EDITORIAL

Queridos lectores:

Con gran alegría compartimos con ustedes un nuevo número de nuestra Revista Vida y Ética.

En este periodo ha sido de particular interés para toda la bioética personalista, la aparición del documento del Dicasterio para la Doctrina para la Fe conocido como Dignitas Infinita con el cual la iglesia retomó un camino multisecular, al fundar la dignidad humana, no en un convenio o en un pacto social, sino en la misma ontología. Esto no es un tema menor, ya que se trata del comienzo y el fin de la vida humana y para esto, es indispensable un parámetro objetivo que supere el pacto circunstancial.

A propósito de esta mirada bioética personalista, en este número tenemos el agrado de presentar dos artículos centrados en la dignidad del paciente. El primero de ellos es escrito por el Dr. Jorge Nicolás Lafferriere, actual Director del Proyecto IUS 2022-2024 "El derecho ante la vulnerabilidad del paciente terminal" de la Facultad de Derecho de nuestra Universidad. En su artículo conocemos la forma como la Argentina, en su ordenamiento jurídico, ha incorporado y promovido la educación de los profesionales de la salud sobre cuidados paliativos.

El segundo, es un artículo escrito por la Mg. Silvia Birnenbaum acerca de la atención centrada en las personas, que surge del anhelo de poner al paciente en

el corazón de la relación médica. Se trata de la propuesta que propone la implementación de un programa estratégico integral para el sostenimiento de la humanización en salud, en la que es imprescindible la vinculación entre el paciente, el equipo de salud, la institución y la comunidad.

En un nuevo apartado dedicado a nuestros alumnos, los estudiantes de cuarto año de medicina Isabella María Balestra, Camila Manetti, Franco Agustín Ercolino y Felipe Tomás Aguilera Romano comparten una reseña ética que parte de los orígenes de la *Declaración sobre el aborto procurado* por parte de la Congregación para la doctrina de la Fe en 1974 y cómo a la luz de esta Declaración y de las leyes vigentes se pueden reinterpretar la situación de salud de las pacientes.

La Lic. Carolina Sofía Garofalo y la Dra. Solange Rodríguez Espínola, miembros del Observatorio de la Deuda Social Argentina de nuestra Universidad nos envían un ensayo que informa el avance del envejecimiento poblacional y cómo este grupo etario se ve afectado por las desigualdades socioeconómicas y sanitarias. Sin duda alguna, se trata de un valioso aporte que nos recuerda el deber de respetar, acompañar y cuidar de nuestros adultos mayores en esta etapa de su vida en la que, ya muchos hacen parte de la cultura del descarte. Nos centramos nuevamente en las palabras de Dignitas Infinita n° 53 "en realidad, todo ser humano, sea cual sea su condición de vulnerabilidad, recibe su dig-

nidad por el hecho mismo de ser querido y amado por Dios".

En esta ocasión compartimos con ustedes un Dossier Especial que contiene tres artículos que fueron diversas ponencias en la I Jornada de Bioética e Inteligencia Artificial organizada por nuestro Instituto de Bioética, en la cual participaron docentes de nuestra Maestría en Ética Biomédica y otros invitados. Estos tres artículos pertenecen a los Doctores Carlos Castro Campolongo, Rab. Dr. Fishel Szlajen y Dr. Leonardo Pucheta.

Finalmente, incluimos en el apartado de Documentos Internacionales, la Declaración del Dicasterio para la Doctrina de la Fe "Dignitas infinita sobre la dignidad humana" con una bellísima introducción de Mons. Germán Bochaty O.S.A. y el mensaje del Santo Padre Francisco a los participantes en el Simposio «Hacia una narración de esperanza: Simposio Internacional Interreligioso sobre los cuidados paliativos» realizado en Toronto, Canadá del 21 al 23 de mayo de 2024.

Recuerden que las dificultades surgidas durante 2023/2024 han alterado la frecuencia de nuestra revista y que estamos intentando ponernos al día, de modo tal que prontamente recibirán el número 2 del año 2024. Hasta ese momento nos despedimos de ustedes a la espera de un nuevo reencuentro.

P. Rubén Revello
Director

LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DERECHO ARGENTINO

Fecha de recepción: 10/09/24

Fecha de aceptación: 15/10/24

Jorge Nicolás Lafferriere

Contacto: nicolas_lafferriere@uca.edu.ar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2600-2226>

- Pontificia Universidad Católica Argentina, Facultad de Derecho.
Director del Proyecto IUS 2022-2024 "El derecho ante la vulnerabilidad del paciente terminal" (Facultad de Derecho, UCA). Abogado (UBA).
Doctor en Ciencias Jurídicas (UCA).
Profesor Titular Ordinario (UCA).
Profesor Regular Titular (UBA).
Director de Investigación Jurídica Aplicada y de la Revista Prudentia Iuris de la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica Argentina (desde 2010).
Ex-Secretario Académico de la Pontificia Universidad Católica Argentina (2003-2010).
Director de la Maestría en Derecho Civil Patrimonial (UCA) (desde 2019).

RESUMEN

En 2014 la Organización Mundial de la Salud exhortaba a los Estados miembro a incluir los cuidados paliativos en la educación y la capacitación de los profesionales de la salud, tanto en los estudios de grado como a través de especializaciones y educación continua. En ese marco, esta nota analiza la forma en que el ordenamiento jurídico argentino recepta ese deber de incorporar la educación sobre cuidados paliativos en la formación de los profesionales de la medicina y la enfermería. A tal fin, se reseña la normativa a nivel nacional y provincial sobre la cuestión. Brindar formación en CP es un deber que se desprende de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y cuenta con jerarquía constitucional. Se concluye que Argentina presenta un sólido marco normativo que promueve la educación y capacitación en el grado y posgrado y en la educación continua. El deber de brindar capacitación se extiende a los voluntarios.

Palabras clave: Cuidados Paliativos; Educación de profesionales de la salud; Legislación sanitaria

ABSTRACT

In 2014, the World Health Organization urged member states to include palliative care in the education and training of health professionals, both in undergraduate studies and through specializations and continuing education. In this context, this note analyzes the way in which the Argentine legal system accepts this duty to incorporate education on palliative care in the training of medical and nursing professionals. To this end, the regulations at the national and provincial level on the issue are reviewed. Providing training in palliative care is a duty that arises from the Inter-American Convention on the Protection of the Human Rights of Older Persons and has constitutional status. It concludes that Argentina has a solid regulatory framework that promotes education and training at the undergraduate and graduate levels and in continuing education. The duty to provide training extends to volunteers.

Keywords: Palliative Care; Education of health professionals; Health legislation

1. INTRODUCCIÓN

En 2014 la Organización Mundial de la Salud exhortaba a los Estados miembro a incluir los cuidados paliativos (en adelante CP) entre los componentes de la educación y la capacitación de los profesionales de la salud, según los siguientes principios: integrar el entrenamiento básico en CP como un elemento de rutina en la formación de grado de medicina y enfermería; ofrecer entrenamiento intermedio a los trabajadores de la salud que trabajan habitualmente con pacientes con enfermedades amenazantes para la vida; y la disponibilidad de capacitación especializada en CP para los profesionales que se ocupan de los pacientes con necesidades mayores que las habituales(1)Having considered the report on strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course; 1 Recalling resolution WHA58.22 on cancer prevention and control, especially as it relates to palliative care; Taking into account the United Nations Economic and Social Council's Commission on Narcotic Drugs' resolutions 53/4 and 54/6 respectively on promoting adequate availability of internationally controlled licit drugs for medical and scientific purposes while preventing their diversion and abuse, and promoting adequate availability of internationally controlled narcotic drugs and psychotropic substances for medical and scientific purposes while preventing their diversion and abuse; Acknowledging the special report of the International Narcotics Control Board on the availability of internationally controlled drugs: ensuring adequate access for medical and scientific purposes, 2 and the WHO guidance on ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines; 3 Also taking into account resolution 2005/25 of the United Nations Economic and Social Council on treatment of pain using opioid analgesics; Bearing in mind that palliative care is an approach that improves the quality of life of patients (adults and children.

A su vez, entre los componentes propuestos por la Organización Mundial de la Salud para evaluar el desarrollo de los CP en un país se encuentra uno que refiere a la educación y la capacitación (2). Este componente se refiere a la existencia de recursos educativos para los estudios de grado, integrados a los planes de estudio, para las carreras de Medicina y Enfermería, la existencia de una especializada en medicina paliativa y la existencia de programas de educación continua para el desarrollo de habilidades básicas y avanzadas en la atención y tratamiento de personas con necesidades paliativas (2).

El tema resulta relevante pues la falta de educación en CP durante la formación de grado de medicina fue señalada como una barrera para el acceso a medicinas



en América Latina. (3). Según el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica de 2020, el 15% de las Facultades de Medicina en la región tiene una asignatura independiente de CP (4).

Dentro de este marco, en esta breve nota se analizará la forma en que la educación y capacitación de los profesionales de la salud aparecen en las normas sobre CP existentes en Argentina a nivel nacional y provincial. Desde ya, este trabajo se centra únicamente en el análisis normativo y se debe complementar con la consideración de los planes de estudio de las carreras de medicina y enfermería y la existencia de programas de especialización en concreto. Tal tarea excede los alcances de este comentario.

2. LA EDUCACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN CP A NIVEL NACIONAL

El primer antecedente normativo y de la más alta jerarquía, sobre el deber de promover la formación de los profesionales de la salud en CP se encuentra en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, aprobada por la Organización de Estados Americanos el 15 de junio de 2015 y ratificada por nuestro país por ley 27360 (B.O. 9/5/2017) y que cuenta con jerarquía constitucional por ley 27700 (B.O. 30/11/2022). En su artículo 19 sobre el derecho a la salud se señala el deber de los Estados Parte de "diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social" y "para hacer efectivo este derecho, los Estados Parte se comprometen a tomar las siguientes medidas:... j) Promover y fortalecer la investigación y la formación académica profesional y técnica especializada en geriatría, gerontología y cuidados paliativos. ...o) Promover y garantizar progresivamente, y de acuerdo con sus capacidades, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar". Se advierte así que la capacitación de los profesionales de la salud y de las personas que actúan como acompañantes es un deber del Estado.

En el plano legislativo, el 21 de julio de 2022 se publicó en el Boletín Oficial la ley 27678 que tiene por objeto "asegurar el acceso de los pacientes a las prestaciones integrales sobre cuidados paliativos en sus distintas modalidades,

en el ámbito público, privado y de la seguridad social y el acompañamiento a sus familias conforme a las presentes disposiciones" (artículo 1).

Esta ley significa un hito en la regulación normativa de los CP en Argentina (5) programas y presupuestos de salud es uno de los facilitadores del efectivo acceso a esos cuidados. Como objetivo, se buscó identificar las normas jurídicas vigentes en Argentina a nivel nacional y provincial vinculadas con CP para determinar cómo se cumple tal integración. MÉTODOS: Se relevaron las normas por medio de los buscadores jurídicos del país y se sistematizó la información con relación a la normativa, programas y presupuestos de salud. RESULTADOS: Se encontraron 125 normas vinculadas con CP (26 a nivel nacional y 89 a nivel provincial y sus disposiciones trascienden los aspectos acotados de la prestación de servicios y procuran articular acciones integrales entendiendo a los CP como un "modelo de atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades que amenazan o limitan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos, sociales y espirituales" (artículo 3).

En este marco, junto con el objetivo de "desarrollar una estrategia de atención interdisciplinaria" (artículo 2 inciso a) y "promover el acceso a las terapias" (artículo 2 inciso b), se encuentra como objetivo de la ley 27678 "promover la formación profesional de grado y posgrado, la educación continua y la investigación en cuidados paliativos" (artículo 2 inciso c). Concordantemente, al regular las funciones del Ministerio de Salud de la Nación como autoridad de aplicación de la ley, se consignan tres vinculadas con la educación y capacitación.

a) La primera atribución que surge del artículo 6 inciso f) de la ley es "fomentar la capacitación y formación en cuidados paliativos básicos para profesionales de la salud en todos los niveles educativos terciario o universitario, tanto en grado como en postgrado y la especialización en los mismos" Se advierte que el texto es amplio en sus alcances, en línea con las recomendaciones antes consignadas de la OMS. La ley aclara que este inciso "tendrá una aplicación gradual y progresiva, acorde al desarrollo de las acciones preparatorias en aspectos curriculares y de capacitación" (artículo 6 inciso f Ley 27678). En el Decreto 311-2023 reglamentario de la ley 27678 (B.O. 15/6/2023) se dispone: "Art. 6... f) La Autoridad de Aplicación desarrollará acciones con el fin de fortalecer capacidades en el personal de la salud acerca de cuidados paliativos básicos y especializados, pudiendo articularlas con otros organismos, instituciones académico-científicas y/u organizaciones de la sociedad civil".

En lo que respecta a la formación de grado, la resolución 798/22 del Ministerio de Educación (B.O. 18/3/2022) aprueba los estándares para la acreditación de carreras de Medicina y en el anexo 1 titulado "Contenidos Curriculares Básicos – Médico" se establece a los "Cuidados Paliativos" como un contenido básico, dentro del Eje "Abordaje clínico en personas adultas" que se debe brindar en todas las carreras de Medicina. Debe tenerse presente que, por disposición del artículo 43 de la Ley 24521 de Educación Superior (B.O. 10/8/1995), las carreras que pudieran poner en riesgo de modo directo la salud de los habitantes, como medicina, deben respetar en los planes de estudio los contenidos curriculares básicos que establezca el Ministerio de Educación, de acuerdo con el Consejo de Universidades. Justamente la resolución 798/2022 antes citada aprueba esos contenidos básicos y, por tanto, todos los planes de estudio de Medicina deberían incluir el contenido de "Cuidados Paliativos". Cabe aclarar que ello no significa que deba ser una asignatura independiente en el plan de estudios.

En lo que respecta a la carrera de Enfermería, no se ha encontrado mención explícita a los "cuidados paliativos" en los contenidos mínimos que deben ser respetados por los planes de estudio según la Resolución 2721/2015 del Ministerio de Educación (B.O. 9/11/2015). Sin embargo, hay referencias constantes a los cuidados y, en particular, a "la valoración del dolor, drogas para el tratamiento del dolor, terapias alternativas en el manejo del dolor".

En lo que concierne al nivel de posgrado, la creación de la especialidad en Enfermería en Cuidados Paliativos se realizó por Resolución 199/2011 del Ministerio de Salud de la Nación (B.O. 3-3-2011), mientras que la Especialidad Medicina Paliativa fue aprobada por Resolución 1814/15 del mismo ministerio (B.O. 19-10-2015).

b) La segunda función de la autoridad de aplicación en esta materia es la de "fomentar la capacitación y formación permanente en cuidados paliativos en todos los niveles de atención, con especial énfasis en la atención primaria de la salud" (artículo 6 inciso g Ley 27678). Al respecto, el Decreto 311-2023 dispone que "la Autoridad de Aplicación articulará con las distintas jurisdicciones en el ámbito del CONSEJO FEDERAL DE SALUD (COFESA) el desarrollo de capacitaciones para el personal del primer nivel de atención, promoviendo la detección oportuna de las personas que por su diagnóstico requieran atención de cuidados paliativos" (artículo 6 inciso g Decreto 311/2023).

c) La tercera atribución es complementaria y es la de "promover y apoyar la investigación científica en cuidados paliativos" (art. 6 inciso h Ley 27678). Al respecto, en el Decreto 311-2023 se dispone que "la Autoridad de Aplicación

articulará acciones con otros organismos e instituciones a través de las diferentes modalidades existentes para promover la investigación científica en cuidados paliativos. Asimismo, se incluirá esta temática como línea de investigación en salud pública en el marco de las Becas de Investigación 'Salud Investiga' o análogas, convocadas desde el área competente, en cumplimiento de las condiciones y requisitos de la normativa vigente" (artículo 6 inciso h Decreto 311/2023).

En síntesis, a nivel nacional encontramos un marco normativo adecuado para la concreción de las iniciativas de educación y capacitación en CP, con la fuerza normativa de la jerarquía constitucional.

3. LA NORMATIVA PROVINCIAL REFERIDA A LA EDUCACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN CP

El tema de la formación de profesionales es un objetivo y atribución que aparece en la mayoría de las normas provinciales sobre CP. A continuación, se ofrece un panorama siguiendo un orden cronológico según la fecha de aparición de las normas:

- Provincia de Buenos Aires: la ley 12347 (B.O. 22/12/1999) crea la Comisión Provincial de CP con la atribución de "promover la enseñanza universitaria de los Cuidados Paliativos tanto en el pre como en el posgrado de los profesionales de la salud" (art. 3 inciso b). El Decreto 357/2007 reglamentario de la ley 12347 (B.O. 9/8/2007) establece que la Comisión podrá: "1) Aconsejar sobre la posibilidad de celebrar convenios, conforme a las necesidades emergentes durante la actividad, con universidades públicas y privadas y otras asociaciones de prestigio nacional e internacional para diseñar las estrategias asistenciales y docentes de Cuidados Paliativos que utilizaran los profesionales que desarrollan esta disciplina. 2) Promover el desarrollo de cursos de capacitación presenciales y a distancia para agentes de salud de los diferentes organismos oficiales descentralizados (por Regiones Sanitarias, por localidades, etc.). Estos cursos se ofrecerán a cada una de las profesiones que tendrán participación directa y activa en los Cuidados Paliativos. 3) Formular programas de capacitación a través de Pasantías o Residencias, en los hospitales cabeceras, y también desarrollará acuerdos con las Áreas de Docencia del Ministerio de Salud para que los diferentes profesionales en formación tengan un período de trabajo en terreno en servicios reconocidos de Cuidados Paliativos" (artículo 3 – Anexo – Decreto 357/2007).

- Córdoba: la ley 9021 (B.O. 29/8/2002) crea el Programa Asistencial de CP y Tratamiento del Dolor y señala que el Ministerio de Salud, como autoridad de aplicación, debe fomentar el aprendizaje de las técnicas de CP para "la preparación y capacitación de los recursos humanos" (artículo 3). También se instituyen las Unidades de CP (artículo 5) y entre sus funciones se señala la de "optimizar la formación y capacitación de los profesionales implicados en la atención de enfermos terminales" (artículo 6 inciso h). Esta provincia adhirió a la ley nacional 27678 por ley 10947 (B.O. 29/1/2024).
- Río Negro: por ley 3759 (B.O. 16/10/2003) se crea la Comisión Provincial de CP y uno de sus objetivos es "mejorar la formación de profesionales y de todo el recurso humano implicados en la atención de estos pacientes" (artículo 3 inciso e). Entre las atribuciones de la Comisión se encuentra la de "promover la enseñanza universitaria de los cuidados paliativos tanto en el pre como en el posgrado de los profesionales de la salud" (artículo 9 inciso b). La provincia adhirió a la ley nacional 27678 por ley 5680 (B.O. 7/12/2023).
- Misiones: la Ley XVII -53 (B.O. 9/10/2006) tiene por objeto instrumentar el "Servicio de Cuidados Paliativos" (artículo 1). La ley también crea la Comisión Provincial de CP y entre sus atribuciones encontramos la de "promover y desarrollar objetivos docentes de investigación científica" (artículo 8 inciso e). También debe propiciar la formación y entrenamiento de equipos interdisciplinarios (artículo 8).
- Neuquén: la ley 2566 (B.O. 7/12/2007) crea el Programa Provincial de CP y entre sus funciones establece la de "capacitar en forma sistemática a los equipos interdisciplinarios; promoviendo la creación de equipos para el interior de la Provincia del Neuquén" (artículo 3 inciso d).
- Ciudad de Buenos Aires: la resolución 587/2010 del Ministerio de Salud (B.O. 22/3/2010) crea el Programa de CP. La educación y capacitación es un componente esencial de este programa y aparece entre sus objetivos específicos: "Impulsar la formación de los profesionales implicados en los cuidados de los pacientes y su entorno afectivo. Esta formación debe ser adaptada a las necesidades del profesional en función de sus competencias en esta materia. Además, se debe impulsar en todas las fases de formación profesional (pregrado, postgrado y continua)". Para el programa, "la formación de los profesionales y la coordinación entre ellos son las estrategias fundamentales para alcanzar el objetivo de mejorar la atención a estos pacientes, y proporcionar la continuidad en los cuidados". Considera

también a la formación como "una de las estrategias más potentes para el desarrollo de una red de trabajo". Entre las acciones del programa se incluye "desarrollar programas de capacitación progresiva de profesionales del equipo de salud, orientadas principalmente a los que desempeñen funciones en el primer nivel de atención así como acciones de educación comunitaria". Una particularidad de la resolución 587/2010 es que incluye entre sus acciones la formación del voluntariado social que participe del Programa. La resolución dedica un apartado completo (n. 5) a la capacitación para profesionales, a la que considera una prioridad del Ministerio de Salud. Allí se reconocen tres niveles diferentes: "introductorio, avanzado y especializado". La capacitación en el nivel introductorio está descripta así: "Con un objetivo de impregnación, dirigida fundamentalmente a las actitudes y conocimientos generales, debe ser universal, para todos los profesionales de la salud. Las metodologías pueden ser variadas, y tienen especial aplicación aquellas basadas en las necesidades del que aprende". El nivel avanzado está "dedicado a habilitar para la resolución de problemas frecuentes, dirigida a profesionales que atienden un número elevado de enfermos con patologías avanzadas (Oncología, Geriatria, Medicina Interna, Atención Primaria, etc.). Los métodos pueden ser cursos avanzados asociados a rotaciones o pasantías en servicios o recursos específicos en cuidados paliativos". Finalmente, el nivel especialización "habilita para responder a situaciones complejas de atención y está orientada, preferentemente, a profesionales que tendrán dedicación específica. La Residencia Interdisciplinaria de Cuidados Paliativos es el mejor ejemplo de formación en este nivel". La Resolución 587/2010 enuncia las medidas organizativas para esta capacitación. Se aclara que "el Ministerio de Salud incorpora anualmente en el área de especialización interdisciplinaria a los cuidados paliativos en el llamado a concurso para la cobertura de vacantes para residencia y concurrencia". Por su parte, la Resolución 541/2017 del Ministerio de Salud (B.O. 29/03/2017) aprueba el Programa Docente para la Residencia Postbásica Interdisciplinaria en CP.

- Entre Ríos: la ley 9977 (B.O. 2/8/2010) crea el Programa Provincial de CP y entre sus funciones señala la de capacitar a los equipos interdisciplinarios (artículo 6). La autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud (artículo 4).
- Santa Fe: la ley 13166 (B.O. 5/1/2011) de Cuidados Paliativos regula los servicios en la provincia y dispone que "la formación de los recursos humanos en cuidados paliativos y del voluntariado estará a cargo del

Ministerio de Salud quien establecerá, en la reglamentación, la modalidad y los requisitos para su acreditación" (artículo 7).

- Chaco: la ley 2066-G (B.O. 7/12/2012) crea el Sistema Provincial de CP. En el artículo 13, sobre "recursos humanos", se establece: "La formación de los recursos humanos en cuidados paliativos y del voluntariado estará a cargo del Ministerio de Salud Pública quien establecerá, en la reglamentación, la modalidad y los requisitos para su acreditación". Por su parte, la autoridad de aplicación tiene la atribución de "promover la formación y especialización continua de profesionales y voluntariados del sistema sanitario provincial, en el abordaje integral del paciente" (artículo 21 inciso b).
- La Rioja: por ley 9627 (B.O. 10/2/2015) se crea el Programa Provincial de CP y entre sus objetivos se señala el de "implementar y/o fomentar planes de capacitación y formación permanente en Cuidados Paliativos" (artículo 3 inciso 6). Entre las funciones del Ministerio de Salud, como autoridad de aplicación, se incluye la de "Fomentar la capacitación y formación permanente en Cuidados Paliativos en todos los niveles de atención" (artículo 5 inciso 7). La provincia adhirió a la ley nacional 27678 por ley 10573 (B.O. 13/12/2022).
- Catamarca: la ley 5488 (B.O. 11/11/2016) crea el Sistema de CP en la provincia. Al regular las modalidades de CP, expresamente se indica: "IV. Capacitación en Cuidados Paliativos: Para lo que se contará con un subsistema de capacitación en Cuidados Paliativos que estará abierto a la Comunidad, adecuando los contenidos de acuerdo a los intervinientes en el sistema, sean profesionales o voluntarios en cuidados paliativos" (artículo 7 inciso IV). Según el artículo 11, esta modalidad se debe prestar conjuntamente con otra de las enumeradas en el mismo artículo 7 (internación, ambulatoria, domiciliaria). En este marco, se crea la Comisión Provincial de CP que tiene la función de "promover la enseñanza universitaria de los Cuidados Paliativos y desarrollar objetivos docentes y de investigación científica" (art. 29 inciso II). En esta ley también se contempla la capacitación de los voluntarios, tanto como un derecho (artículo 23 inciso II), como una obligación del voluntario (artículo 24 inciso IV). La provincia adhirió a la ley nacional 27678 por ley 5784 (B.O. 11/11/2022).
- Santa Cruz: la ley 3501 (B.O. 22/11/2016) de Protección integral del enfermo de cáncer fomenta "la formación y capacitación del personal sanitario de la Provincia, en busca de una óptima atención mediante personal específicamente capacitado en cuidados paliativos y cuidados

domiciliarios cuando fuere necesario, contemplando la existencia de salas acordes a los grupos etarios de los enfermos" (artículo 9).

- Corrientes: por la ley 6424 (B.O. 19/12/2017) se crea el Programa Provincial de CP y entre sus objetivos se enuncia: "Implementar y/o fomentar planes de capacitación y formación permanente en cuidados paliativos" (artículo 3). En tal sentido, el Ministerio de Salud como autoridad de aplicación de la ley, tiene la atribución de "fomentar la capacitación y formación permanente en cuidados paliativos en todos los niveles de atención" (artículo 5).
- Tucumán: la Resolución 238-2019 del Sistema Provincial de Salud (B.O. 13/6/2019) aprueba el Programa del Dolor y CP. Entre sus objetivos específicos están el de "capacitar a los nodos establecidos para el manejo del dolor y/o cuidados paliativos de acuerdo al nivel de complejidad" y el de "Capacitar al personal de salud en base a las competencias necesarias según su nivel de complejidad". Al enumerar las actividades del Programa se reitera lo referido a la capacitación de los nodos. En esta resolución, se coloca la meta de "realizar 4 capacitaciones anuales para el equipo de salud, a partir del 2019". Tucumán adhirió a la ley nacional 27678 por ley 9583 (B.O. 27/9/2022).
- San Juan: la ley 1960-Q (B.O. 28/10/2019) crea el Programa Provincial de CP y define como una de sus funciones la de "capacitar a los equipos interdisciplinarios" (artículo 3 inciso d),

Para completar el análisis de las provincias con normativa específica sobre educación y capacitación hay que considerar aquellas que adhieren a ley nacional de forma expresa, es decir, Chubut (ley 1-738 B.O. 29/9/2022), La Pampa (ley 3478 B.O. 30/9/2022) y Salta (ley 8348 B.O. 17/11/2022).

Finalmente, en los casos de Formosa, Jujuy, Mendoza, San Luis, Santiago del Estero y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur no se encontró normativa específica sobre capacitación en CP. Ello no significa que no se realicen capacitaciones, por supuesto. Se trata únicamente del análisis del plano normativo.

4. CONCLUSIONES

Este estudio sobre las fuentes normativas que regulan deberes de brindar formación sobre CP a los profesionales de la salud arroja que se trata de una obligación estatal que cuenta con jerarquía constitucional en virtud de lo dispuesto

por el artículo 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. A su vez, la ley nacional 27678 de CP promueve "la formación profesional de grado y posgrado, la educación continua y la investigación en cuidados paliativos" (artículo 2 inciso c) y confiere atribuciones para ello al Ministerio de Salud de la Nación, como autoridad de aplicación. En Argentina están reconocidas las especialidades en CP en Enfermería y Medicina y los CP forman parte de los contenidos curriculares mínimos obligatorios a incluir en los planes de estudio de las carreras de medicina.

A nivel provincial, este deber de educación y capacitación está incluido en la mayoría de las normas que refieren a los CP, aunque con distintos alcances.

La Provincia de Buenos Aires y la Ciudad de Buenos Aires cuentan con la normativa más detallada, con mención específica a la formación de grado y posgrado, a la educación continua y a las residencias médicas. La Ciudad de Buenos Aires, por su parte, precisa tres niveles de formación: introductorio, avanzado y especializado. En el caso de Río Negro se menciona explícitamente la formación de grado y posgrado. Catamarca presenta la particularidad de incluir la capacitación en CP como una modalidad de atención, que debe ser dada en conjunto con alguna de las otras modalidades. En Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, La Rioja, Misiones, Neuquén, San Juan, Santa Cruz, Santa Fe y Tucumán las referencias a la educación y la capacitación son genéricas, generalmente como una de las funciones de la autoridad de aplicación de la norma. En el caso de Santa Cruz, la normativa que ofrece el marco a tal deber no es específica de CP sino que se vincula con la oncología. En los casos de Chubut, La Pampa y Salta no hay normas propias específicas, pero rige la ley nacional por la adhesión provincial.

Otras características que se pueden encontrar en las leyes son que las jurisdicciones de Ciudad de Buenos Aires, Catamarca, Chaco, La Rioja y Santa Fe tienen menciones específicas a la capacitación de los voluntarios. En el caso de la Provincia de Buenos Aires también menciona explícitamente la posibilidad de firmar convenios para fines de capacitación. Tucumán fija metas anuales en cursos de capacitación.

Finalmente, en Formosa, Jujuy, Mendoza, San Luis, Santiago del Estero y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur no se encontraron referencias explícitas en el plano normativo.

En síntesis, Argentina posee un marco normativo sólido en lo que concierne al deber de brindar educación y capacitación en CP en línea con las recomendaciones

de la OMS. Ello debe traducirse, lógicamente, en acciones concretas en el plano operativo. Pero ello excede el alcance de este breve comentario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 p. 1-5.

2. Organización Mundial de la Salud. Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators [Internet]. Ginebra: Organización mundial de la Salud; 2021. 72 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345532>

3. Vahos J, Rojas-Cortés R, Daza D, Osorio-Florez LC, Macías Saint-Gerons D, Pastrana T, et al. Barriers of Access to Opioid Medicines within the Context of Palliative Care in Latin America: The Perception of Health Professionals. *J Palliat Med.* febrero de 2023;26(2):199-209.

4. Pastrana, Tania T, De Lima, Liliana L, Sánchez Cárdenas MA, Van Steijn D, Garralda E, Pons, Juan José, et al. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica 2020. 2da. Houston: IAHP; 2021.

5. Lafferriere JN. Los cuidados paliativos en la normativa jurídica sobre salud en Argentina. *Rev Argent Salud Pública.* 2023 de 2023;15:e113.

LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS: PROPUESTA DE UN PROGRAMA ESTRATÉGICO INTEGRAL PARA EL SOSTENIMIENTO DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD

Fecha de recepción: 28/06/24

Fecha de aceptación: 30/07/24

Mg. Silvia J. Birnenbaum

Contacto: silviabirnenbaum@uca.edu.ar

- Bioquímica, especialista en Bioquímica Clínica-inmunohematología y Banco de Sangre.

Magister en Ética Biomédica. Profesora de Bioética en: Universidad Kennedy, Universidad Abierta Interamericana, Pontificia Universidad Católica Argentina.

Investigadora en Bioética y Miembro del Comité de Ética de la Investigación. Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA).

Bioquímica de planta del Servicio de Hemoterapia, Coordinadora del Comité de Bioética Hospitalaria y del Comité de Calidad del Hospital Santojanni. CABA.

Secretaria de la Carrera de Bioquímica y miembro del Comité de ética de la Investigación. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Kennedy.

RESUMEN

El encuentro personal entre el paciente y los miembros del equipo de salud, con frecuencia es mediado por la tecnología, lo que torna el acompañamiento del enfermo, en una atención despersonalizada, que por momentos puede rozar lo deshumanizado. Cada uno de los pacientes, merece ser visible a los ojos del equipo de salud, ser considerado en su integralidad y acompañado de una manera integral. Para esto, no son necesarios recursos onerosos ni programas de alto costo; sino que resultan imprescindibles los valores humanos y las herramientas bioéticas. Se propone una estrategia, conceptual y operativa, adaptada a la realidad argentina para dar inicio a la implementación del camino de la humanización en salud, en espacios de escasez de recursos y con presupuestos acotados; donde la gran fortaleza reside en las personas, sus valores y su voluntad solidaria. La misma, se sostiene en 4 pilares: el paciente, el equipo de salud, la institución sanitaria y la comunidad.

Palabras clave: Deshumanización – Despersonalización – Bioética – Humanización – Vulnerabilidad

ABSTRACT

The personal encounter between the patient and the members of the health team is frequently mediated by technology, which turns the accompaniment of the patient into depersonalized care, which at times can border on the dehumanized. Each of the patients deserves to be visible in the eyes of the health team, to be considered in their entirety and accompanied in a comprehensive manner. For this, onerous resources or high-cost programs are not necessary; but human values and bioethical tools are essential. A conceptual and operational strategy is proposed, adapted to the Argentine reality to begin the implementation of the path of humanization in health, in spaces of scarce resources and with limited budgets; where the great strength lies in the people, their values and their will to show solidarity. It is supported by 4 pillars: the patient, the health team, the health institution and the community.

Keywords: Dehumanization – Depersonalization – Bioethics – Humanization – Vulnerability

“Todo parece imposible, hasta que se hace”

Nelson Mandela

INTRODUCCIÓN

El encuentro personal entre el paciente y los miembros del equipo de salud, con frecuencia es mediado por la tecnología, lo que torna el acompañamiento del enfermo, el vulnerable, en una atención despersonalizada, que por momentos puede rozar lo deshumanizado. Esto resulta especialmente evidente en los momentos de mayor dependencia, donde es incuestionable que los principios que guían el comportamiento humano, son desplazados por criterios economicistas que tienden a generar programas que, en lugar de acompañar, cuidar, curar y proteger a la persona, simplemente la monitorean o asisten en funciones básicas de salud. Lo cierto, es que cada uno de los pacientes, merece ser visible a los ojos del equipo profesional sanitario, ser considerado en su integralidad y acompañado de una manera amorosa. Para esto, no son necesarios recursos onerosos ni programas de alto costo; sino que resultan imprescindibles los valores humanos y las herramientas bioéticas.

Resulta innegable la necesidad de atravesar el camino de la asistencia en salud, con una mirada humanizada sobre el paciente y esperanza en la relación personal, donde deben confluir el encuentro en la vulnerabilidad, permitiendo el acompañamiento holista en el tránsito del momento de enfermedad y sufrimiento. Porque, reconocer al otro, es reconocer al hombre, al ser humano, sin dejar de sentir su miseria y actuar en consecuencia. De allí surge el imperativo de la humanización. Esta tarea, no se relaciona exclusivamente con el mundo de la salud, sino que alcanza a todos los espacios dónde la persona se desarrolla. Sin embargo, es en el ámbito del cuidado de la salud, donde la debilidad se encarna con mayor peso, y la fragilidad se hace notoria frente al surgimiento de la enfermedad, es por eso que en ese marco se revela con mayor frecuencia, el sufrimiento humano, la dependencia y la necesidad.

La humanización se sostiene en el reconocimiento de la dignidad humana, de todos y cada uno de los pacientes. Concebida como el valor interno e insustituible que le corresponde a cada hombre en su razón de ser, siendo un fin en sí mismo.¹ Entendiendo que el mundo personal e íntimo forma parte fundamental de la vida de la persona enferma y marca el camino, en las decisiones que tome para su salud. No es lo mismo, ser humano, que transitar la vida humanamente. Es por

1 Ferrer, U. (1996). La dignidad y el sentido de la vida. *Cuadernos de bioética*, 26(2), 191-201.

esto que el desafío de humanizar la atención en salud, no puede darse sino de la mano de la bioética.

1. CONSIDERACIONES SOBRE LA DESHUMANIZACIÓN Y HUMANIZACIÓN

1.1. Deshumanización y despersonalización

A lo largo de siglos de humanidad, la tradición médica siempre se sostuvo, de manera casi exclusiva, en la escucha atenta, la observación minuciosa, la anamnesis y la exploración clínica. Se nutrió en el encuentro; con la vista enfocada en el ser del paciente, donde la exploración, resultó la base permanente de la asistencia. Se asentaba en la incorporación de los conocimientos científicos y la adecuación de estos, de manera artesanal al proceso de acompañamiento a cada paciente. En estos encuentros cobraba especial relevancia el uso de los sentidos clásicos del profesional para obtener información sensorial valiosa; utilizaba la vista, el olfato, el oído, el tacto; y en ocasiones el gusto.² Sin embargo, este modelo de encuentro clínico, comenzó a cambiar durante el siglo XIX, a través de la incorporación de los avances de otras ciencias que enriquecieron la práctica médica con nuevos dispositivos. Estos, comenzaron lentamente a instalarse entre las dos personas que por siglos tuvieron relación directa, estrecha: el profesional y el paciente.³ La asistencia mediada por la tecnología, se emplazó con fuerza, modificando para siempre el vínculo particular de la atención en salud.⁴ Con frecuencia se excusa al amparo de la técnica, la asistencia deshumanizada a los enfermos,⁵ sin embargo, no es la técnica la que genera la deshumanización, sino la persona. Esta, resulta una obra humana. Un aspecto de la deshumanización es la despersonalización, ya que humanizar es personalizar, es ver a la persona detrás de los actos y los recursos, detrás de los medios involucrados en los procesos.

Los adelantos tecnológicos en si mismos no resultan positivos o negativos;⁶ ellos pueden acercar o alejar sujetos, dar seguridad o vulnerar, humanizar o

2 Jackson, M. (Ed.). (2018). *A global history of medicine*. Oxford University Press.

3 González González, A. M. (2023). *Interpretar los factores que inciden en la deshumanización del personal de salud en la unidad de cuidados intensivos* (Masters thesis).

4 Rodríguez, L. A. J., Suárez, R. G., & Márquez, M. (2019). Deshumanización en la atención de la salud ¿son las TIC's el problema o la solución? *Mundo Fesc*, 9(17), 76-84.

5 Torres-Quevedo, R. (2021). La especialización versus la deshumanización de la medicina. *Revista de Cirugía*, 73(1).

6 Uribe, J. C. G., Noriega, A. V. A., & Carvajal, Ó. A. B. (2024). La técnica y el cuidado de enfermería: entre deshumanización y tecnificación. *Trilogía: Ciencia Tecnología Sociedad*, 16(32), 1-19.

deshumanizar. Solo depende del usuario, de su intensión, de la valoración moral de los actos que la involucran, pero, sobre todo, de comprender que son solo instrumentos que se incorporan en la atención sanitaria para el cuidado de la persona que se encuentra en un momento de debilidad, en la que no es suficiente la respuesta que se le ofrece desde la técnica.⁷ Con frecuencia el profesional y el paciente se encuentran vinculados por la tecnología, tornando la relación en impersonal, y llevando a depositar la confianza en el medio, instrumental o dispositivo; y no en el cuidador, el experto. Esto peligrosamente puede llevar a un reduccionismo, mediado por los recursos, que puede derivar fácilmente en una tecnolatría⁸ donde la ciencia instrumental desplaza la mirada centrada en la persona y la reduce a un mero objeto.⁹ Esto propicia la cosificación del paciente, que pone el acento en la enfermedad, sin llegar a vislumbrar rostros ni nombres, y permite la existencia de un vínculo mediado exclusivamente por la tecnología, que parece ajustarse al proceso de tecnificación y colonización tecnológica que torna volátiles a las personas. Es claro, desde la mirada de la humanización, que la persona debe iluminar el uso de la tecnología a fin de que esta no se vuelva deshumanizadora, dando paso a la soledad encarnada en la persona rodeada de monitores y equipos sofisticados, en una situación de profundo aislamiento.

La relación que se establece entre profesional y paciente, cuando es colaborativa, científicamente avalada, empáticamente efectivizada; logra que el acto asistencial se torne positivo y alentador para la salud, y recuperación de los hombres.¹⁰ En antagonismo, el vínculo tecnologizado, corre el peligro de no resultar terapéutico, sino que la despersonalización y deshumanización que priman, generan desconfianza, insatisfacción y frustración que llevan a instalar el desencanto y la ecpatía, excluyendo los sentimientos, actitudes y motivaciones que despierta el otro en el acto de cuidado.^{11,12}

7 Núñez, M. D. L., & Batista, M. Á. (2020). Factores que influyen en la satisfacción de usuarios de los servicios de salud. *Saluta*, (2), 71-88.

8 Aguayo, F. J. G. (2021). La crisis de la medicina: sus males y posibles remedios. *Razón y fe*, 283(1451), 283-290.

9 Pérez, S. L. (2020). La deshumanización de la técnica. *Eikasía Revista de Filosofía*, (93), 119-143.

10 Warraich, H. J., Califf, R. M., Krumholz, H. M. (2018). The digital transformation of medicine can revitalize the patient-clinician relationship. *NPJ digital medicine*, 1(1), 49.

11 de Rivera, J. L. G. (2005). Empatía y ecpatía. *Avances en Salud Mental Relacional*, 4(2).

12 Pedraza Chavarro, P. A. (2022). Expresión de la empatía en hombres y mujeres universitarias (os): una aproximación a los contextos tecnomedios. Universidad Externado de Colombia.

Tanto la deshumanización como la despersonalización se soportan en la pérdida de los atributos humanos, el menoscabo de la dignidad de la persona,¹³ y la indiferencia y insensibilidad en la interacción con los demás.¹⁴ Esto logra transformar al sufriente en un número, una cama o una patología, despojándolo de toda identidad y rasgo de humanidad mediante la pérdida de sus rasgos personales.^{15,16} De este modo, las relaciones entre los miembros del equipo de salud y los pacientes, se tornan frías e insensibles, vínculos desprovistos de sentimientos y humanidad, donde la praxis sanitaria pierde su razón de servicio.¹⁷ En este contexto, resulta dificultoso desarraigar el paternalismo médico que privilegia la enfermedad por sobre la persona enferma, y permanece presente de la mano de la despersonalización, en múltiples espacios sanitarios. Esto incrementa el malestar de los pacientes y hasta puede desencadenar la aparición de nuevos males. El antídoto a este flagelo se sostiene sobre dos pilares; la responsabilidad individual y el mundo de los valores. Estos que permanecen emplazados en este proceso, aunque invisibles a los ojos de muchos, y favorecen el progreso de relaciones funcionales, a alianzas personales. Sin valores, la deshumanización emana fuertemente, cuando no se integra la proporción de moralidad que obliga al hombre a reconocerse constitutivamente como un ser moral,¹⁸ a valorar la integridad como condición inexcusable de su realidad, la misma que lo incita a buscar a través de la razón y la deliberación permanente, el bien para la persona en estado de vulnerabilidad. Esto deriva en la falta de consideración hacia el otro, hacia la persona. No se presume a cada hombre como sujeto individual, valioso en sí mismo e independiente de todos los demás,¹⁹ desconociendo su estatus ontológico que obliga a considerarlo un fin y nunca un medio. El peligro de esto, se refuerza sumando la mirada centrada en el negocio de la enfermedad²⁰ y la

13 Santos, U. F. (2008). El viviente, la vida y la calidad de vida. *Cuadernos de Bioética*, 19(2), 213-221.

14 Gafo, J. (1997). Diez palabras clave en bioética. Estella: Verbo Divino.

15 Villanueva, M. (2023). Ser paciente como categoría límite de la galenidad: un análisis relacional a la deshumanización de la medicina. En *claves del pensamiento*, 17(33).

16 Groopman J. ¿Me está escuchando doctor? Un viaje por la mente de los médicos. RBA editores. Barcelona, 2008

17 Pérez Cuervo, J. J., Pérez Alcántud, R., & Yero González, R. C. (2022). Humanismo, como valor esencial en la formación del estudiante de las ciencias médicas. *Multimed*, 26(5).

18 Díaz Gamba, W., Torres Melo, A. K., & Sierra Rivera, C. M. (2021). La tecnología como factor de humanización o las tecnologías de la deshumanización. *Nómadas*, (55), 241-250.

19 Masiá Clavel, J. (1997). *El animal vulnerable: invitación a la filosofía de lo humano* (Vol. 21). Universidad Pontificia Comillas.

20 Maestre, B. R. (2013). Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. *Medicina paliativa*, 20(1), 19-25.

medicalización de la salud, que prioriza los intereses profesionales, de laboratorios y corporaciones sanitarias, alejando al equipo de salud de la búsqueda del bien sostenida por los actos responsables de cada uno de sus miembros. El principio de la responsabilidad, conlleva la obligación moral de hacerse cargo, de ser garante y actuar solidariamente.²¹

1.2. Humanización

Humanizar refiere a humanidad. Este concepto nos sumerge en diferentes pensamientos partiendo de la noción de naturaleza humana, y atravesando el camino de la corporeidad del *ser*, como el colectivo que incluye a todos los hombres, y las emociones como simpatía, empatía y compasión entre otras. También nos retrotrae a la concepción de "humus", en su significación de "tierra", reforzando la idea del vínculo "hombre-tierra" que sostiene la tradición bíblica, donde el primer hombre, Adán,²² es creado a partir de la tierra,²³ y representa la humanidad toda.²⁴ Es por esto que el término humanizar presenta una doble perspectiva; el lado religioso, y el de la naturaleza del hombre, en la que confluyen la espiritualidad con la propia humanidad.

Humanizar es cercanía, humildad, amabilidad y bondad.²⁵ Significa hacer que una realidad sea digna de la condición del hombre, de los valores que posee y le son intransferibles. Humanizar es hacer humano.²⁶ Un vocablo que se utiliza para expresar el deseo de que un acto sea bueno, se ajuste a la condición humana o respete la dignidad de la persona. Sin embargo, lleva implícita la esperanza de un futuro mejor, de un crecimiento, ya que en ocasiones la intención de humanizar se vincula con lo utópico, con lo aún no alcanzado, supone la idea de una mejora, de alcanzar un nivel equiparable al del hombre en su plenitud.

El proceso de humanización se sostiene en la toma de conciencia de sí mismo, de la condición personal que permite mirar y considerar a otro; y la condición humana

21 Urdaneta, E. U., Márquez, M. V., & Vera, P. M. (2023). Responsabilidad Bioética en el Cuidado. *Journal of Science and Research*, 8(II CICS).

22 Cohen, S. (2017). El hebreo en España defendida de Quevedo. *Sefarad*, 77(1), 145-161.

23 Génesis 1:26-28

24 Aguer, H. R. (2017). El adam: ¿ naturaleza o construcción? *Sapientia*, Vol. LXXIII, fasc. 242.

25 La edición actual del Diccionario de la Real Academia Española (2023), vincula humano con adjetivos como comprensivo, sensible, solidario.

26 Real Academia Española (2023): Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., versión 23.7 en línea. <<https://dle.rae.es>>

en la naturaleza, la relación única con el entorno que nos contiene. Entendiendo que el hombre posee en el mundo, un puesto esencial, privilegiado y diferente a cualquier otro ser.²⁷ Por lo que el objetivo principal de humanizar una realidad, es hacerla digna de la persona, coherente con sus valores,²⁸ con su naturaleza, que es humana. Entonces, en relación a la asistencia en salud, la humanización resulta en actos humanos que el profesional sanitario debe pensar y repensar, para que se orienten al bien del enfermo, entendiendo el deber de asistencia y responsabilidad con la persona en estado de vulnerabilidad y debilidad, que no siempre resulta capaz de hacerse cargo de sus propias necesidades. Evitando que las relaciones de ayuda se transformen en intervenciones paternalistas que sustituyan la voluntad del paciente y permitan la participación responsable de este en la toma de decisiones para su vida de acuerdo a la capacidad que posea.

La mirada humanizada sobre el otro, involucra la solidaridad. Comprender que es posible detectar el dolor y el sufrimiento, y conectarse con la persona que los atraviesa de manera de brindar apoyo, respaldo y protección, haciéndose cargo del que no puede asumir, y dando de sí para otro, a modo de entrega. Esto puede concederse en tiempo, apoyo, reconocimiento, entrega de recursos materiales e inmateriales y protección. Son actos humanos basados en la responsabilidad, y elegidos de manera voluntaria y libre, teniendo la capacidad de comprometerse consigo mismo y con los otros, a través de actos buenos, actos humanizantes,²⁹ que sostienen una red de interrelaciones e interdependencias. Humanizar resulta en mejorar las vidas de las personas, la búsqueda de la felicidad desde el cuidado, el compromiso y el acompañamiento. Procurar la propia humanización y la humanización de la comunidad humana.

27 Scheler, M. (1972). *El puesto del hombre en el cosmos* (J. Gaos, Trad.). Losada; 109.

28 Monge, M. Á. (2001). Angelo BRUSCO, Humanización de la asistencia al enfermo, «Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud», Sal Terrae, Santander 1999, 141 pp. Scripta Theologica, 33(1), 333.

29 Chaparro Avellaneda, C. A. Hacia una propuesta pedagógica humanizante: debates colectivos sobre vulnerabilidad, interdependencia y cuidado (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).

1.3. Vulnerabilidad

El proceso de enfermar hace que las personas se sientan más vulnerables y frágiles, por lo que resulta fundamental la actitud de los profesionales, dispuestos a respetarlas y reconocerlas en la interacción con ellas. En este sentido, la presencia humana ante las personas enfermas, se manifiesta insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar empatía, escuchar, expresar sensibilidad y comprensión con la situación del otro.³⁰

El reconocimiento y la preocupación por el vulnerable constituye el motor de la humanización, que se efectiviza en el cuidado en una doble tarea: el cuidado personal y el cuidado competente. Este último se refiere al cuidado basado en conocimientos y experiencias profesionales, que velan por el cuidado de toda la corporeidad humana, mientras que el personal, requiere de sensibilidad, confianza, comunicación asertiva y valores humanos que permitan llegar a la compasión. Esto es necesario porque la vulnerabilidad está en directa relación con la dignidad humana, basada en el ser y no en la sola idea de existir.

2. HERRAMIENTAS PARA EL SOSTENIMIENTO DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS

La humanización de los servicios asistenciales en la salud hace referencia a mejorar el trato, a ser bien educados, gentiles, sociables, atentos, cálidos, acogedores, en concreto: empáticos con el otro.³¹ En la atención en salud, es un imperativo ético fundamentado en que el acompañamiento debe realizarse siguiendo una serie de criterios y postulados referidos a un trato y cuidado "humano"; es decir basado en la calidad, integralidad e integridad del servicio; la calidez y sensibilidad en la atención; la afirmación de la dignidad y el respeto a la intimidad, libertad e individualidad, así como el respeto de los derechos del paciente en la relación entre el equipo de salud y el contexto con el cual interactúa.^{32, 33} En consecuencia, humanizar es un proceso complejo que atraviesa

30 Gutiérrez Fernández, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista clínica de medicina de familia*, 10(1), 29-38.

31 Castro, L. R., Gubert, I. C., Duro, E. A., Cudeiro, P., Sotomayor, M. A., Estupiñan, E. M. B., Sorokin, P. (2018). Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Revista iberoamericana de bioética*, 8-12.

32 Obando Cabezas, L. (2020). *Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo prioritario*. Editorial Universidad Santiago de Cali.

33 March, J. C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Rev. calid. asist*, 245-247.

todas las esferas de la persona.³⁴ Busca promover y proteger la salud del hombre, curar enfermedades y garantizar una vida sana y plena a nivel psicofísico, social y espiritual, reforzando la noción de unicidad e irrepetibilidad de cada uno.³⁵ Humanizar también es cuidar de quienes cuidan. Es respetar la personeidad de los profesionales, evitando considerarlos simplemente recursos del propio sistema y comprendiendo que son quienes llevan adelante todos los procesos en el cuidado humanizado.

Humanizar resulta, por consiguiente, un desafío no solo para el equipo de salud, sino para las instituciones, ya que afecta a las estructuras sanitarias, a los establecimientos donde se asiste a las personas enfermas, el diseño y la organización de los mismos, la accesibilidad, el confort, la funcionalidad y la señalización.³⁶ Combinar la ciencia y la humanización resulta entonces un gran reto, pero a la vez una gran oportunidad de mejorar la asistencia sanitaria traspasando la toma de decisiones por los valores de las personas involucradas. Esto permite afrontar los conflictos bioéticos con una metodología acorde y al mismo tiempo, la incorporación de estrategias que permitan el desarrollo de actividades humanizadas en torno a la atención sanitaria. Parte de la planificación tendiente a la humanización en salud, resulta en la incorporación de un comité de bioética clínico, que aporta un apoyo insustituible a la hora de resolver dilemas éticos y establecer nuevos procedimientos y algoritmos de toma de decisión centrados en la persona.³⁷ Otro aliado para lograr este objetivo es el Decálogo de la humanización en salud (DHS) que permite al equipo de profesionales contar con pautas valiosas para su vinculación con los pacientes.³⁸ Si bien existen múltiples versiones de este instrumento, adaptadas a la realidad y características de cada población, todos estos documentos poseen en común el espíritu de cuidado y acompañamiento en busca del fortalecimiento de estrategias que fomenten el trato cálido, considerado y respetuoso de la privacidad y la dignidad del paciente y su familia proporcionando un entorno seguro y confortable.

34 Bermejo, J. (1999). *Salir de la noche: por una enfermería humanizada* (Vol. 1). Editorial Sal Terrae.

35 Boladeras, M., & Akrich, M. (2015). *Bioética del cuidar, ¿que significa humanizar la asistencia?*. Tecnos.

36 Bermejo Higuera, J. C. (2014). Humanizar la asistencia sanitaria: aproximación al concepto. *Bilbao: Desclée de Brouwer*.

37 Aguado, L. C. M. (2019). Humanización sanitaria, gestión clínica y derechos humanos. *Actas de coordinación sociosanitaria*, (25), 59-83.

38 Guevara, R. P., & Quiñones, E. G. (2017). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del INSALUD (1984): logros y retos actuales. *Actualidad del derecho sanitario*, (251), 975-977.

2.1. Comité de Bioética

El comité de bioética es un órgano consultivo, multidisciplinario y plural,³⁹ ofrece protección a la comunidad sanitaria al generar espacios de diálogo dentro de las instituciones de salud, garantizando el respeto por la libertad responsable de las personas.⁴⁰ Resulta un espacio valioso para asistir en la resolución de los conflictos morales en el campo de la salud, asegurando la preservación de la dignidad y humanidad de cada paciente. También son inestimables al momento de elaborar recomendaciones y directivas que respondan a las necesidades de los pacientes, familiares y miembros del equipo de salud, desde una perspectiva respetuosa de los valores implicados. Este tipo de equipo de trabajo, aporta a la mirada humanizada de atención, basada en los valores humanos que la sostienen. Entre ellos se destacan: integridad, honradez, imparcialidad, justicia, veracidad, igualdad y respeto. De esta manera convierte el esquema clásico de la relación profesional-enfermedad, a una enriquecida relación profesional-paciente, donde se torna evidente la persona.

Con frecuencia, la atención sanitaria valora escasamente la personabilidad⁴¹ de los enfermos, olvidando detenerse en lo importante de su ser, y solo, aunque no superficialmente, se aboca a lo biológico.⁴² Es así que, por ejemplo, al realizar una radiografía, se transparenta la superficie de la corporeidad y se capta intrusivamente su interior; se puede ver debajo de las capas de piel para conocer lo íntimo del paciente, sin embargo, aun teniendo la posibilidad del conocimiento esencial del enfermo, no resulta esta evidente a los ojos de muchos profesionales de la salud. En este punto, es el comité de bioética el que logra posicionar al paciente en un lugar diferente, visible y considerado, arbitrando los medios para que sea partícipe real en la toma de decisiones sobre su vida y su salud. Lo protege, lo acompaña y lo cuida.

Son estos comités quienes sostienen lazos que permiten comunicar la atención en salud con las humanidades, encarnadas en la realidad concreta de cada

39 Abel, F. (1996). Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*, (44), 5-15.

40 Digilio, P. (2004). Los comités hospitalarios de bioética en Argentina y las implicancias de sus funciones para las políticas de Salud. In *Los comités hospitalarios de bioética en Argentina y las implicancias de sus funciones para las políticas de salud* (pp. 47-47).

41 Rosas, D. I. R. (2023). Pensar el cuidado a partir de la noción antropológica de persona. *Scripta Ethnologica Nueva Epoca*, 45(1).

42 Millán, Á. G., & Sastre, J. F. G. (2022). ¿ En qué me puede ayudar mi comité de ética asistencial?. *Salux: revista de ciencias y humanidades*, 8(13), 18-24.

paciente que lo consulta y a la vez de quienes no lo hacen, pero se benefician indirectamente con los proyectos y pautas que sus miembros elaboran para la atención centrada en la persona. Si bien las orientaciones del comité de bioética no son vinculantes, resultan en valiosos aportes y sugerencias para enriquecer a atención en salud.

2.2. Decálogo de la humanización en salud

Resulta evidente que la incorporación de la tecnología en la relación clínica tiene ventajas apreciables, como el proporcionar mayor accesibilidad, reducir los desplazamientos, minimizar los riesgos para la salud, facilitar el ahorro de tiempos y eficiencia en el uso de los recursos junto con la consolidación del autocuidado. Por otro lado, se multiplican los inconvenientes que derivan en la despersonalización de la asistencia en salud como consecuencia de la incorporación de un medio técnico, la discriminación que procede de la imposibilidad o dificultad en el acceso, y la deshumanización que surge de la ausencia del cuidado personal y el apoyo emocional. Se instala así un distanciamiento, como consecuencia de la conformación de un nuevo esquema de atención sanitaria con un enfoque industrial. Este, se sostiene fuertemente en la tecnología, en la confianza en la misma, en su eficiencia y estandarización, y propicia un debilitamiento del encuentro. Por tal razón, es necesario adoptar una postura superadora que busque aceptar el progreso y minimizar sus inconvenientes, de manera que la relación clínica se desarrolle sostenida en los principios bioéticos, procurando el bien del paciente y evitando generar un daño adicional al ya sufrido. Se deben optimizar las estrategias para garantizar el respeto por la dignidad y por la intimidad.

La respuesta a este desafío, debe centrarse en dar valor a la humanización de la asistencia sanitaria sin perder la visión de las personas como eje central del sistema de salud, para que este tenga un carácter transversal e impregne en la organización los valores fundamentales como la empatía, la cercanía y la escucha activa, logrando impulsar acciones concretas para apoyar y sostener el cambio. Parte de estas herramientas se pueden ordenar en forma de DHS,^{43,44} que constituya un conjunto de reglas básicas que ordenen la actividad y tiendan al compromiso de la totalidad del equipo de salud. Existe una gran variedad de

43 de la Cueva, G. L. F., Álvarez, D. B., Rodríguez, L. M. M., Pérez, C. P., Ramírez, R. M. M. (2018). La humanización de la atención de enfermería en salud laboral. *Revista Enfermería del Trabajo*, 8(1), 18-26.

44 Alonso, A. H. Capítulo 3. Humanización. *El futuro de la farmacia clínica y hospitalaria*, 65.

DHS publicados por diferentes entidades que tienden a organizar las actividades mínimas que favorecen la humanización en salud en diferentes espacios de atención. Estos, proveen tácticas simples, que no sobrecargan a los profesionales y pueden implementarse si grandes requerimientos, donde la justicia, el cuidado, el respeto y la consideración integral por la persona devenida en paciente, se hacen presentes.

El DHS oficia de guía que busca fortalecer las relaciones, se propone estructurarlo en tres ejes: el momento personal, el momento del encuentro entre las personas, y el momento de la asistencia sanitaria. En el primero, debe destacarse la importancia de que el profesional se identifique frente a un enfermo, presente al mismo tiempo al equipo acompañante y llame al paciente por su nombre. La primera impresión, cuya importancia es conocida en cualquier relación humana, alcanza en el trabajo médico, una extraordinaria significación. Un médico, interesado en aumentar la seguridad del enfermo desde el primer momento, debe preocuparse en nombrarlo y tratarlo con cercanía, recibirlo de pie, estrechar su mano, e indicarle su asiento para evitar situaciones de ambigüedad, que generan ansiedad.⁴⁵ Esto, en el acompañamiento humanizado debe complementarse con la escucha activa, que consiste en escuchar atentamente a los pacientes, no solo intentando comprender lo que manifiestan, sino mostrando genuino interés en sus relatos. De esta manera también es posible encontrar el camino para resolver las situaciones tensas y disponer de tiempo para pensar argumentos y soluciones que en definitiva mejoren su vida y aceleren el proceso de recuperación. Mejorar las habilidades de comunicación, puede contribuir a mejorar la calidad de las mismas y por tanto obtener un excelente resultado al hacerlo con el paciente ⁴⁶ y a la vez, acelerar el proceso de curación. ⁴⁷ El diálogo debe centrarse en la empatía, y el intento de comprender lo que sienten los pacientes y sus acompañantes, ya sea que lo manifiesten de un modo verbal y no verbal. En particular, para los profesionales, resulta de suma importancia la utilización de este último, para apoyar el discurso, ya que, al empatizar, el experto deja de ser solo un referente

45 González Menéndez, R. (2004). Exigencias y trascendencia humanística de la entrevista médica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(5-6).

46 Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., Rimondini, M. (2019). Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 12, 461-474.

47 García, J. A. S., Ruiz, J. A., Baños, A. I. C., Lázaro, J. A. M., & Ramis, B. S. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*, 13(2), 276-292.

del saber técnico, para pasar a mostrarse como un igual en su calidad de persona, lo que fortalece la relación. En la comunicación, se recomienda la incorporación de un lenguaje sencillo para abordar cualquier recomendación, de forma que el paciente pueda entender en todo momento lo que se quiere transmitir. Luego de esto, al enfrentarse a la decisión subjetiva, se debe respetar la medida que tome y procurando fortalecer su libertad, el autocuidado y su individualidad.

El DHS, en un segundo momento, debe ofrecer estrategias para fortalecer el espacio del encuentro, sugiriendo acercarse a la persona, no centrarse solo en su patología sino en el hombre que la padece, fomentando la cercanía y el contacto físico. Nunca resulta excesivo que el paciente se sienta protegido, seguro e inmerso en un clima de confort. El profesional debe ser amable, educado y cortés con familiares, profesionales y pacientes, utilizando en la conversación palabras como gracias, perdón y por favor. En muchas ocasiones la falta de tiempo, hace olvidar estos requisitos indispensables para un trato humanizado. Una expresión de empatía por la angustia emocional de un paciente requiere sentir sinceramente la preocupación, y expresarlo. La solidaridad emocional transmitida por un médico a un enfermo acerca a ambos en su común humanidad, lo que fortalece la relación. Pero, además, dado que percepción, emoción y cognición son dimensiones de la experiencia y que es imposible entender una emoción sin tener idea de la experiencia del paciente que la evoca; la empatía requiere comprender las experiencias. Al momento del encuentro, se sugiere proporcionar comodidad, intimidad y privacidad. Entendiendo que esta última en particular, resulta un requisito esencial para el desarrollo particular, y es también un derecho fundamental que extiende esa condición de la esfera estrictamente personal a su vida familiar, su imagen, su honor. El carácter confidencial que reviste la información clínica, adquiere mayor importancia cuando la asistencia es mediada por la tecnología, debido a la gran cantidad de datos individuales que pueden permanecer accesibles sin autorización del paciente. Surge una necesidad ineludible de fomentar una cultura entre los profesionales sanitarios sobre el respeto a la intimidad y la protección de los datos de la persona, enmarcados en el secreto profesional.⁴⁸ La creciente interoperabilidad de los sistemas tecnológicos impone la valoración de los requerimientos técnicos adicionales para esta protección y cuidado que resultan piezas fundamentales en la relación

48 OMS. Estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025 de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020924>

equipo-paciente, sostenidas en la confianza y la entrega.⁴⁹ Los pacientes conceden acceso a sus cuerpos para estudios y tratamientos, pero ellos esperan que los profesionales eviten contactos físico innecesarios o su exposición de manera superflua.⁵⁰ El conocer más al paciente, implica su consideración como persona, miembro de la familia y como parte de una sociedad del cual no se puede aislar, involucra también saber que como ser humano tiene necesidades comunes a él.⁵¹

En cuanto al momento propio de la asistencia sanitaria, el DHS debe agregar a las recomendaciones anteriores, la sugerencia de facilitar la accesibilidad. Es importante intentar a reducir las barreras y limitaciones que obstruyen el acceso a una atención integral de la salud,⁵² tanto materiales como inmateriales, ya que con frecuencia el acceso se ve limitado no solo por el diseño de la infraestructura, sino por la falta de disponibilidad de turnos de atención profesional.⁵³ Al mismo tiempo, es importante señalar la importancia de respetar el descanso,⁵⁴ haciendo un uso adecuado y responsable de las señales acústicas y luminosas que se asocian a la tecnología en la institución. Esto último resulta indispensable en el proceso de sanar.

La implementación institucional del DHS, como herramienta, permitirá delinear estrategias que tiendan a potenciar los comportamientos del cuidado humanizado, focalizando en cada persona y adaptarlo a los distintos sectores, trabajadores en salud y modelos institucionales.

49 Ila-García, A., Contreras-Martos, G. M., Ochando-García, A. (2022). Intimidad percibida por los pacientes en una unidad de hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 25(3), 239-247.

50 Salles, A. A., Castelo, L. (2023). Privacidad y confidencialidad en los procesos terapéuticos: presencia de fundamentos bioéticos. *Revista Bioética*, 31, e3340PT.

51 Zapata-Ramos, D. W., Vizcacho-Jimenez, E. M. (2021). Satisfacción percibida y cuidado humanizado de enfermería en un hospital de EsSalud. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 1(2), 163-171.

52 Schneidermann, D. J. (2012). Facilitando la accesibilidad desde distintos ámbitos de intervención profesional. *Revista Margen*, (66).

53 Montori, V. (2020). *La rebelión de los pacientes: Contra una atención médica industrializada*. Antoni Bosch editor.

54 Hernández, A. M. S. (2003). Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. *Cuadernos de bioética*, 14, 39-60.

3. PROPUESTA DE UN PROGRAMA ESTRATÉGICO INTEGRAL PARA EL SOSTENIMIENTO DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD

La humanización de la salud resulta un gran desafío; debe ser estructurada como un programa estratégico; todos sus procesos, lineamientos y directrices deben estar enfocados en la persona que padece la enfermedad y en quienes hacen todo lo posible para ofrecer el mejor de los servicios asistenciales.^{55, 56} Es importante recalcar que todo lo que se pueda hacer en el sistema de sanitario debe ser para preservar la vida humana, para cuidar la salud y respetar la dignidad de las personas y sus derechos.⁵⁷ La creación de entornos saludables que sostengan la atención integral de los individuos,⁵⁸ permitirá el acompañamiento armónico y el trato humanizado con ellos y su familia.

Se propone una estrategia, conceptual y operativa, adaptada a la realidad argentina para dar inicio a la implementación del camino de la humanización en salud, en espacios de escasez de recursos y con presupuestos acotados; donde la gran fortaleza reside en las personas, sus valores y su voluntad solidaria. La misma, se sostiene en 4 pilares: el paciente, el equipo de salud, la institución sanitaria y la comunidad.⁵⁹

3.1. En relación al paciente:

3.1.1. Acceso al espacio de atención: Garantizar el acceso universal a la atención sanitaria en igualdad en cuanto a la calidad y la oportunidad para todos los pacientes, independientemente de las circunstancias personales que los acercan a la consulta.⁶⁰ Esto incluye a todas las personas, en especial quienes resultan con frecuencia invisibles a la mirada del sistema sanitario como los integrantes

55 Lobo-Osorio, D., Oviedo-Córdoba, H., Cortina-Navarro, C. (2023). La experiencia del cuidado humanizado en personas hospitalizadas: un estudio transversal. *Duazary*, 20(2), 17-27.

56 Duro Robles, R. E., Prieto Valle, J. M. (2022). Pla d'Humanització en l'Àmbit de la Salut 2022-2027.

57 Correa Zambrano, M. L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista cuidarte*, 7(1), 1210-1218.

58 Villarroel López, J. M. (2023). *Cuidado humanizado en pacientes críticos desde la teoría de jean watson* (Masters thesis).

59 Fuentes, M. D. C. P., Jurado, M. D. M. M., Peco, I. H., Linares, J. J. G. (2019). Propuesta de un Modelo de Humanización basado en las Competencias Personales: Modelo HUMAS. *European Journal of Health Research:(EJHR)*, 5(1), 63-77.

60 Henao, C., Lis-Gutiérrez, J. P., Lis-Gutiérrez, M. (2023). Desigualdad en el acceso a la atención sanitaria: Una perspectiva latinoamericana. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3, 355-355.

de las poblaciones vulnerables, teniendo en cuenta en particular sus necesidades específicas y su realidad social. Es importante considerar su fragilidad, ubicación geográfica, cultura y cualquier otro factor que afecte incrementalmente su posibilidad de susceptibilidad.⁶¹

3.1.2. Personalización de la atención: Ofrecer un trato digno y personalizado en todos los procesos de diagnóstico y tratamiento, entendiendo que la persona es una totalidad y como tal, debe asistirse de manera integral, en todas sus dimensiones personales.⁶² Esta mirada invita a conocer al paciente, su entorno, su realidad social, su temporalidad interna⁶³ junto con sus creencias y costumbres. Al mismo tiempo, debe hacerse presente el principio de la explicabilidad,⁶⁴ que obliga al profesional a explicar al paciente las implicancias que posee el uso de una tecnología en su proceso de cuidado junto con la justificación de la implementación de la misma.

La atención personalizada obliga a la flexibilidad institucional, dado que en algunas situaciones se debe arbitrar los medios para lograr el acompañamiento en situaciones que no se vean contempladas en las guías y reglamentos de los establecimientos.⁶⁵ Un ejemplo de esto son los permisos especiales necesarios para los pacientes que cierran su ciclo de vida, como lo son salidas de la entidad, para ver el mar, un sitio especial de su historia persona; contraer matrimonio, recibir la visita de una mascota o personalizar la habitación.⁶⁶

61 Morais, T. C. A. D., Monteiro, P. S. (2017). Los conceptos de vulnerabilidad humana y la Integridad individual para la bioética. *Revista Bioética*, 25, 311-319.

62 Abalos, J. B. B. (2023). Claves para la construcción de un modelo bioético para la atención humanizada de los servicios de salud a partir del modelo colombiano. *Revista Científica Multidimensional Magna Sapientia*, 1(1), 22-28.

63 Santos, U. F. (2013). Sentido de algunos principios bioéticos personalistas. *Cuadernos de bioética*, 24(1), 31-37.

64 Elias, M. A., Faversoni, L. A., Moreira, J. A. V., Masiero, A. V., Cunha, N. V. D. (2024). Inteligencia artificial en salud y sus implicaciones bioéticas: una revisión sistemática. *Revista Bioética*, 31, e3542PT.

65 de Sanidad, C. (2016). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. *Madrid: Biblioteca Virtual*.

66 Farelo, A. D., Rodríguez, M. L. D., Aragón, A. G., Salas, T. M. G., Romero, Á. L., Espina, R. P. La humanización para acompañar con-pasión el final de la vida.

3.1.3. Acompañamiento integral:

a. **Respeto y compromiso:** Fomentar la participación activa de pacientes y familiares a través de los canales de comunicación personalizados, procurando que todos cuenten con la información necesaria para la correcta toma de decisiones en cada situación, de manera de ponderar las recomendaciones de los profesionales en cuanto a su ordinariedad.⁶⁷ La capacidad de cada individuo para actuar libremente es variable por razones culturales, educacionales o emocionales, lo cual impone a los profesionales el deber de respetar la libertad de sus pacientes, junto a la necesidad de ayudarlos a tomar decisiones en salud.⁶⁸

b. **Comunicación eficaz:** En el acto médico siempre hay comunicación. Su importancia se basa en transmitir un mensaje y establecer una "conexión" con el enfermo y la familia desde el inicio, para permitir que el paciente se comunique dejando atrás el temor, la ansiedad y las restricciones. Hay factores que atentan contra la comunicación entre médico y paciente: el lenguaje excesivamente técnico y la escritura poco legible o directamente ilegible de aquel interfieren en la relación y son causa de muchos malentendidos que terminan, generando un daño adicional al mal que la persona atraviesa. Es por esto que la comunicación obligadamente debe ser asertiva, responsable, personalizada y respetuosa.

Para el encuentro con las familias, resulta valioso contar con espacios acondicionados para poder transmitir malas noticias, favoreciendo la intimidad y evitando las interrupciones y distracciones que podrían causar mayor pesar a las personas.

c. **Acompañamiento familiar:** Favorecer el acompañamiento familiar, entendiendo que las familias resultan aliadas en el cuidado. Su presencia y participación resultan fundamentales para mejorar la experiencia de los sujetos.⁶⁹ Empoderar a los acompañantes, al igual que a los pacientes, resulta uno de los pilares de la humanización en salud.

67 Calipari, M. (2008). El principio de lo éticamente adecuado en el uso de medios de preservación de la vida: entre el encarnizamiento terapéutico y el abandono del paciente. *Vida y Ética*, (9.2), 163-174

68 Antury, E. B. (2021). La vida humana desde la antropología del personalismo integral y la bioética personalista de Elio Sgreccia. *Quién: revista de filosofía personalista*, (13), 7-25.

69 Ampudia, M. K. M. (2020). Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(09), 1-13.

d. Proceso de Consentimiento informado asistido: Atravesar la toma de consentimiento informado como un proceso y no limitarlo solo a la firma de un documento despersonalizado y estanco. Procurar que cada paciente sea respetado en su libertad para la toma de decisiones responsables de acuerdo a sus valores y creencias. Resulta indispensable adecuarlo incorporando aquella información relevante sobre el uso de dispositivos digitales y tecnológicos, señalando el impacto que puede tener en el proceso de acompañamiento. Es especialmente relevante la toma de decisiones compartida a fin de evitar la imposición del uso de recursos tecnológicos que el enfermo desconoce o valora con carácter de extraordinarios. Una de las formas más manifiestas de consideración y protección de las personas se verifica en el proceso concreto de consentimiento informado mantenido en el intercambio. Este es un camino de confianza sostenido en el diálogo.

3.2. En relación al equipo de salud:

3.2.1. Trabajo interdisciplinar: El equipo interdisciplinar está conformado por profesionales con diferentes formaciones y especialidades que trabajan de manera conjunta, organizada, coordinada e interdependiente con un objetivo en común. Fomentar la tarea interdisciplinar entre los miembros de los equipos de salud, ofrece grandes ventajas como promover el aprendizaje, el diálogo, la confianza y la cooperación. Esto se logra sosteniendo reuniones entre los equipos. Una estrategia para sostener la atención humanizada se centra en la elaboración de protocolos y guías de práctica clínica que proporciona herramientas para unificar criterios, fomentar la relación clínica humanizada sosteniendo los conocimientos y evidencia científica y dando seguridad a los pacientes y los profesionales. Es preciso que los equipos interdisciplinarios consensuen criterios de actuación que permitan identificar los aspectos de la relación clínica tendientes a la deshumanización y despersonalización viendo en ellos la oportunidad de mejora tendiente al común objetivo del trato humanizado.

Formación de recursos humanizados: Incorporar en los espacios formativos, contenidos y estrategias alineados con el camino de la atención humanizada, de

manera que los valores humanos se hagan presentes en el quehacer cotidiano.^{70, 71} Procurar la formación continua de los profesionales en particular en los aspectos más difíciles como la comunicación de malas noticias y el desarrollo de habilidades blandas como el trabajo en equipo.

3.3. En relación a las instituciones:

3.3.1. Gestión de la Calidad: Resulta evidente el vínculo entre calidad asistencial y humanización. El objetivo primario de la calidad asistencial es brindar a las personas la asistencia acorde al conocimiento de la ciencia, logrando los cuidados de acuerdo a sus necesidades, asegurar su continuidad y lograr su satisfacción, por lo que la humanización en salud, se ve inmersa en la misma. Incorporar un sistema de gestión de la calidad centrado en las personas y los procesos en lugar de los servicios; que permita medir la satisfacción de los usuarios⁷² y la calidad de los procedimientos.⁷³ Realizar un relevamiento de todas las no conformidades y las oportunidades de mejora⁷⁴ a fin de sostener el camino de la humanización en salud,⁷⁵ así como también realizar un monitoreo de la calidad percibida y la satisfacción de los asistidos.⁷⁶ Resulta obligatorio fomentar el uso responsable, eficaz, seguro y confiable de la tecnología en salud implementando en cada proceso la planificación tendiente a la mejora continua. Esto se logra con la capacitación permanente y la implementación de productos sanitarios que cuenten con las certificaciones correspondientes.

70 Díaz Restrepo, S. V., Arias León, M., López García, I., González Vélez, D. (2023). Percepción del cuidado humanizado ofrecido por el personal de enfermería de hospitalización de una institución de salud de alta complejidad durante 2023.

71 Ávila-Morales, J. C. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*, 30(2), 216-229.

72 Martín Conde, M., Monte Boquet, E., Morillo Verdugo, R. (2013). Indicadores para la calidad asistencial y la atención farmacéutica al paciente VIH+. *Farmacia Hospitalaria*, 37(4), 276-285.

73 Sanabria Morales, A. Y. (2019). Acreditación en salud: enfoque al usuario y su familia.

74 Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3), 166-206.

75 March, J. C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Rev. calid. asist.*, 245-247.

76 La Torre Mantilla, A. R., Oyola García, A. E., Quispe Ilanzo, M. P. (2018). Factores asociados al grado de satisfacción del usuario del consultorio externo de gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Mayo, 2014. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34), 59-68.

3.3.2. Comité de Bioética: Procurar la creación y sostenimiento del comité de bioética asistencial para acompañar a los pacientes y al equipo de salud en la toma de decisiones en situaciones dilemáticas tanto clínicas como vinculadas con la distribución de recursos.⁷⁷ Resulta imprescindible que miembros del equipo de salud formados en bioética puedan contar con tiempo dentro de sus tareas, para participar con compromiso en este valioso espacio de trabajo.

3.3.3. Programa de asistencia del equipo de salud: Cuidar, reconocer y respetar a las personas que conforman el equipo de salud, tanto en lo personal como lo profesional, procurando un ambiente laboral humanizado. Ofrecer a los profesionales, espacios de escucha, asistencia y acompañamiento para enriquecer su tarea y al mismo tiempo propiciar el cuidado de los mismos en particular en relación a su espiritualidad y esfera psíquica. Velar por el fortalecimiento de cada miembro procurando así, sortear el trabajo mecanicista que deriva en la deshumanización de la atención y transformarlos en agentes activos de la humanización.

3.3.4. Comité de humanización: Crear y capacitar una comisión de humanización en salud que realice el apoyo de todas las actividades de la institución.⁷⁸ Una de las tareas fundamentales de este equipo debe centrarse en la supervisión del uso de la tecnología, que debe ser de manera humanizada y personalizada.⁷⁹ Siempre requiere de una supervisión humana, la asistencia sanitaria de una humanización y el paciente de una personalización.⁸⁰ La incorporación de recursos técnicos especializados resulta inevitable, pero no incontrolable, por lo que su asociación a la relación clínica, debe realizarse sosteniendo las garantías de humanización, con el acompañamiento, el conocimiento y la aceptación de la persona, sin opacar la función fundamental de curar y cuidar la vida humana. Este equipo de trabajo debe contar con tiempo destinado a fortalecer el proyecto, debe trabajar para

77 Sgreccia, E. (2009). *Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica*. Principia Editora.

78 Ramírez, C. (2023). La Atención Humanizada en los Servicios de Salud; una Perspectiva desde el Ámbito Asistencial de Enfermería y Administrativo de Centros Asistenciales. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 8919-8941.

79 Prieto, P. (2017). Servicio de humanismo y bioética de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia. Dos años de experiencia. *Acta Médica Colombiana*

80 De Villa, C. S., Rosario, D. (2023). Política de humanización. *Política*, 30, 08.

fomentar y sostener la cultura de la humanización, entendiendo que el equipo de salud resulta el principal motor del presente plan estratégico.

Decálogo de humanización: Elaborar un DHS adaptado a la realidad de los miembros del equipo de salud, la institución, los pacientes y la comunidad. Incorporar en la rutina de la asistencia sanitaria las estrategias ofrecidas por este recurso con el objetivo de mejorar el acompañamiento a todos, en especial los enfermos y sus familiares.

3.4. En relación a la comunidad:

3.4.1. Talleres de fortalecimiento social: Generar espacios para transmitir estrategias a las personas para que conozcan los medios de acceso, canales de comunicación con el profesional, cuidar los espacios y el equipamiento, la institución y sus normativas, como también fortalecimiento del autocuidado y del cuidado responsable de la salud y la vida del otro.

3.4.2. Programa de educación: Elaborar programas formativos para familiares, con el objetivo de ofrecer herramientas para sostener la humanización desde el aporte del paciente y sus acompañantes, centrado en el respeto hacia las personas que se encuentran en la institución tanto profesionales sanitarios como otros pacientes y su entorno. Favorecer la búsqueda de referentes para sostener la comunicación, la reflexión y poder preservar el espacio de encuentro de la manera que este resulte aprovechable para la adquisición de la información útil para su salud. La creación de escuelas de salud, resulta en una gran ventaja para todos los pacientes, cuidadores y familiares; y una estrategia que brinda un acompañamiento diferente al que el sistema de salud puede ofrecer y posee al mismo tiempo un efecto multiplicador del mensaje.

3.4.3. Espacios de formación de voluntarios: Las personas voluntarias resultan interlocutores valiosos en el trayecto de la humanización sanitaria, ya que no pertenecen al equipo de profesionales, pero al mismo tiempo pueden resultar en un apoyo insustituible para los pacientes al momento del encuentro en el ámbito sanitario. El compromiso por el otro, se concreta en la respuesta, en el dialogo,

donde la relación interpersonal no puede permanecer excluida.^{81, 82} Procurar establecer programas de voluntariado donde se propicie el acompañamiento integral de las personas,⁸³ en especial aquellas que se encuentran solas; como grupos de voluntarios lectores, organizadores de bibliotecas con libros y revistas, asistentes para la alimentación o una ropería, generando así una red de voluntarios. La libertad que se manifiesta en la responsabilidad por el otro, y el compromiso que incita a la acción por cada integrante de la comunidad, son parte constitutiva del ser, lo que hace que esté impregnado en su naturaleza la vocación de voluntariado.⁸⁴

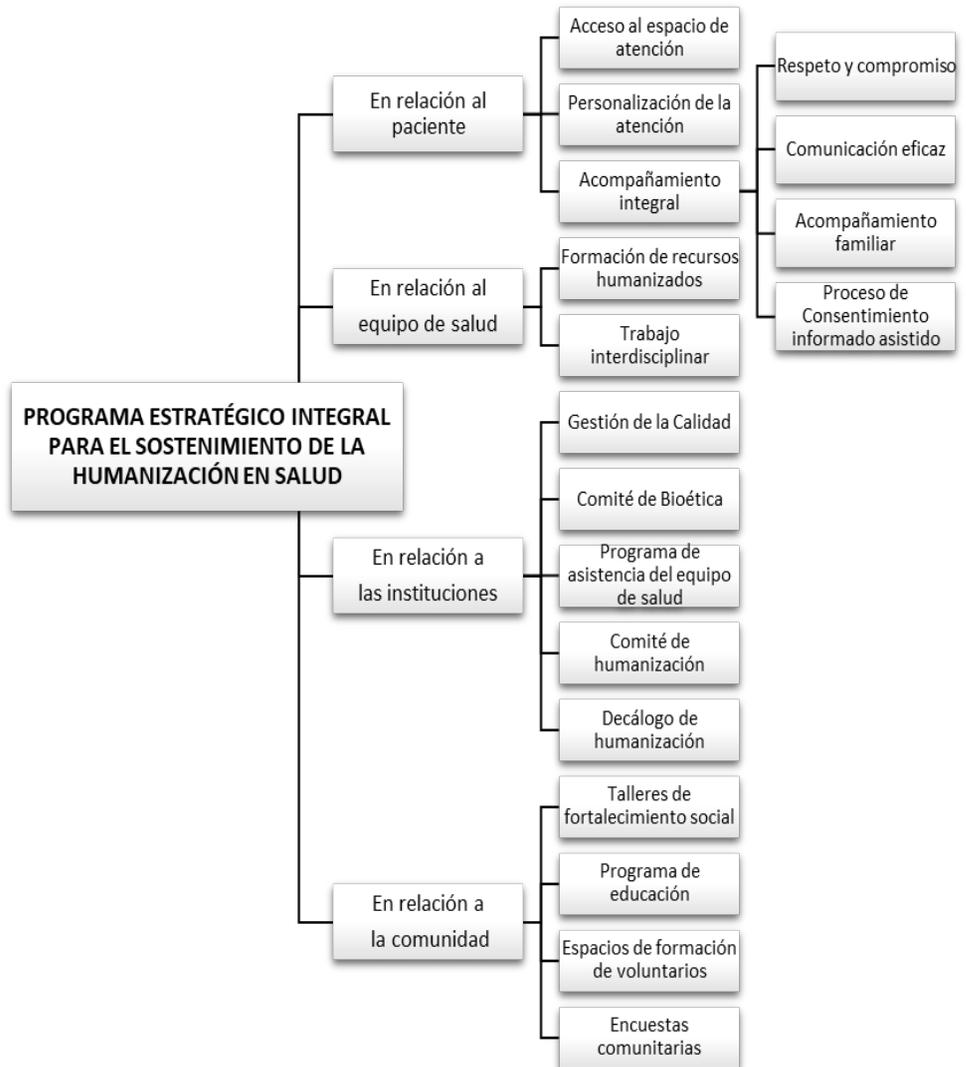
3.4.4. Encuestas comunitarias: Establecer este recurso con el objetivo de conocer y aprovechar la mirada del paciente para lograr ofrecer un acompañamiento humanizado que esté alineado con las necesidades de las personas de la comunidad y poder moldear dentro de la norma vigente y las posibilidades institucionales, la atención que se brinda a la población asistida.

81 Flores, S. L., Huarte, P., Fernández, A. (2020). La importancia de la comunidad y el voluntariado en un estado de pandemia. *Medicina paliativa*, 27(3), 265-266.

82 Coca, J. R. (2010). La comprensión de la tecnociencia: hermenéutica analógica y personalismo comunitario de la actividad tecnocientífica.

83 García, O., Chavarría, C. (2020). Voluntariado 2030: Nuevos Paradigmas.

84 Rentería, A. R. R. (2023). La libertad y el compromiso como praxis ética en el pensamiento personalista. *Orexis. Exploraciones Éticas*, 1(1), 83-93.



Fuente: Elaboración propia

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

El camino hacia la humanización en salud resulta responsabilidad de toda la comunidad humana, y es sostenida por la educación en valores, estrechamente vinculada a los derechos de las personas y a su naturaleza, en la búsqueda de construir un mundo más justo, más digno en armonía con los valores humanos. La humanización consiste en promover al máximo la responsabilidad de cada persona, en los procesos de integración comunitaria y en los procesos de salud, donde la vida de todos y de cada uno resulta un bien invaluable, plausible de protección.

Humanizar constituye una exigencia ética, que se desprende del respeto por la dignidad de todas las personas. Se torna imperativo que los profesionales comprendan la importancia de la mirada bioética, humanizada y acogedora en la asistencia, y los cuidados con los pacientes, en especial en el espacio de internación. El primer paso es identificar actitudes de humanización desde el equipo de salud hacia la persona del paciente. En este contexto no puede caer en la invisibilidad el vínculo personal, donde resulta imprescindible ver a la persona detrás de la enfermedad, de la situación y de los accidentes que la atraviesan; conocer sus valores e inquietudes personales, mirarla a los ojos para analizar sus reacciones, acercarse cuando sea necesario, para lograr un acompañamiento humano, que no puede conseguirse de igual manera cuando se utilizan medios exclusivamente tecnológicos o se da supremacía a estos. La incorporación de múltiples recursos mecánicos en el acompañamiento de pacientes ofrece indiscutidos avances en el sector de atención sanitaria y a la vez, pone en peligro la relación entre el equipo de salud y los pacientes. Para minimizar los efectos adversos que el uso de la tecnología pueda causar, y simultáneamente, eliminar el impacto social negativo, es preciso potenciar el uso responsable de estos recursos, permitiendo armonizar las ventajas que provienen de su utilización con el cumplimiento de los principios bioéticos y la consideración de la persona de manera integral.

La tecnología ofrece una posibilidad de definir un modelo mejorado de la relación entre el equipo de salud y el paciente, entre los profesionales y la familia, si se trabaja para compatibilizar una estrategia de humanización de la salud concebida con el acompañamiento de los principios de la bioética personalista. Es claro que existe una necesidad de fortalecer la humanización ofreciendo al personal de las instituciones cursos de formación y talleres de reflexión sobre la tarea de acompañamiento a los pacientes desde la mirada de la humanización en salud. Esto resulta obligatorio, otorgando un valor preponderante a aquello que nos hace humanos, que procura la humanización y personalización en

medicina. El camino es el de la capacitación de los miembros del equipo de salud en competencias éticas y humanismo, de modo de asegurar la incorporación de los recursos técnicos solo como un medio más en la relación personal del encuentro. La búsqueda de una formulación que adopte como base una posición prudente, amorosa y no dogmática, conjugando los beneficios de la comunicación oportuna en el encuentro personal directo, que aprovecha la experiencia personal de la relación, siempre en el mejor interés del paciente debe sostenerse como la premisa a establecer. Esto se logra mediante la elaboración de planes estratégicos de humanización encaminados precisamente a mejorar la calidad de la relación interpersonal entre los profesionales de salud, como miembros activos del sistema sanitario, con los pacientes. Formar al equipo para internalizar el concepto de humanización, implica un abordaje integral de la persona, donde interactúan las dimensiones biológica, psíquica, social y espiritual, ya que humanizar la salud resulta un proceso complejo que involucra tanto la política como la cultura, la organización sanitaria, la mejora en el encuentro sanitario y la formación de los profesionales y la comunidad.

Por lo tanto, los criterios de la humanización en salud deben ofrecer estrategias para que profesionales, gestores e instituciones de salud puedan multiplicarlas, ampliando y mejorando su realidad, visto que el ambiente del cuidado humano necesita de un espacio reflexivo y participativo que establezca una cultura de humanización en los espacios sanitarios, direccionada no para la enfermedad sino para el ser humano que se enferma y debe ser visto de forma holística en su integralidad: biológico, psicológico, social y espiritual; una guía para potenciar las habilidades personales de cada profesional, que se plasman en el encuentro con el otro, en la relación entre personas. Esto resulta un punto insustituible en el espacio de asistencia sanitaria ya que resulta el único procedimiento en el que las personas son insustituibles por la tecnología y la ciencia. Por lo tanto, resulta importante incorporar estrategias como DHS, la capacitación en bioética y calidad, en la formación de grado de todas las carreras de salud, ya que la instrucción de los nuevos profesionales en el camino de la humanización facilitará la propagación de esta estrategia en diversas instituciones. Por consiguiente, la comunidad logrará fortalecerse para dar respuesta a la demanda del cuidado, y da la oportunidad de tener a la persona del paciente con sus dolores y angustias, delante de profesionales competentes para sanar sus heridas, calmar sus sufrimientos y inquietudes, acompañarlos en su soledad y fortalecer su esperanza desde una óptica humanista, bioética y de responsabilidad social.

ABORTO, SEXUALIDAD Y BIOÉTICA PERSONALISTA:

UNA RESEÑA ÉTICA DE LA POSTURA CATÓLICA APOSTÓLICA ROMANA ACERCA DEL ABORTO PROCURADO

Fecha de recepción: 14/08/24

Fecha de aceptación: 20/09/24

Isabella María Balestra

Contacto: ibalestra@uca.edu.ar

- Estudiante 4° Año de Medicina.

Camila Manetti

Contacto: camilamanetti@uca.edu.ar

- Estudiante 4° Año de Medicina.

Franco Agustín Ercolino

Contacto: francoercolino@uca.edu.ar

- Estudiante 4° Año de Medicina.

Felipe Tomás Aguilera Romano

Contacto: felipeaguileraromano@uca.edu.ar

- Estudiante 4° Año de Medicina.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo realizar un análisis histórico y ético respecto a los acontecimientos que motivaron a la Congregación para la Doctrina de la Fe a la escritura de la Declaración sobre el aborto procurado en 1974 evaluando su contexto histórico y geopolítico. Se pretende además informar sobre la autoría del documento, para luego hacer una reseña e interpretación del contenido de dicha Declaración. Para finalizar, encontramos pertinente presentar un caso clínico real y reciente con objeto de analizarlo e interpretarlo a la luz de lo descrito en la Declaración y las leyes vigentes.

Palabras clave: Aborto, control de natalidad, superpoblación.

ABSTRACT

The present work aims to conduct a historical and ethical analysis of the events that motivated the Congregation for the Doctrine of the Faith to draft the Declaration on Procured Abortion in 1974, evaluating its historical and geopolitical context. Additionally, we will provide information about the authorship of the document, followed by a review and interpretation of its content. To conclude, it is deemed relevant to present a recent, real clinical case for analysis and interpretation, relating it to the themes described in the Declaration and the prevailing laws.

Keywords: Abortion, birth control, overpopulation.

INTRODUCCIÓN

El término «aborto» proviene del latín *abortus*, una palabra compuesta por *ab-* (que significa "separación") y por *-orior* (que significa "levantarse, salir, nacer"). Por definición, el aborto es la finalización –y no interrupción– prematura del embarazo antes de que el embrión o feto pueda sobrevivir fuera del útero. Si ocurre espontáneamente, se clasifica como aborto espontáneo; si ocurre deliberadamente, se clasifica como aborto procurado o inducido. No es lo mismo aborto que parto pretérmino, en tanto en este último, el feto puede sobrevivir fuera del útero. No debe tampoco categorizarse un aborto inducido o procurado por decisión personal como "aborto terapéutico", en tanto no se está actuando sobre ninguna parte enferma, que sería determinante para considerarlo terapéutico.

Cada día es mayor la controversia y el pluralismo ideológico acerca de las consecuencias que implica llevar adelante un embarazo no deseado. En estos asuntos se invoca la opinión de las mayorías, adoptando sin dudas una filosofía no-cognitivista, donde se cercena la libertad de expresión y se amenaza contra el derecho de la vida del prójimo, el cual no puede ser partícipe del debate por su condición embrionaria.

Se sabe con rigor científico que la vida humana comienza al momento de la fecundación, donde el óvulo y el espermatozoide se unen, generando un nuevo ser humano. No debiera esto ser motivo de discusión: un genoma diferente al de sus progenitores, una persona individual, digna de derechos, inicia su existencia en tal momento, por lo tanto, no le corresponde ser discriminado bajo ningún punto de vista. Hacerlo implicaría reducir o anular en absoluto su dignidad, como también considerarlo un medio y no un fin en sí mismo (véase más adelante).

El aborto, además de ser un acto contrario a la moral, es un acto inexorablemente discriminatorio, que irónicamente se nos presenta en un mundo donde cada vez más alza la voz en contra de este último tópico. La vida debe permanecer resguardada siempre, independientemente del obrar de la persona, dado que es el "ser" y no el "obrar" lo que da el carácter de dignidad y esencia de vivir.

SOBRE LOS AUTORES

La *Congregación para la Doctrina de la Fe* tiene como finalidad asistir al papa y obispos en la misión de proclamar el Evangelio por el mundo. Desde 2022, esta entidad se llama, en realidad, *Dicasterio para la Doctrina de la Fe* –según el art.

69 de la constitución apostólica *Praedicate evangelium*, promulgada por el papa Francisco–.

La entonces Congregación fue fundada en 1542 por el papa Pablo III, mediante la constitución apostólica *Licet ab initio*. En sus orígenes, esta Congregación, ahora Dicasterio, se llamó *Sagrada Congregación de la Romana y Universal Inquisición*. Años más tarde, en 1908, Pío X reorganiza esta Congregación y le modifica su nombre a *Sagrada Congregación del Santo Oficio*. Más adelante, en 1965, Pablo VI redefine sus competencias y estructuras, en adelante denominándose *Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe*, y que sería en 1974 la que publicaría la *Declaración sobre el aborto procurado*.

Este organismo está encabezado por un Prefecto (para 1974, Franjo Šeper), quien es asistido por dos secretarios y subsecretarios. Se compone además de Cardenales, Obispos y un Promotor de Justicia. En su estructura, el ahora Dicasterio comprende dos secciones: Doctrinal y Disciplinar.

- La Sección Doctrinal se ocupa de la promoción y protección de la doctrina de la fe y de la moral. Promueve estudios destinados a mejorar la comprensión y transmisión de la fe al servicio de la evangelización, especialmente frente a los interrogantes del avance de la ciencia y del desarrollo de la sociedad. Evalúa y analiza los documentos que han de ser publicados por otros Dicasterios y aquellos escritos que parezcan problemáticos para la fe, en diálogo con sus autores.
- La Sección Disciplinar se responsabiliza de los delitos reservados a este Dicasterio por medio del Supremo Tribunal Apostólico. Elabora los procedimientos previstos por el derecho canónico para que los diversos órganos del Dicasterio (Prefecto, secretarios, Promotor de Justicia) puedan promover una correcta administración de la Justicia.

CONTEXTO HISTÓRICO

La Declaración sobre el aborto procurado nos remonta a noviembre de 1974, a los tres cuartos de un siglo que cambió el paradigma de muchas cuestiones, con nuevas ideas que llegaron para quedarse. El arribo de las pastillas anticonceptivas a partir de los años 60' abrió las puertas a un tenso debate que sembró el conflicto entre religiosos, feministas, médicos, científicos y políticos. Si bien se orientaba la discusión en torno a la explosión demográfica, uno de los ejes derivados de la discusión fue si dichas pastillas pudieran ser utilizadas como medio para la

liberación sexual de las parejas, quienes, hasta entonces, comprendían que la consecuencia y finalidad última de las relaciones sexuales era (y es) la procreación y la unión, con mediación del placer y de la intimidad.

Había sido en julio de 1968, bajo un contexto de explosión demográfica y de nuevas visiones respecto de la sexualidad humana, que el papa Pablo VI publica su Encíclica *Humanae Vitae*. Con ella, la Iglesia Católica daba sobre dichas temáticas sus primeros pasos en la historia contemporánea, marcando una contundente postura en favor de la sexualidad y procreación responsables. Pablo VI argumentó la necesidad de considerar la abstinencia sexual periódica y la procreación responsable como únicos métodos de control poblacional a la luz de la ética.

Lanzaba el entonces papa su dura crítica contra la anticoncepción hormonal femenina, entendiendo que, entre otras cuestiones, atentaba contra la institución de la familia (una base indiscutible de toda sociedad) al facilitar la infidelidad dentro del matrimonio. No solo eso, sino que también hacía referencia a los importantes riesgos de las terapias hormonales para la salud de las mujeres, y de los que podría implicar la anteposición de los avances de la ciencia al servicio de la interrupción arbitraria de la vida.

Apenas 2 meses atrás, en mayo de 1968, una revuelta estudiantil dio el puntapié para lo que acabó siendo una revolución feminista. Un conjunto de estudiantes llamados "Los Rabiosos" buscaba poder acceder a los pupilos del sexo contrario en las habitaciones de la Universidad de Nanterre. La revuelta acabó con 200 estudiantes detenidos por medio de la coacción. En tal contexto de tensiones, en junio del mismo año, un grupo de mujeres se propuso establecer sus ideales en la Sorbona, en un momento donde se planteaban nuevas causas justas a combatir, como la criminalización de la violación, la represión de violencias conyugales y la emancipación, pero entre estas, también estaba el mal llamado derecho al aborto. Había sido apenas un año atrás que las mujeres francesas lograron conseguir permisos de trabajo sin requerir de la autorización de sus esposos, como también la posibilidad de tener cuentas bancarias propias. También fue en 1968 que la Asamblea Nacional de Francia sancionó la *Ley Neuwirth*, autorizando el uso de anticonceptivos orales, los cuales en 1974 serían decretados de cobertura gratuita.

Sin embargo, más allá de los movimientos feministas, estos métodos anticonceptivos y nuevas políticas antinatalistas asentaron también las bases para que, desde la poltrona de los burócratas, se implementaran dispositivos estatales (y dignamente imperialistas) para el control de natalidad, en potencial desmedro y discriminación de los más pobres, de quienes no sería conveniente su reproducción a la luz de los objetivos de los estados. Esto último no solo por medio

de pastillas anticonceptivas, sino también por medio de políticas antinatalistas, donde encontramos la que nos compete en este artículo: el aborto.

Había sido en 1798 que Thomas Malthus redactó su *Ensayo sobre el principio de la población*. Malthus erró al predecir que el nacimiento de nuevos humanos a un ritmo geométrico, con el aumento de recursos a progresión aritmética, traería la extinción de la humanidad para el año 1880. A tal hipótesis se le conoce como "catástrofe malthusiana" y, a fin de evitarla, debían de ocurrir guerras, pestes, hambrunas y –cómo no– políticas de control poblacional, entre las que se incluye el control de natalidad. No ocurrió ninguna supuesta catástrofe, pero estas ideas no perecieron, sino que más bien se enriquecieron.

Basado en el ahora llamado malthusianismo, en 1927 se celebra la primera *Conferencia de Población Mundial* en Ginebra, Suiza. Organizada por la Sociedad de Naciones (antecedente directo a la Organización de Naciones Unidas) y por Margaret Sanger –considerada fundadora del movimiento de control de natalidad en EE.UU.–, la conferencia contó con el apoyo económico de la Fundación Rockefeller y con la participación de 1023 delegados de todo el mundo. Esta sería la primera conferencia de cinco subsecuentes que se celebrarían más adelante (Roma, 1954; Belgrado, 1965; Bucarest, 1974; México D.F., 1984; El Cairo, 1994). La tendencia de todos los documentos finales era mostrar que en el mundo "no hay lugar suficiente para todos", y que, a causa del supuestamente alarmante crecimiento poblacional, se debía pregonar al control de natalidad como solución ante los problemas de escasez de alimentos y del subdesarrollo de ciertos países. En referencia a la Conferencia de 1974 en Bucarest, Pablo Yurman deja un interesante análisis:

La ayuda a los pobres pasaba, sola y exclusivamente, por repartir anticonceptivos y evitar el crecimiento poblacional. Es por esta razón que a partir de ese momento se comenzó a hablar en ciertos sectores (sobre todo de la izquierda sudamericana) de "imperialismo contraceptivo" a esta curiosa, y por cierto racista, forma de entender la "ayuda" a los países periféricos. En otros términos, ante el dilema de una mesa con porciones de alimento limitadas, algunos de antemano manejaban como único plan posible, la eliminación de comensales (...) Estados Unidos, el gran perdedor de esta Conferencia, se decidió por el control de los nacimientos y la planificación familiar.

En 1972, y encargado al Massachusetts Institute of Technology (MIT) por el Club de Roma, se publica el informe *Los límites de crecimiento*. Este concluyó: «*si el actual incremento de la población mundial, la industrialización, la contaminación,*

la producción de alimentos y la explotación de los recursos naturales se mantiene sin variación, alcanzará los límites absolutos de crecimiento en la Tierra durante los próximos cien años». Además, realiza contundentes afirmaciones para destacar, como: «en un planeta limitado, las dinámicas de crecimiento exponencial (población y producto per cápita) no son sostenibles».

En EE.UU., para fines de 1974, se redactó el Memorando de Estudio de Seguridad Nacional 200 (NSSM 200), más popularmente conocido como "Informe Kissinger". Este quedaría clasificado hasta 1989, de manera que no era accesible a la población general; no obstante, en retrospectiva, permite conocer qué estaba ocurriendo "detrás del telón". El "Informe Kissinger" planteaba que el crecimiento de la población en los países menos desarrollados representaba una preocupación para la seguridad nacional de los EE.UU., en tanto se incrementaría el riesgo de disturbios civiles e inestabilidad política en países que ya tenían un alto potencial de desarrollo económico. La redacción da máxima prioridad a las medidas de control poblacional y a la promoción de anticoncepción y antinatalidad en países muy poblados. Esto permitiría controlar el rápido crecimiento poblacional que, a los intereses económicos del momento para el gigante americano, era considerado perjudicial, argumentando, por ejemplo, que necesitarían grandes y crecientes cantidades de minerales del extranjero, de no poder controlar la situación en el momento indicado.

Para lograr sus objetivos, el NSSM 200 aboga por la promoción de la planificación familiar con educación sexual, métodos anticonceptivos y el aborto provocado. Afirma este documento: *«ningún país ha reducido su crecimiento poblacional sin acudir al aborto»*. Además, llama internamente a influir sobre los líderes de las demás naciones, y a infiltrarse en medios de comunicación masiva y otros programas educativos, por medio de la Organización de Naciones Unidas (ONU), la *United States Information Agency (USIA)*, y/o la *United States Agency for International Development (USAID)*, entre otras, a fin de establecer lo que podría entenderse como una "ventana Overton" y obtener así el apoyo de las masas.

Como en 2009 se realiza una aclaración sobre la Declaración sobre el Aborto Procurado que estamos abordando, resulta pertinente mencionar el contexto histórico de años posteriores a la primera versión. En 1994, en El Cairo, Egipto, se celebró la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Con la participación de cerca de 20.000 delegados de gobiernos, agencias de la ONU, organizaciones no gubernamentales y periodistas, los ejes de esta conferencia fueron la inmigración, la mortalidad infantil, el control de natalidad, la planificación familiar, la educación sexual femenina y el aborto. Estos ejes quedaron plasmados en el documento

de dicha conferencia, dentro del cual lo más significativo lo encontramos en el capítulo VII, artículo 7.6, que declara:

Todos los estados deben esforzarse por hacer accesible (...) la salud reproductiva para todas las personas en edades apropiadas, lo antes posible, y a más tardar en el año 2015. La atención a la salud reproductiva, en el contexto de la atención primaria de salud, debe incluir, entre otras: asesoramiento, información, educación, comunicación y servicios en materia de planificación familiar; educación y servicios para la atención prenatal, el parto seguro y la atención postnatal, especialmente la lactancia materna y la atención a la salud infantil y de la mujer; prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; aborto, tal como se especifica en el apartado 8.25, la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor; las enfermedades de transmisión de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según necesario, sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable.

INICIO DE LA VIDA Y CONTROL DE NATALIDAD

El espermatozoide y el óvulo, en potencia, son humanos, por más que aún no constituyan una vida humana propiamente dicha. El instante de la concepción determina el comienzo de la vida humana. Al margen de que siga siendo motivo de debates, dicho conocimiento es un básico de la educación en embriología humana en carreras de la salud.

Lino Ciccone nos habla de que el ser humano en etapa embrionaria puede ser abarcado desde tres estatutos: ontológico, moral y jurídico. El estatuto ontológico se refiere a quién es el ser humano en etapa embrionaria; el moral, a qué deberes se tienen con dicho ser humano en etapa embrionaria; y el jurídico, a cuáles deberes deben reglamentarse para reconocerlo como sujeto y respetar sus derechos.

Desde la biología, dentro del estatuto ontológico, entendemos que el embrión tiene una integración constante y sostenida, como también una cooperación teleológica. Esto es: independientemente de la voluntad de la madre, las células cooperan en forma integral e ininterrumpida hasta culminar en este nuevo ser humano. Se puede afirmar que el desarrollo humano es un proceso coordinado, ininterrumpido, progresivo y único. De manera que nunca deja de ser un ser humano en potencia, motivo por el cual ya debería ser considerado persona humana.

Hoy se conoce mejor la dinámica del desarrollo humano y la claridad de su determinación genética a partir de un momento que, teóricamente al menos, puede ser precisado. A partir de la concepción nace, en efecto, un nuevo ser. "Nuevo" significa distinto de los dos que, al unirse, le han formado. (Eco y Martini 2000:45)

Textos eclesiásticos afirman que el espíritu de cada persona es creado por Dios y que este se une al cuerpo durante la concepción. Este debate no tenía siglos atrás relevancia en la ética de la reproducción humana (por ejemplo, ya Tertuliano en el siglo II coincidía en que "es un hombre aquel que está en camino de serlo"). De hecho, se condenaba al aborto como un crimen desde la aparición de documentos paleocristianos del siglo I, tales como el Didaché y la Carta de Bernabé.

ESTRUCTURA E INTERPRETACIÓN DE LA DECLARACIÓN

a. Introducción

Es cada vez mayor el rechazo a los actos que atentan contra la vida humana, como la pena de muerte, las guerras o el homicidio. Empero, ¿Acaso el aborto procurado no atenta también contra la vida de un niño por nacer? En respuesta a esta pregunta, la Iglesia busca resaltar que su labor siempre ha sido proteger la vida humana en toda circunstancia, ya que todo humano es hijo de Dios y, por tal motivo, está destinado a la salvación.

Muchas personas permanecen firmes en la negación del aborto, pero no sin tener que enfrentar represiones y amenazas por ello. Este despliegue ha despertado un pluralismo social, donde por (a veces) lograr consensos de mayorías, una cuestión se pretende ya como "correcta" para todos. Por ello, con esta Declaración, la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe alza su voz en promoción y defensa de las enseñanzas morales católicas básicas a todos sus fieles, una moralidad encaminada por la fe cristiana.

b. A la luz de la Fe

«Dios no hizo la muerte, ni se goza de la pérdida de los vivientes». Dios, como Creador, siempre ha querido la vida; la muerte entra al mundo por la envidia del diablo y a raíz del pecado original. El mandato de Dios es preciso indicándole al hombre que no matará (Éx 20, 13), y que la vida ha de ser considerada una responsabilidad y un talento a la vez (Mt 25, 14-30). El don de vida debe

ejercerse buscando el bien y la verdad, utilizando la razón como herramienta de discernimiento para distinguir y procurar todo aquello que la plenifica, de todo aquello que no la hace fructificar.

La Iglesia desde tiempos remotos tuvo una postura clara sobre la importancia de la vida humana, y de su cuidado y protección en cada una de las etapas de su desarrollo. El aborto constituye un acto homicida, que anticipa el devenir del nacimiento de un niño, olvidando el hecho de que *«ya es un hombre aquel que está en camino de serlo»*.

En la Edad Media, el alma espiritual se consideraba inexistente hasta las primeras semanas de vida, haciendo viable y creíble que, en dicho período, el aborto no fuese una falta. Este pensamiento, sin embargo, fue condenado por múltiples documentos, entre los cuales se destacan el del Concilio de Maguncia en Alemania (847 d.C.) que instituye duras penas contra el aborto; el Decreto de Graciano, referente a lo expresado por el papa Esteban V, que afirma: *«es homicida quien hace perecer, por medio del aborto, lo que había sido concebido»*; y los escritos de Santo Tomás, quien planteaba al aborto como un grave pecado contrario a la ley natural.

Posteriormente en el Renacimiento, el papa Sixto V reafirmó la condena al aborto; luego, Inocencio XI seguiría sus pasos y rechazaría todo tratado que buscara abolir o disculpar el aborto provocado durante los primeros días de vida

En la actualidad se ha buscado esclarecer aún más este panorama, dando respuestas a ciertas objeciones, rechazando el aborto como fin, recordando la acción creadora de Dios y, por sobre todo y más importante, resaltando que *«la vida desde su concepción debe ser salvaguardada con el máximo cuidado; el aborto y el infanticidio son crímenes abominables»* (Concilio Vaticano II, presidido por Pablo VI).

c. También a la luz de la razón

La razón es una cualidad propia y quizás única del ser humano. A partir de ella el ser humano es capaz de tomar decisiones y analizar determinadas situaciones. No obstante ello, otros factores subyacentes –como ser la moralidad, los valores personales y los principios de cada persona– pueden desregular o influenciar la razón de diversas maneras. En este apartado, la Declaración toma como punto de partida a la razón, evaluada desde el respeto por la vida humana. Como afirmaba Boecio, la persona es una "sustancia individual de naturaleza racional",

capaz de reflexionar por sí mismo, tomar conciencia de sus actos y de aceptar las consecuencias que los mismos conlleven. El humano se rige por la libertad en cada decisión, siendo "dueño de sí mismo", dada su capacidad de serlo.

El humano posee cuerpo, mente y espíritu, lo que lo vuelve un ser tridimensional y trascendental. Es también considerado un ser social, ya que convive en comunidad con sus semejantes, enriqueciéndose con la comunicación interpersonal, creando un "medio ambiente social". La construcción de una sociedad implica entender que el bien común es para cada persona un fin al que ella debe servir, independientemente de sus intereses.

La vida corporal es, indiscutidamente, un valor fundamental (pero no absoluto). Sin embargo, existen valores y un fin último que no pueden ser determinados por el pluralismo social, sino únicamente por la relación que existe entre cada persona y Dios. Esto último se puede resumir con el siguiente fragmento: *«no se podrá tratar nunca a un hombre como simple medio del que se dispone para conseguir un fin más alto»*.

La Declaración habla de los derechos y deberes recíprocos para cada persona y la sociedad, los cuales deben ser resguardados e iluminados por la moral sobre la conciencia, y precisar y organizar prestaciones acordes al derecho. Aquí se resalta el primer derecho de la persona humana, a partir del cual devienen todos los demás, que es la vida física, y que debe ser protegida más que cualquier otra cosa. No es pertenencia de terceros: ni de la sociedad ni de las autoridades. No reconocer la vida física implica una discriminación, independientemente de su justificación o causa, ya sea por raza, sexo, color, religión, etcétera. *«Una discriminación fundada sobre los diversos períodos de la vida no se justifica más que otra discriminación cualquiera»*. Con esto, la Declaración sostiene que el derecho a la vida debe permanecer íntegro independientemente de las capacidades de cada ser humano, es decir, independientemente de su obrar, ya que el ser se antepone al obrar.

Finalmente, esta sección culmina remarcando el rol de las ciencias biológicas, la cuales no poseen autoridad alguna para emitir juicios decisivos respecto a fundamentaciones filosóficas y morales de la vida humana, y de la legitimidad del aborto. Además, recalca que, independientemente de poseer opinión o no, a la luz de la moral, es siempre objetivamente un pecado grave recaer en la posibilidad de realizar un homicidio.

d. Respuesta a algunas objeciones

En el cuarto apartado, la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe busca abogar por los derechos de la vida ante diferentes oposiciones, argumentando que la ley natural y la ley divina excluyen matar directamente a todo hombre inocente.

De los principales y más expuestos fundamentos a favor de la liberalización del aborto se encontraban el peligro a la salud de la madre, la cual incluso costaría la vida al embrión o feto; la condición de salud con la cual se desarrollaba el hijo; el honor y deshonor en distintas culturas; y la carga que conllevaría criar a un hijo.

Sin embargo, este documento afirma que ninguno de dichos factores justifica violar el derecho de vivir que tiene el todavía no nacido. Se resalta que nadie, ni si quiera los padres, pueden abogar en su lugar. Del mismo modo que ni siquiera una misma persona tiene el derecho a provocarse el suicidio o pedir que terminen con su propia vida.

También se hace respuesta al feminismo, donde la Declaración está de acuerdo con liberar a la mujer de toda injusta discriminación, y coincide en que todavía falta mucho por hacer respecto a los derechos de las mujeres en múltiples culturas del mundo. No obstante, esta causa no debe hacer olvidar a la mujer lo que la naturaleza le pide en cuanto a la procreación y al plan que tiene Dios para con ella.

Respecto a la libertad sexual, la Sagrada Congregación establece que una pareja puede y debe encontrar el equilibrio entre lo que sería la razón y el amor verdadero, sobre el impulso del instinto, incluso con el placer de por medio.

Otro punto que toma en consideración el documento es la relación entre la ciencia y sus intervenciones con el embrión, que a veces pueden traer graves consecuencias. La comunidad científica no tiene autorización para manipular la vida humana; en ese contexto, la Declaración afirma que se debe contribuir en mejorar el desarrollo del hombre, ya sea previniendo o curando enfermedades, pero no quitándole la posibilidad de vivir.

Existen fundamentos demográficos en cuanto a la regulación de nacimientos para pretender justificar la liberalización del aborto. Sobre esto la Iglesia se manifestó en contra en el Concilio Vaticano II, y por medio de la encíclica *Humanae Vitae*, donde se menciona la "paternidad responsable" a la vez que se afirma que *«bajo ningún pretexto puede utilizarse el aborto, ni por parte de una familia, ni por parte de la autoridad política, como medio legítimo para regular los nacimientos»*. Afirma también que el aborto es un daño aún más grande que cualquier otro daño de orden económico o demográfico.

e. La moral y el derecho

A lo largo de la historia se ha visto cómo la vida humana en general, en determinadas situaciones, no fue valorada ni respetada. Esto motivó a que las sociedades actuales se opusieran a actos como el homicidio o el suicidio. El aborto procurado también constituye un tema de debate y fueron muchos los estados que han tomado la postura de negación y prohibición al respecto.

La discusión de un acto moral implica evaluar diferentes partes: el acto en sí, sus consecuencias y el contexto donde transcurre. Esto es lo que Santo Tomás de Aquino refería como "medio, fin y circunstancia". Para que un acto moral sea bueno, es requisito que los tres aspectos de este sean buenos; con que uno sea negativo, todo el acto se vuelve inmoral. Siempre es fundamental plantear desde qué ciencia, filosofía o disciplina se estudiará. En este caso, la Declaración propone evaluar el aborto procurado desde la perspectiva del derecho y la moral.

Un argumento por cual los movimientos sociales reclaman la liberalización es que las leyes que condenan al aborto son difíciles de aplicar, de manera que se vuelve un delito incontrolable para las autoridades. El aborto en condiciones clandestinas supone no solo el asesinato de una vida en gestación, sino también el riesgo de vida para la madre, siendo la legalidad del aborto un "mal menor", al menos de manera abstracta.

No obstante, en el derecho –o al menos en el derecho romano–, las leyes no tienen que adaptarse a la opinión de mayorías o imponer una idea como preferencia de otra, sino tener un sustento sólido que se aferre a los valores primeros. Esto es lo que en el derecho romano se llamó *iusnaturalismo*: de los valores devienen principios, y de los principios devienen leyes. Su contracara es el *common law* anglosajón, desde el cual las leyes, por medio de consensos de mayorías, forman principios y estos forman valores.

De lo contrario, por las múltiples posturas respecto al comienzo de la vida humana, los consensos sociales acaban atentando contra la vida del ser humano. La sociedad debe alzar su voz por los niños por nacer, los menos valorados, quienes no tienen voz y a veces no son aceptados como personas dignas de vivir. Radbruch (1878-1949) lo explicaba así: *«la ley extremadamente injusta no es verdadera ley»*. La ayuda social, la comunicación y el rol de las autoridades es fundamental para confrontar esta situación.

La Declaración plantea la idea de que un cristiano no ha de aceptar una ley inmoral, sobre todo cuando se trata de la licitud de un acto que atenta con la vida de un ser inocente con derecho de vivir. También resalta el rol de médicos

y enfermeros, los cuales no deben verse en la obligación de prestar cooperación frente a la realización de un aborto y deban poner sobre una balanza sus creencias religiosas por un lado, y por el otro su situación profesional.

f. Conclusión

La indiferencia frente a la oposición del aborto procurado no es el camino para instaurar justicia al respecto. Tras haber analizado el aborto procurado desde las diferentes perspectivas históricas, científicas, filosóficas, legales y morales, el documento finaliza dejando en claro su visión al respecto:

No se puede jamás aprobar el aborto; pero por encima de todo hay que combatir sus causas. Esto comporta una acción política, y ello constituirá en particular el campo de la ley. Pero es necesario, al mismo tiempo, actuar sobre las costumbres, trabajar a favor de todo lo que puede ayudar a las familias, a las madres, a los niños. Ya se han logrado progresos admirables por parte de la medicina al servicio de la vida; puede esperarse que se harán mayores todavía, en conformidad con la vocación del médico, que no es la de suprimir la vida, sino la de conservarla y favorecerla al máximo. Es de desear igualmente que se desarrollen, dentro de las instituciones apropiadas o, en su defecto, en las suscitadas por la generosidad y la caridad cristiana, toda clase de formas de asistencia.

También deja en claro que la fecundidad no debe ser vista como una desgracia; la paternidad debe ejercerse de una forma responsable, prudente y generosa, que va más allá de cualquier situación social, política y/o cultural. No por ello la vida debe ser vista como una complicación que únicamente puede ser resuelta mediante un acto abortivo.

ACLARACIÓN DEL 2009

En 2009, luego de la llegada de cartas y relatos de casos a la Santa Sede, la *Congregación* se vio obligada a reafirmar la Declaración del Aborto Procurado, justificando:

1. La vida humana debe ser respetada y protegida de forma absoluta desde el momento de la concepción, donde ya se reconocen los derechos de persona, incluso contemplando el derecho inviolable de todo ser inocente a la vida.

2. El aborto directo es gravemente contrario a la Ley Moral: *«Dios ha confiado a los hombres la digna misión de conservar la vida»*.
3. La Iglesia sanciona con pena canónica de excomunión la cooperación formal a un aborto. La Iglesia no pretende restringir la misericordia, sino manifestar la gravedad del crimen cometido y el daño irreparable que se le causa a un inocente que muere, a sus padres y a la sociedad.
4. Los derechos inalienables de la persona deben ser reconocidos y respetados por la sociedad y por la autoridad política. Estos no están subordinados a otros individuos, padres, sociedad, ni al Estado: pertenecen a la naturaleza humana y son inherentes a la persona.
5. Reconoce el conflicto que se puede generar en determinadas situaciones, como el riesgo para la salud de la madre, mantener y alcanzar un nivel de vida digno para los demás miembros de la familia, o el temor a traer a una vida a condiciones de existencia que harían pensar mejor en no nacer. De todas formas, como indica la Encíclica *Evangelium Vitae*, estas circunstancias *«jamás pueden justificar la eliminación deliberada de un ser humano inocente»*.
6. En lo referido a tratamientos médicos que preserven la salud materna, es fundamental reconocer la diferencia entre una intervención que directamente provoca la muerte del embrión o feto –que nunca puede ser considerado lícito, ya que implica un asesinato–, a un escenario de una intervención sin fines abortivos que sí puede tener como consecuencia la muerte del embrión o feto.
7. En cuanto a la responsabilidad de los agentes sanitarios, *«su profesión les exige ser custodios y servidores de la vida humana»*. Además, como exige el Juramento Hipocrático, hay un compromiso de respetar en forma absoluta la vida humana.

CASO BIOÉTICO DE APLICACIÓN

En un matrimonio de profesionales de la salud, la mujer de 37 años y el hombre de 42 dicen haber atravesado un aborto espontáneo durante la octava semana de gestación. Actualmente, se presentan en la consulta con un embarazo de 20 semanas, con una ecografía que evidencia dilatación de los ventrículos cerebrales, y un estudio de translucencia nucal que marcaría bajo riesgo de anomalías

cromosómicas. Frente a esto, el cuerpo médico solicita una punción de vellosidades coriales, que reporta cariotipo 46 XY (normal masculino).

Se conserva una muestra para realizar estudio molecular de hidrocefalia y confirmar la expresión del gen *L1CAM*. La expresión del gen *L1CAM* determina el diagnóstico del síndrome L1. Esta enfermedad congénita abarca tres fenotipos clínicos: hidrocefalia con estenosis del acueducto de Silvio, síndrome MASA (retraso mental, afasia, paraplejia y pulgares en aducción), y agenesia del cuerpo calloso.

Con este diagnóstico en puerta, las indicaciones médicas son de formar un equipo interdisciplinario con pediatría, neurocirugía, neurología pediátrica y genética, con el objeto de tratar cada manifestación clínica: para la hidrocefalia, se sugiere una intervención quirúrgica con el fin de derivar el líquido cefalorraquídeo y así disminuir la presión intracraneal. Para el retraso mental, se propone un plan de educación individualizada que acompañe al niño y su familia. Para la disfunción motora –que puede provocar la ausencia del cuerpo calloso–, se propone abordaje con fisioterapia, uso de equipos ortopédicos y tratamiento farmacológico. Por último, para mejorar el grado de aducción de los pulgares se propone la colocación de una férula.

Ninguna de las alternativas recomienda la terminación del embarazo. Se informa a la familia la importancia del seguimiento médico y la opción de cuidados paliativos perinatales.

De todas formas, el matrimonio opta por la terminación del embarazo, a pesar de que la doctora les informase que este caso no es contemplado legalmente como interrupción legal del embarazo (ILE), en tanto la legislación no cuenta los problemas de salud fetales. En cambio, se insiste con los cuidados paliativos, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley Nacional N° 24.901 (nov. 1997) sobre el sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, que indica, ante la detección de una patología potencialmente discapacitante en la madre o en el feto, poner en marcha los tratamientos necesarios para evitar una discapacidad.

A pesar de esta información, la pareja acude a una médica que atiende en su cobertura de salud para la terminación del embarazo. El problema surge cuando la médica no termina de concretar el procedimiento –que implica la inyección de digoxina y muerte fetal por arritmia (denominado feticidio, ilegal en Argentina, donde los abortos se pueden realizar hasta la semana 14)–. Es entonces cuando la paciente se acerca a un hospital público para la finalización del procedimiento.

Esta práctica resultó en el nacimiento de un bebé muerto macerado, de quien no se pueden obtener muestras para anatomía patológica, y con una paciente que no está conforme con su cobertura médica porque "no le dieron apoyo".

El accionar de la pareja y de la médica responsable de la realización del procedimiento es considerado ilícito en Argentina, ya que la Ley Nacional N° 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (ILE) indica que el derecho a optar por este procedimiento es hasta la semana 14 inclusive, o a partir de la semana 15 en adelante solo si corre riesgo la vida o salud de la madre, o si el embarazo resultó de una violación.

REFLEXIONES FINALES

La legalización del aborto, como también su despenalización, solo en casos muy excepcionales y extremos puede ser justificado –por ejemplo, si la vida de la madre estuviera en riesgo, ya que, de lo contrario, habría riesgo de vida en ella y consecuentemente en su hijo–. Esto es, únicamente los abortos verdaderamente terapéuticos tienen justificación alguna: hemos de destacar que los embarazos producto de violación sexual no deben tampoco ser terminados, en tanto no se trataría de ninguna acción terapéutica.

En verdad, las tendencias actuales suponen un retroceso social a la luz de la visión científica y jurídica. Se están desconociendo los derechos del niño por nacer, en supuesto privilegio de los de la madre. Se afirma que la madre es dueña de su cuerpo, que es verdad, pero que aplicado a la vida del niño por nacer constituye una absoluta abstracción, en tanto este ya es un nuevo cuerpo y vida independiente del de su madre. Nunca el aborto puede ser justificado como un motivo de derechos de la mujer; hacerlo implica un acto inexorablemente discriminatorio y que implica asesinar a una vida inocente.

BIBLIOGRAFÍA

Argentina.gob.ar [Internet]. Acceso a la interrupción del embarazo: IVE/ ILE; [consultado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/acceso-la-interrupcion-del-embarazo-ive-ile>

Cultura | Argentina.gob.ar [Internet]. El Mayo Francés del 68: el mes de la revuelta y la reivindicación; [consultado el 29 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.cultura.gob.ar/mayo-frances-el-mes-de-la-revuelta-8993/>.

InfoLEG [Internet]. Ley 24901: sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad; [consultado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47677/norma.htm>

Meadows DH, Meadows DL, Randers J, Behrens WW. Los límites del crecimiento. 1ª ed. México D.F, México: Av, de la Universidad 975; 1972. Disponible en: <https://s81c843597189ba68.jimcontent.com/download/version/1660789173/module/9819046665/name/Los-Limites-Del-Crecimiento.pdf>

National Center for Biotechnology Information [Internet]. L1 Syndrome - GeneReviews® - NCBI Bookshelf; [consultado el 30 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1484/>.

National Security Study Memorandu | Implication of Worldwide Population Growth [Internet]. [consultado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pcaab500.pdf

SciELO - Scientific e lectronic library online [Internet]. [consultado el 26 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v24n1/1726-569X-abioeth-24-01-00085.pdf>

United Nations Cairo, 5-13 September 1994 | Report of the International Conference on Population and Development [Internet]. [consultado el 27 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_eng_2.pdf

Vatican [Internet]. Declaración sobre el aborto provocado, noviembre 1974; [consultado el 24 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19741118_declaration-abortion_sp.html

Vatican [Internet]. Dicasterios Dicasterio para la Doctrina de la Fe; [consultado el 26 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.vatican.va/content/romancuria/es/dicasteri/dicastero-dottrina-fede.index.html#dicasteri>

Yurman P. Infobae [Internet]. Bucarest 1974: la conferencia de la ONU en la que Argentina enfrentó y venció al malthusianismo; 31 de agosto de 2022 [consultado el 1 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.infobae.com/opinion/2022/08/31/bucarest-1974-la-conferencia-de-la-onu-en-la-que-argentina-enfrento-y-vencio-al-malthusianismo/>.

VULNERABILIDAD SOCIOECONÓMICA Y SANITARIA EN EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Fecha de recepción: 05/02/24

Fecha de aceptación: 11/03/24

Lic. Carolina Sofía Garofalo

Contacto: carolinasgarofalo@uca.edu.ar

- Lic. en Psicología. Pontificia Universidad Católica Argentina.
Becaria doctoral UCA-CONICET en el Doctorado en Psicología. Pontificia Universidad Católica Argentina.
Trabaja en el Observatorio de la Deuda Social Argentina en el equipo de Capital Humano y Bienestar, con temas asociados a variables psicosociales y de salud según vulnerabilidad socioeconómica.
Es parte del Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores.
Docente UCA en Lic. en Psicología en materias como Metodología de la Investigación II y Taller de Tesis.

Dra. Solange Rodríguez Espínola

Contacto: solange_respínola@uca.edu.ar

- Doctora en Psicología.
Investigadora - Coordinadora del Programa Capital Humano y Bienestar en el Observatorio de la Deuda Social Argentina. Pontificia Universidad Católica Argentina.
Docente de grado en Metodología de la Investigación I, II, Taller de TIF y Psicología de la Adolescencia. Pontificia Universidad Católica Argentina.
Docente de posgrado en el Doctorado en Psicología. Pontificia Universidad Católica Argentina.

RESUMEN

La tendencia demográfica del envejecimiento poblacional protagonizará las próximas décadas. Argentina experimenta un proceso avanzado de envejecimiento de su sociedad, lo cual implica nuevos desafíos para garantizar el envejecimiento saludable de las personas mayores. A pesar de su relevancia, persisten desigualdades socioeconómicas en el estado de salud y el acceso a la atención sanitaria en un grupo caracterizado por un declive en salud y mayor necesidad de consulta médica. Desde el Observatorio de la Deuda Social Argentina, se analizan anualmente indicadores de las condiciones de vida y desarrollo humano en hogares de zonas urbanas, a través de la Encuesta de la Deuda Social Argentina con un diseño muestral probabilístico y polietápico. Los resultados evidencian desigualdades socioeconómicas en las condiciones de salud física y mental en personas de 60 años y más. La promoción del envejecimiento saludable debe orientarse a mejorar las condiciones de bienestar físico y mental de un grupo heterogéneo en los perfiles de envejecimiento.

Palabras clave: estado de salud, consulta médica, personas mayores, desigualdades socioeconómicas.

ABSTRACT

The demographic trend of population aging will dominate the coming decades. Argentina is undergoing an advanced process of societal aging, which presents new challenges in ensuring the healthy aging of older adults. Despite its importance, socioeconomic inequalities persist in health status and access to healthcare for a group characterized by declining health and increased medical needs. The Argentine Social Debt Observatory annually analyzes indicators of living conditions and human development in urban households through the Argentine Social Debt Survey, which employs a probabilistic, multi-stage sampling design. The results reveal socioeconomic disparities in the physical and mental health conditions of individuals aged 60 and older. Promoting healthy aging should focus on improving the physical and mental well-being of a heterogeneous group with diverse aging profiles.

Keywords: health status, medical consultation, older adults, socioeconomic inequalities

El aumento de personas mayores afecta a todas las sociedades a nivel mundial, en diferentes grados de acuerdo a la región. Esto se debe a múltiples causas, entre las cuales se incluyen la disminución de la mortalidad y la fecundidad, acompañado de un incremento de la esperanza de vida al nacer¹. En el caso de Argentina, el país transita un proceso avanzado de envejecimiento demográfico de su población y su perfil es en mayor parte urbano.

Bajo este contexto emergen nuevos desafíos sociales y sanitarios. En primer lugar, se estima un aumento de enfermedades crónicas o graves, de la discapacidad, la dependencia por el deterioro en salud y su consecuente necesidad de cuidados². Respecto a salud mental, la ansiedad y depresión son los trastornos de salud mental más frecuentes en la vejez. A su vez, son considerados factores de riesgo ante el deterioro cognitivo³ e impacta negativamente en la satisfacción en esta etapa vital.

En los próximos años se espera un incremento en la demanda de atención sanitaria. Más aún, esta situación ocurre en una región geográfica protagonizada por disparidades socioeconómicas, tales como la pobreza y dificultades en el acceso a la atención en salud. Las personas mayores tienen un alto riesgo de caer bajo la condición de pobreza por ingresos⁴. La vulnerabilidad social y económica perpetúa la desigualdad en el acceso al sistema sanitario, lo cual obstaculiza el cumplimiento del derecho primordial a la salud⁵. A esta situación, se suma que en Latinoamérica persisten dificultades en el acceso a los sistemas de atención en salud⁶.

Es importante que los años de vida ganados sean transitados bajo el goce de un estado de salud satisfactorio. Sin embargo, esta condición puede variar según el contexto en el que viva cada persona mayor, y ser desigual en términos sociales y económicos⁷. Es así que la prevalencia de problemas de salud es mayor en quienes son pobres y con menor nivel educativo, ya que se pone en juego el estilo de vida adoptado a lo largo de los años⁸. Se produce un efecto acumulativo, moldeado a través de diversos indicadores, tales como la alimentación nutritiva, aspectos residenciales, la condición y acceso al sistema de salud, el sexo, entre otros⁹. De esta manera se generan ventajas o desventajas históricas y combinadas en cada historia de desarrollo personal de los individuos¹⁰.

El concepto de envejecimiento saludable, exitoso o activo involucra una mirada bio-psico-social, en la que convergen múltiples disciplinas científicas¹¹. Contempla aspectos relativos a la salud y rendimiento cognitivo, de autonomía en la vida diaria, bienestar y satisfacción, redes de apoyo y la participación social¹². Sin embargo, el clásico modelo de Rowe y Kahn^{13,14} recibió críticas por parte

de profesionales que sugirieron incorporar aspectos sociales y estructurales al análisis de la vejez, que no fueron contempladas en su formulación inicial. Existen determinantes sociales que influyen en la manera de envejecer, como, por ejemplo, la educación, la ocupación laboral y el nivel de ingreso¹⁵. Ante la pluralidad de factores intervinientes, se genera una gran diversidad entre las personas de 60 años y más. Las personas envejecen de manera diferente entre sí, cada proceso de envejecimiento es único, y no es determinado exclusivamente por el estado de salud. Por este motivo, resultan diversas trayectorias de envejecimiento, caracterizadas por la heterogeneidad entre cada persona mayor, insertas en un entorno y circunstancias condicionantes de este proceso. En función de cómo se configuren las dimensiones del envejecimiento saludable en cada persona, los condicionantes socioeconómicos y aspectos contextuales, se generan diversas "vejezes".

La Organización Mundial de la Salud declara la década de envejecimiento saludable entre 2021 y 2030¹⁶. Propone aspectos importantes para abordar al envejecimiento, entre los que se incluyen factores intrínsecos o individuales asociados a condiciones físicas, cognitivas y psicológicas, como también factores del entorno en el que las personas se encuentran inmersos y que determinan la capacidad intrínseca. Al mejorar las condiciones socioeconómicas, las trayectorias de envejecimiento podrían volverse más saludables. En este sentido la evidencia científica demuestra que las políticas públicas dirigidas a reducir brechas de desigualdad estructural también son beneficiosas para el bienestar integral¹⁷.

El Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) de la Universidad Católica Argentina en Buenos Aires, tiene como propósito estudiar las deudas sociales, es decir, las privaciones injustas que afectan al despliegue de capacidades esenciales para el desarrollo humano autónomo, la cohesión social y la integración ciudadana. Desde el año 2004, realiza anualmente la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA), que evalúa indicadores de déficit de desarrollo humano e integración social en 5.700 hogares de zonas urbanas del país. El ODSA reúne diversos proyectos enmarcados en distintas líneas de investigación, entre las cuales se incluye el Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores. Se focaliza en el segmento etario de mayor edad, entendiendo que las condiciones de vida adquieren particularidades en función del periodo vital transitado.

El 28 de agosto de 2023, en el marco del Seminario "*Tercera edad, dilemas éticos y alternativas bioéticas*" como parte del equipo del ODSA, se presentó una síntesis de resultados sobre la situación del estado y acceso a la salud en personas mayores en los últimos años evaluados en la Serie Agenda para la Equidad,

estableciendo una comparación en función de aspectos de desigualdad social, económica, laboral, educativa considerando factores individuales, tales como la edad y el tipo de hogar en el que reside.

Los principales resultados demuestran que uno de cada cuatro entrevistados presenta dos o más carencias no monetarias en derechos sociales y económicos (es decir, pobreza multidimensional), como, por ejemplo, falta de acceso a servicios básicos o a un medio ambiente saludable. Es interesante destacar que el grupo de 18 a 59 años duplica esta tendencia, con un 40% de personas que experimentan pobreza multidimensional. A su vez, alrededor de cuatro de cada diez hogares con personas mayores perciben sus ingresos económicos como insuficientes, y un 13,6% no reside en una vivienda en condiciones adecuadas. Al compararlo con hogares en los que no viven personas de 60 años y más, se evidencia que las carencias en ambas áreas son más pronunciadas. Estas condiciones se agravan en grupos de estrato socio-ocupacional y nivel socioeconómico bajo, en personas pobres por ingresos y entre quienes residen en hogares multigeneracionales¹⁸.

Los datos del año 2022 expresan que los problemas de salud crónicos o graves aumentan con la edad, especialmente en el grupo mayor de 75 años, representados por alrededor de un 30% de la población. A su vez, la consulta médica anual en personas mayores es más frecuente que en grupos más jóvenes, con únicamente un 10% de carencia de consulta con profesionales. En lo que respecta a la salud mental, el malestar psicológico, entendido como sintomatología ansiosa y/o depresiva, alcanza a tres de cada diez personas mayores de zonas urbanas, en proporción similar a grupos de menor edad. Estos déficits en salud son manifestados particularmente por los grupos más vulnerables: al encontrarse bajo la línea de pobreza y vivir en condiciones económicas, educativas y laborales más precarias^{18,19}.

En 2024 hemos realizado como parte del Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores y, en alianza con Fundación Navarro Viola, una nueva publicación del documento estadístico de título Desafíos y oportunidades en el envejecimiento Un balance de la última década en Argentina²⁰. Allí nuevamente se analizaron indicadores sobre las condiciones de vida del grupo etario más longevo, destacando el estado de salud como una dimensión de análisis significativa. Respecto a la pobreza multidimensional e insuficiencia de ingresos se observa que persiste la misma tendencia de 2022 en las personas mayores. Además, una proporción similar (alrededor del 15%) experimenta inseguridad alimentaria, es decir, presenta una alimentación insuficiente debido a problemas económicos. En lo que refiere a la salud física y mental en el periodo 2022 y 2023 se observa un

aumento en la proporción de personas mayores de zonas urbanas que declaran tener enfermedades crónicas y/o graves, y alcanza al 30,9%. Como era esperable esta tendencia es mayor en este grupo, respecto a los sub-60. En cuanto a la salud mental (evaluada a través del malestar psicológico) se sostiene el déficit. Lo importante a señalar es que todos estos indicadores empeoran a mayor vulnerabilidad socioeconómica, la cual se puede entender como un aspecto que podría ser determinante en la manera que se transita la vejez.

En esta misma publicación²⁰ también hemos incluido informes de investigación, en los que se abordó la salud física y mental según con indicadores seleccionados. El primero de ellos²¹ muestra que las personas mayores con déficit en su estado de salud presentan mayor sintomatología ansiosa y depresiva, comparado con quienes declaran no tener problemas de salud e incluso tener algunos pocos. La diferencia es de 17.4 puntos porcentuales (p.p). Además, se observa que se incrementa la falta de apoyo social, de la infelicidad y la falta de proyectos personales para aquellos que no gozan de buena salud física.

El estado de salud tanto físico como mental y el acceso a la atención sanitaria son desiguales en la vejez al considerar aspectos estructurales: los grupos más vulnerables en términos sociales, económicos, laborales y educativos poseen un estado de salud más deficitario y consultan con menor frecuencia al médico. En edades más jóvenes, los problemas de salud disminuyen, pero la consulta médica es menos frecuente. Estas tendencias prevalecen según indicadores de desigualdad. La vulnerabilidad socioeconómica del grupo más longevo de la sociedad es significativa, pero no mayor que la de personas adultas de 59 años de edad o más jóvenes. Partiendo de estos resultados, se pone en relevancia trabajar no sólo con intervenciones que apunten únicamente a la vejez, sino también con los adultos más jóvenes: ellos son las futuras generaciones de personas mayores y presentan más carencias socioeconómicas que quienes actualmente tienen 60 años o más.

La promoción del envejecimiento saludable debe involucrar propuestas que mejoren condiciones de bienestar integral, tanto físico como mental. Estas deben estar diseñadas para un grupo de personas heterogéneo, con gran variabilidad en cada historia vital¹⁰. Algunos de los ejes para alcanzar una vejez satisfactoria serán el incentivo de conductas preventivas y protectoras de la salud, tales como la actividad física, alimentación saludable y suficiente, la estimulación cognitiva y fomentar el hábito de la consulta médica con especialistas. La interacción social en estos espacios resulta beneficiosa para aumentar la felicidad y la satisfacción, promoviendo mantener o mejorar el estado de salud integral del grupo más longevo de nuestra sociedad.

La posibilidad de acceder a estos programas debe suceder en igualdad de condiciones para todas las personas mayores. El hecho de identificar grupos vulnerables permitiría aplicar políticas públicas con una perspectiva integral y transversal a todas las condiciones socioeconómicas de las personas mayores parte de la sociedad argentina. Dar respuesta a los nuevos desafíos generados por los cambios demográficos permite generar sociedades más justas⁴ que se nutran de la investigación científica rigurosa¹⁸. Las personas mayores contribuyen enormemente y participan activamente en las sociedades en las que están insertos, pero esto solo es posible si conservan buena salud y su autonomía, con el soporte de la consulta con especialistas en salud.

REFERENCIAS

1 Organización Panamericana de la Salud y Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Perspectivas demográficas del envejecimiento poblacional en la Región de las Américas. 2023, Washington, DC: OPS y CEPAL. <https://doi.org/10.37774/9789275326794>

2 Alfonso García M, Pérez Manso B, Licea Alfonso DM. Dilemas y desafíos de una población en proceso de envejecimiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2021;37(2): e1559.

3 Aajami Z, Kazazi L, Toroski M, Bahrami M, Borhaninejad V. Relationship between Depression and Cognitive Impairment among Elderly: A Cross-sectional Study. *J Caring Sci*. 2020 Aug 18;9(3):148-153. <https://doi.org/10.34172%2Fjcs.2020.022>

4 United Nations. Leaving no one behind in an aging world. *World Social Report 2023*. 2023. United Nations.

5 Garrafa V. Bioética y el derecho al acceso a los cuidados de salud. *Salud Colectiva*. 2023;19:1-9. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4491>

6 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Inclusión y derechos de las personas mayores. 2022. Santiago: Naciones Unidas. <https://hdl.handle.net/11362/48567>

7 Barreto ML. Desigualdades en Salud: una perspectiva global. *Ciênc. saúde colet*. 2017;22(7): 2097-2108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>

8 Perez FP, Perez CA, Chumbiauca MN. (2022). Insights into the Social Determinants of Health in Older Adults. *Journal of biomedical science and engineering*.2022;15(11): 261-268. <https://doi.org/10.4236/jbise.2022.1511023>

9 Abramo L, Cecchini S, Ulman H. Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social. *Ciênc. saúde colet.* 2020;25(5):1587-1598. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019>

10 Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015, Organización Mundial de la Salud.

11 Rowe JW, Cosco TD. Successful Aging. En: Bengtson VL, Settersten Jr. RA, editores. *The Handbook of Theories of Aging*. 3a ed. New York: Springer; 2016, 613-626.

12 Fernández-Ballesteros R. The Concept of Successful Aging and Related Terms. En Fernández-Ballesteros R, Benetos A, Robine JM, editores. *The Handbook of Successful Aging*. Cambridge: Cambridge University Press; 2019, pp. 6-22. <https://doi.org/10.1017/9781316677018.002>

13 Rowe, JW, Kahn RL. Human aging usual and successful. *Science.* 1987;237:143-9. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>

14 Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *The Gerontologist.*1997;37:433-40. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>

15 Kok AA, Aartsen MJ, Deeg DJH, Huisman M. Socioeconomic inequalities in a 16-year longitudinal measurement of successful ageing. *Journal of epidemiology and community health.* 2016;70(11):1106-1113. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206938>

16 Organización Mundial de la Salud. Década del envejecimiento saludable: informe de referencia. Resumen. Organización Mundial de la Salud; 2021.

17 Organización Panamericana de la Salud. Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2023.

18 Amadasi E, Rodríguez Espínola S, Garofalo CS. Condiciones de vida de las personas mayores (2017-2021). Vulnerabilidades en clave de pandemia por COVID-19. 1ª ed. Documento Estadístico – Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores. Buenos Aires: Educa; 2022.

19 Rodríguez Espínola S, Garofalo CS, Paternó Manavella MA, Bauso N, Lafferriere F. Desigualdades y retrocesos en el desarrollo humano y social 2010-2022: El deterioro del bienestar de los ciudadanos en la pospandemia por COVID-19. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Buenos Aires: Educa; 2023.

20 Amadasi E, Rodríguez Espínola S, Garofalo CS, Soler J. Desafíos y oportunidades en el envejecimiento. Un balance de la última década en Argentina. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Buenos Aires:Educa; 2024.

21 Soler J, Garofalo CS. El estado de salud de las personas mayores: consideraciones sobre el bienestar subjetivo. En Amadasi E, Rodríguez Espínola S, Garofalo CS, Soler J. Desafíos y oportunidades en el envejecimiento. Un balance de la última década en Argentina. Buenos Aires:Educa; 2024. pp. 68-71.

INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y NEUROTECNOLOGÍAS

*Ponencia en la I Jornada de Bioética
e Inteligencia Artificial, 16 de octubre
de 2024*

Dr. Carlos Alberto Castro Campolongo

Contacto: ccastro1215.cc@gmail.com

- Licenciado en Psicología.

Master en Neuropsicología Clínica en el Instituto de Altos Estudios Universitarios (IAEU) en la Universidad Europea Miguel de Cervantes.

Doctor en teología, especialización sistemática (Antropología): Facultad de teología de Catalunya, Barcelona

Autor de varios artículos científicos publicados por la Editorial de Facultad de Teología de Catalunya, y por la Editorial de la Facultad de Psicología de la Universidad Argentina Kennedy.

Miembro del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica Argentina y responsable del Área de Neuroética y Salud Mental del Instituto de Bioética de la UCA

LA NEUROÉTICA COMO MOMENTO DE LA NEUROCIENCIA

El 2 de abril de 2013, el presidente de los EE. UU. Barack Obama, anunció la Iniciativa BRAIN (*Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies*) (The White House, 2013). Su propósito era mapear y comprender la actividad cerebral, un objetivo análogo al que *The Human Genome Project* llevó a cabo años antes (1990-2003) cuando, gracias a la colaboración internacional, se logró mapear y secuenciar el genoma humano por primera vez.

Desde 2013 en adelante se han financiado proyectos para investigar el cerebro en todo el planeta (EE.UU; Europa, China, Japón, Australia, Canadá y Corea del Sur). El foco de dichas investigaciones radica en el desarrollo y aplicación de neurotecnologías para entender las complejas dinámicas de los circuitos de la actividad neuronal y cómo éstas dan origen a nuestra cognición y conducta. Dichas tecnologías de alto rendimiento modelan y simulan informáticamente el cerebro humano integrando datos masivos, los cuales, aportan a los investigadores nuevas herramientas matemáticas para enfrentar diversas enfermedades neurológicas, neurodegenerativas, y otros trastornos (European Commission, 2021).

En el año 2014 surgen las primeras fábricas inteligentes. Con ellas se inicia (para poner un punto referencial) lo que se denomina la *cuarta revolución industrial*, *Industria 4.0*. Dicha "revolución" fue conceptualizada, formalmente, en 2016, por Klaus Schwab (fundador del Foro Económico Mundial, en 2016), en su libro, *La Cuarta Revolución Industrial*. Este fenómeno se caracteriza por la fusión de tecnologías emergentes tales como la inteligencia artificial, la robótica, la nanotecnología, la biotecnología, el Internet de las Cosas (IoT), la impresión 3D y la computación cuántica (la cual rompe con el lenguaje simplemente binario). Pues bien, junto con el poder que ofrece esta fusión y su consiguiente conocimiento, surge una responsabilidad ética. El libro de Schwab indica que más allá de los cuidados relacionados para con el *medio ambiente* hay otros desafíos éticos y sociales tales como la *Privacidad* (de la mano de la inteligencia artificial -IA- y el uso masivo de los big data), la *Vigilancia* (por la capacidad de monitorear y analizar los comportamientos humanos), la *Desigualdad Social* (pues tiene el

1 La primera Revolución Industrial comenzó alrededor de 1784 y se caracterizó por la mecanización de la producción a través del uso del vapor y la introducción de maquinaria, como el telar mecánico. La segunda Revolución Industrial dada aproximadamente en 1870 fue marcada por la producción masiva y el uso de electricidad, así como la invención de la cadena de montaje; la tercera Revolución Industrial, comenzada en 1969 se centró en la electrónica y la informática, lo que llevó a la automatización de procesos y al desarrollo de tecnologías digitales.

potencial de aumentar la brecha entre aquellos que tienen acceso a las nuevas tecnologías y aquellos que no, impactando en el empleo y en el desplazamiento-desarraigo) y la *responsabilidad* y *transparencia* debido a la posibilidad que ofrece la IA de tomar decisiones de forma automatizada. El Papa Francisco, un año antes, planteaba el tema de otro modo en su Encíclica *Laudato si'*:

La humanidad ha ingresado en una nueva era en la que el poderío tecnológico nos pone en una encrucijada. Somos los herederos de dos siglos de enormes olas de cambio: el motor a vapor, el ferrocarril, el telégrafo, la electricidad, el automóvil, el avión, las industrias químicas, la medicina moderna, la informática y, más recientemente, la revolución digital, la robótica, las biotecnologías y las nanotecnologías. Es justo alegrarse ante estos avances, y entusiasmarse frente a las amplias posibilidades que nos abren estas constantes novedades (Francisco, 2015, 102).

Pero no podemos ignorar que la energía nuclear, la biotecnología, la informática, el conocimiento de nuestro propio ADN y otras capacidades que hemos adquirido nos dan un tremendo poder ... Nunca la humanidad tuvo tanto poder sobre sí misma y nada garantiza que vaya a utilizarlo bien ... ¿En manos de quiénes está y puede llegar a estar tanto poder? Es tremendamente riesgoso que resida en una pequeña parte de la humanidad (Francisco, 2015, 104)

Ahora bien, si nos ceñimos al estudio del cerebro, en referencia a las tecnologías hemos de decir que, a partir de 2013, su desarrollo ha tenido un impacto significativo transformando tanto la investigación, como las aplicaciones clínicas. Este impacto se ha manifestado particularmente, de la mano de la IA, en la mejora de técnicas de investigación y diagnóstico, y el avance de las interfaces cerebro-máquina. Podemos decir que, a grandes rasgos hay tres grandes categorías de nuevas herramientas: a) las que registran y leen la actividad cerebral (resonancia magnética funcional: IRMf; la electroencefalografía: EEG y la magnetoencefalografía: MEG); b) las que son capaces de modificar las señales cerebrales (neuromodulación) mediante señales eléctricas, magnéticas, químicas, o incluso acústicas o pulsos de luz y c) aquellas que combinan el registro de señales con una respuesta que se retroalimenta en un bucle (neurofeedback) y se fundamenta en la plasticidad neuronal a fin de lograr cambios que perduren en el tiempo.

En esta entrega nos ocuparemos sólo de las primeras, es decir, de aquellas que registran la actividad cerebral. Estas neurotécnicas aplicadas al campo neurocientífico plantean cuestiones éticas, las cuales no son un momento a

posteriori de la tarea neurocientífica, sino que forman parte del corazón de la misma. Es decir, neuroética y neurociencia se hallan íntimamente interrelacionadas. Al respecto de la neuroética suele distinguirse entre ética de la neurociencia y neurociencia de la ética, aunque en rigor, ambos campos se hallan profundamente imbricadas (Roskies, 2002). En efecto, los problemas éticos asociados con las técnicas de neuroimagen, la mejora cognitiva, o la neurofarmacología, se enlazan necesariamente con la investigación sobre la arquitectura funcional del cerebro, los cuales nos permiten comprender asuntos tan graves como la identidad personal, la conciencia, la intencionalidad y la capacidad de elaborar juicios morales. La ética de la neurociencia se centra en los problemas éticos que deben considerarse durante el diseño y ejecución de estudios neurocientíficos (consentimiento informado, diseño de ensayos clínicos, privacidad y derechos), así como las implicaciones éticas de los descubrimientos en neurociencia que pueden impactar las estructuras sociales, éticas y legales existentes (Roskies, 2002). En cambio, la neurociencia de la ética representa una nueva área de estudio que investiga las bases cerebrales de la cognición moral. También plantea interrogantes sobre cómo los cambios en el cerebro pueden afectar nuestra identidad personal. Un punto importante que se plantea es acerca del determinismo. En efecto, si el cerebro funciona como una mera máquina material, ¿puede seguir afirmándose lo que entendemos por autodeterminación? (Cortina, 2001; Dawkins, 1976; Hauser, 2008; Hamilton, 1964; Unger, 1996; Wilson, 1993). Sobre este asunto volveremos en una próxima entrega.

NEUROTECNOLOGÍAS AL SERVICIO DEL DIAGNÓSTICO

Realizar un diagnóstico diferencial es una ardua tarea que se presenta a menudo en la atención médica y requiere de la interpretación combinada de la historia clínica, el examen físico, las investigaciones y los procedimientos. Pues bien, las interfaces interactivas impulsadas por modelos de lenguaje amplios presentan nuevas oportunidades para ayudar y automatizar aspectos de este proceso (McDuff et al., 2023). Estos modelos son sistemas avanzados (redes neuronales) de inteligencia artificial diseñados para procesar y generar texto en lenguaje natural. Estas redes contienen un gran número de parámetros que pueden ser entrenadas con enormes cantidades de texto no etiquetado mediante técnicas de aprendizaje autosupervisado. Por este motivo tienen potencial de mejorar el razonamiento diagnóstico y la precisión en casos difíciles. Además, ayudan a los médicos a sintetizar información y gestionar la atención al paciente, facilitando un triaje más efectivo y una atención personalizada. Sin embargo, la implementación

de esta herramienta no puede ser ingenua y ha de tener en cuenta que dichos modelos pueden reflejar sesgos presentes en los datos de entrenamiento que podrían afectar la equidad en el diagnóstico (LHF Labs., 2023).

Por su parte, la IRMF aliada de la IA ofrece un gran potencial para el diagnóstico de enfermedades neurológicas y psiquiátricas: enfermedad de Alzheimer, Parkinson, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno del espectro autista (Kadry et al. 2021; Zhang et al., 2021). También dicha tecnología es utilizada, tanto para el análisis radiómico de tumores cerebrales, mejorando la predicción de riesgo del paciente y la identificación de biomarcadores (Li et al., 2022; Zhu et al., 2022), así como el diagnóstico del autismo (Giansanti, 2023).

En el caso de la electroencefalografía, en cuanto técnica no invasiva, se utiliza para registrar la actividad eléctrica evocada e inducida por el cerebro desde el cuero cabelludo. Hoy en día, la IA, en particular los algoritmos de aprendizaje automático y el aprendizaje profundo, se aplican cada vez más a los datos de EEG para el análisis de patrones a fin de clasificarlos en grupos y de ese modo comprender mejor cómo funciona el cerebro (Saeidi et al., 2021). Además, la clasificación de grupos ayuda a comprender diferentes estados mentales o condiciones neurológicas, lo que puede ser útil en el diagnóstico de trastornos, así como para el desarrollo de tecnologías que mejoren la calidad de vida de las personas.

Finalmente, otra modalidad no invasiva es la magnetoencefalografía (MEG), la cual aliada con la IA es una potente herramienta diagnóstica para la evaluación prequirúrgica de la epilepsia (Zheng et al., 2023).

INTERFASES CEREBRO-COMPUTADORA

Fuera del ámbito del diagnóstico, electrodos de registro colocados en el cuero cabelludo, o implantados en el cerebro de una persona, permiten que ésta pueda comunicarse e interactuar con el mundo, solo con el pensamiento. Estas interfaces pueden "manejar" *neuroprótesis* y así recuperar la movilidad de manos paralizadas tras sufrir un ictus, o la movilidad de las piernas en pacientes tetraplégicos, o sustituir, complementar o mejorar un mecanismo cognitivo o sensorial que pudiese haber sido dañado, tal como es el caso del implante coclear (Zhang et al., 2018). Incluso el desarrollo de estos exoesqueletos no sólo ofrece la posibilidad de ejecutar movimientos a pesar de la función motora deteriorada, sino que tras

el uso repetido luego de varias semanas pueden desencadenar la recuperación motora (Colucci et al., 2022; Samejima, 2021).

RECONSTRUCCIÓN DE EXPERIENCIAS VISUALES

La actividad cerebral humana registrada por medio de la resonancia magnética funcional y analizada por machine learning ofrece la posibilidad de reconstruir experiencias visuales, revelando, de este modo, contenidos subjetivos que respetan detalles semánticos múltiples mediante el aprovechamiento de múltiples niveles de representaciones corticales (Shen et al., 2019). Este método permite comprender cómo el cerebro representa el mundo y, a partir de allí, interpretar la conexión entre los modelos de visión artificial y nuestro sistema visual (Takagi y Nishimoto, 2023).

Decodificación del lenguaje

Por medio de grabaciones cerebrales no invasivas, una interfaz cerebro-computadora puede decodificar el lenguaje continuo de palabras inteligibles que recuperan el significado del habla. Hacemos notar que la decodificación exitosa requiere la cooperación del sujeto, tanto para entrenar, como para aplicar el decodificador. En 2019 una persona con anartria y cuadriparesia espástica causada por un accidente cerebrovascular del tronco encefálico fue sometida a una singular operación. Se le implantó subduralmente una matriz de múltiples electrodos de electrocorticografía de alta densidad sobre el área de la corteza sensoriomotora que controla el habla y un conector percutáneo. Pues bien, junto con el uso de modelos de aprendizaje profundo y un modelo de lenguaje natural, se logró no sólo detectar y clasificar palabras, sino incluso predecir probabilísticamente la siguiente palabra dadas las palabras anteriores, en una secuencia (Moses et al., 2021).

Tal como podemos apreciar, los dispositivos invasivos han logrado decodificar el habla de la actividad cerebral gracias a los algoritmos de aprendizaje profundo entrenados con grabaciones intracraneales. Sin embargo, extender este enfoque a las grabaciones cerebrales no invasivas es un gran desafío que la neurociencia quiso asumir. Por medio de grabaciones con magnetoencefalografía o electroencefalografía se obtuvieron datos cerebrales de personas mientras escuchaban historias cortas y oraciones aisladas. Los resultados mostraron que se puede identificar, a partir de 3 segundos de señales de magnetoencefalografía el segmento de habla correspondiente, con una alta precisión y rendimiento, que permite decodificar palabras y frases ausentes, según el análisis de predicciones del decodificador, las cuales dependen principalmente de representaciones léxicas

y semánticas contextuales. Lo valioso de este procedimiento de decodificación eficaz del habla percibida es que puede realizarse a partir de la actividad cerebral, sin que los pacientes afronten el riesgo de una cirugía cerebral (Défossez et al., 2022).

Incluso se desarrollaron tecnologías que ofrecen la posibilidad de decodificar tres modalidades de salida complementarias relacionadas con el habla: texto, audio del habla y animación facial-avataar. En el entrenamiento y la evaluación, los modelos de aprendizaje profundo utilizaron datos neuronales que fueron recopilados mientras el participante intentaba decir oraciones en silencio, obteniendo una decodificación precisa y rápida de amplio vocabulario. Pero, lo curioso es que, en el caso del audio de voz, se logró una personalización inteligible y rápida, acorde con la voz del participante antes de la lesión. Finalmente, la animación facial-avataar permitió restaurar la comunicación "encarnada" y completa, lo cual abre nuevas posibilidades para las personas que viven con parálisis grave (Metzger et al., 2023).

También por medio de la resonancia magnética funcional se registraron representaciones semánticas corticales, las cuales, utilizando un decodificador no invasivo fueron reconstruidas en lenguaje continuo, generando secuencias de palabras inteligibles que recuperan el significado del habla percibida, pero incluso, el análisis cualitativo muestra que el decodificador puede recuperar el significado de los estímulos imaginados, aunque el rendimiento de decodificación para el habla imaginada sea menor que el rendimiento de decodificación para el habla percibida. Pero aún más, el decodificador semántico del lenguaje es capaz de reconstruir descripciones del lenguaje a partir de respuestas cerebrales a tareas no lingüísticas. En efecto, ante videos mudos (cortometrajes sin sonido) las secuencias decodificadas describían con precisión los eventos de las películas. En suma, un solo decodificador puede aplicarse a una serie de tareas. Y, dado que las interfaces cerebro-ordenador deben respetar la privacidad mental, se probó que el éxito de la decodificación requiere de la cooperación del sujeto, tanto para entrenar, como para aplicar el decodificador (Tang et al., 2022).

INTERFAZ CEREBRO- COMPUTADORA Y MOTRICIDAD FINA

Uno de los principales focos de la investigación de las interfaces cerebro-computadora hasta no hace mucho tiempo ha sido la restauración de las habilidades motoras gruesas. Sin embargo, en 2021, se desarrolló una interfaz intracortical que decodifica los movimientos de escritura a mano intentados a

partir de la actividad neuronal en la corteza motora y lo traduce a texto en tiempo real, utilizando un enfoque de decodificación de redes neuronales recurrentes. Estas redes consisten en un modelo de aprendizaje profundo que utiliza datos secuenciales. Y, a diferencia de las redes neuronales tradicionales que procesan la información en una sola dirección, las redes neuronales recurrentes permiten que la información fluya tanto hacia adelante como hacia atrás, lo que les otorga la capacidad de “recordar” información previa y utilizarla para influir en las próximas decisiones. Pues bien, con este método se logró que una persona cuya mano estaba paralizada por una lesión de la médula espinal alcanzase velocidades de escritura de caracteres por minuto comparables a las velocidades típicas de escritura de teléfonos inteligentes (Rapeaux y Constandinou, 2021; Willett et al., 2021).

CAPTACIÓN DE PATRONES NEURONALES EN LA CORTEZA MOTORA

En octubre de 2024, en la conferencia de Neurociencia celebrada en Chicago, Illinois, se presentó una tecnología que permite capturar patrones neuronales previamente inaccesibles en la corteza motora (oscilaciones beta) relacionados con el movimiento, ofreciendo perspectivas que podrían transformar el futuro del tratamiento neurológico y la rehabilitación (ictus, Parkinson, lesiones en la médula espinal, trastornos neurodegenerativos). Estas oscilaciones, como patrones neuronales rítmicos en la corteza motora, revelan nueva información sobre cómo el cerebro codifica el movimiento y lo controla. Además, la información recopilada sobre la actividad neuronal ofrece la posibilidad de que las interfaces cerebro-computadora puedan controlar diferentes dispositivos con solo pensarlo (Precision Neuroscience, 2024).

En suma, las interfaces cerebro-computadora pueden utilizarse para registrar y decodificar la actividad neuronal. Ya veremos que también pueden estimular neuronas, o grupos de neuronas específicos permitiendo una variedad de aplicaciones, desde las profundas (como el tratamiento de trastornos neurológicos y la recuperación de funciones), hasta las que se refieren a la mejora de las capacidades humanas.

NAVEGAR POR INTERNET

Se está avanzando en interfaces que permiten navegar por internet y tener acceso con solo pensar en una palabra o frase delante de una pantalla de una computadora. En efecto, puesto que sabemos que las señales de las ondas

cerebrales se ven afectadas por el pensamiento humano, entonces, si pudiesen captarse ciertos patrones de señales del electroencefalograma EEG y se los asociase con acciones o ideas específicas, estaríamos con la posibilidad de crear una interfaz de usuario. Dicha interfaz permitiría a un ser humano tener acceso a una variedad de servicios de internet con solo pensar o concentrándose en una palabra o frase en la pantalla de una computadora. Una aplicación recientemente desarrollada permite, a través de la señal de ondas cerebrales, no sólo conectarse a internet, sino también guiar dispositivos utilizando únicamente el poder del pensamiento (Janapati et al., 2022).

ESTADOS DE CONSCIENCIA

En pacientes con daño cerebral grave o parálisis, que no tienen ninguna respuesta fisiológica, es posible averiguar si están o no conscientes. Esto es relevante para poder proporcionarles formas de comunicación a través de interfaces cerebrales. La decodificación de estados de consciencia también es útil en personas con problemas de sueño. Tengamos presente que la mala calidad de sueño incide en depresión, trastorno de ansiedad, estrés, etc.

Técnicas avanzadas de neuroimagen (IRMf y EEG) se utilizan para identificar el procesamiento cognitivo preservado, incluida la conciencia encubierta para relacionarlos con los resultados en pacientes que no responden conductualmente. Esto tiene lugar particularmente en pacientes que padecen lesión cerebral aguda y no muestran signos conductuales de conciencia. Por su parte, la IRMf, al medir los cambios en la oxigenación de la sangre, proporciona una localización precisa de la actividad cerebral. Sin embargo, al ser sensible a movimientos involuntarios, su precisión se ve afectada. Por ello, el EEG, a pesar de tener una resolución espacial limitada y ser sensible a la atmósfera eléctricamente ruidosa de la Unidad de Cuidados Intensivos, tiene la ventaja de proporcionar datos continuos sobre la actividad eléctrica del cerebro, además de ser portátil y más rentable. En todo caso, ambas herramientas, al ser utilizadas para sondear la conciencia encubierta pueden proporcionar elementos para tomar mejores decisiones sobre el tratamiento y la rehabilitación. Reconocer que un paciente tiene algún grado de conciencia permite personalizar los enfoques terapéuticos implementando terapias que fomenten la comunicación y la interacción, incluso si éste no puede responder físicamente.

Además de la IRMf y el EEG, la espectroscopia funcional de infrarrojo cercano, es una técnica de neuroimagen óptica que como la IRMf infiere la actividad cerebral

a través del acoplamiento neurovascular mediante la estimación de los cambios en la concentración de la hemoglobina oxigenada-desoxigenada y permite medir la actividad neuronal. Esta técnica se utiliza para detectar la conciencia encubierta en trastornos crónicos de la conciencia. Sus ventajas son proporcionar una buena resolución temporo-espacial a la vez que ser menos susceptible a los artefactos de movimiento. Por su parte, la estimulación magnética transcraneal con EEG (TMS-EEG) es una técnica de neuroimagen que combina la estimulación cerebral a través de pulsos magnéticos con el registro de la actividad eléctrica cerebral, cuya complejidad se puede medir y cuantificar a través de una medida conocida como índice de complejidad perturbacional. Esta combinación de técnicas mide las interacciones neuronales y proporciona una evaluación precisa de la dinámica cerebral que puede diferenciar entre estados de conciencia con alta especificidad y sensibilidad. Además, otras ventajas son que la TMS-EEG puede eludir los sistemas sensoriales y motores, y no requiere esfuerzo cognitivo por parte de los pacientes, lo que la hace atractiva para evaluar la capacidad de haber conservado la conciencia en la unidad de cuidados intensivos. Estas herramientas impulsan los esfuerzos para desarrollar intervenciones que faciliten la recuperación y mejoren la calidad de vida de los pacientes (Kazazian et al., 2024).

DECODIFICAR EL ESTADO DEL ÁNIMO

Hasta ahora las tecnologías de decodificación fueron diseñadas en gran medida para estados cerebrales representados en áreas cerebrales localizadas. Ya hemos visto cómo las interfaces cerebro-máquina pueden decodificar las intenciones motoras a partir de regiones localizadas en áreas corticales específicas (motoras). Sin embargo, la representación del estado de ánimo no solo involucra múltiples sitios cerebrales (corteza prefrontal, amígdala, hipocampo, y otras estructuras del sistema límbico), sino que, además, aún no se sabe exactamente cómo estas regiones interactúan y se coordinan. Esto hace difícil el desarrollo de modelos precisos para decodificar el estado de ánimo a partir de la actividad neural. A pesar de todo ello se han desarrollado modelos que permiten, a partir de registros intracraneales a gran escala a lo largo de varios días, decodificar las variaciones del estado de ánimo en sujetos individuales (Sani et al., 2018; Shanechi, 2019).

Hoy en día se usan modelos de resonancia magnética de ultra alta resolución, (resonancia magnética de 7T: RM 7T) para psiquiatría de precisión. Dichos modelos permiten exámenes individualizados y planes de tratamiento psiquiátrico basados en la estructura cerebral única de cada individuo. La RM 7T ofrece una resolución espacial menor a 1 mm, lo que permite obtener imágenes extremadamente

detalladas del cerebro y otras estructuras corporales. Además, duplica la relación señal/ruido en comparación con los escáneres de resonancia magnética convencionales, lo que mejora la precisión y la claridad de las imágenes. Debido a estas características pueden detectarse cambios neurobiológicos sutiles, guiando la investigación hacia tratamientos psiquiátricos personalizados. Pues bien, estudios recientes que utilizan esta tecnología han demostrado reducciones en volúmenes específicos del hipocampo en personas con trastorno depresivo mayor, lo que podría ofrecer biomarcadores potenciales para su diagnóstico y evaluación de resistencia al tratamiento. Además, se han introducido análisis radiómicos y métricas corticales avanzadas para evaluar la complejidad de las estructuras corticales y detectar diferencias sutiles en los trastornos de ansiedad y depresión. Estos avances están proporcionando una comprensión más profunda de los cambios cerebrales en los trastornos del estado de ánimo y guiando la investigación hacia tratamientos psiquiátricos individualizados (Watanabe et al., 2024).

También se han realizado estudios a fin de vincular cambios longitudinales en las oscilaciones corticales rápidas (utilizando la electroencefalografía) con ensayos farmacológicos y terapia cognitivo-conductual. Hasta la fecha, el estudio de las oscilaciones corticales antes del inicio del tratamiento ha demostrado ser prometedoras en la predicción de las respuestas a varios Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). Se ha descubierto una asociación entre un aumento en la actividad theta y disminuciones tardías en la potencia alfa asociadas con la mejoría en los síntomas depresivos. El estudio respalda los efectos moduladores de los ISRS sobre las oscilaciones corticales en estado de reposo y sugiere que futuras investigaciones podrían utilizar EEG para identificar objetivos biológicos robustos y desarrollar intervenciones de neuroestimulación personalizadas (Schwartzmann et al, 2024).

COMPUTACIÓN AFECTIVA

La computación afectiva (también conocida como inteligencia artificial de emociones o IA de emociones) basada en aprendizaje profundo es un campo interdisciplinario que combina la informática, la psicología, la ciencia cognitiva y la educación centrándose en el desarrollo de sistemas y dispositivos capaces de reconocer, interpretar y responder a las emociones humanas. Este tipo de desarrollo podría resultar útil para trabajar en la depresión, dosificar medicamentos y supervisar el proceso de atención que se brinda a esa persona (Wang et al., 2022).

Con el rápido crecimiento del envejecimiento de la población en todo el mundo, esta técnica tiene un inmenso potencial para beneficiar el tratamiento y la atención de los trastornos cognitivos y del estado de ánimo en la vejez. Puede utilizarse para abordar las deficiencias de los enfoques actuales de detección y diagnóstico, mitigar la soledad y el aislamiento, proporcionar enfoques de tratamiento más personalizados y detectar el riesgo de suicidio (Smith et al., 2021).

NEURODERECHOS

Si bien el tema de los neuroderechos volveremos a tratarlos cuando realicemos la segunda entrega y allí deberemos plantear el tema del libre albedrío (Genser et al., 2022), ahora hemos de indicar que éstos son una propuesta de extensión de los derechos humanos que ya están reconocidos en tratados internacionales. No obstante, existe un debate acerca de cómo abordarlos legislativamente. En efecto, algunos señalan que los derechos existentes ya ofrecen una suficiente cobertura y cuestionan la necesidad de incluirlos en los tratados internacionales vigentes. Pero, la mayor parte de la comunidad experta argumenta que los derechos humanos, tal como son planteados hoy en día, no ofrecen protección frente al potencial de las neurotecnologías. Hemos visto que existen herramientas que permiten leer el cerebro y ya veremos que, incluso otras pueden modificar la actividad cerebral y, por tanto, el comportamiento de las personas. La comunidad de neurocientíficos desde NeuroRights Foundation impulsada por Rafael Yuste insiste en la necesidad de reconocer al menos cinco neuroderechos. Ahora haremos mención sólo a dos de ellos, los cuales podrían verse afectados por las neurotecnologías que leen la actividad neuronal. Nos referimos al derecho a la privacidad mental y la protección contra el sesgo. En relación al primero decimos que éste supone al menos tres cosas: a) cualquier NeuroData que se obtenga al medir la actividad neuronal debe mantenerse en privado; b) si los datos fuesen almacenados el sujeto puede exigir que sean eliminados por su sola petición; c) debe regularse estrictamente el uso, la venta y la transferencia comercial de los datos. Ahora bien, sobre la protección contra el sesgo se afirma que combatirlo ha de ser la norma para los algoritmos en neurotecnología. En efecto, un uso deficiente de datos, o un mal diseño de algoritmos podría reforzar la discriminación hacia grupos vulnerables.

El peso que los datos obtenidos a partir de las neuroimágenes es tan contundente que el Tribunal Supremo español, en la Sentencia 814/2020, ha reconocido el valor probatorio de las neuroimágenes en un caso penal diciendo que aportan unas conclusiones "certeras" e "incuestionables". Esto parece sugerir una apertura hacia su uso en procesos judiciales (Julià-Pijoan, 2022). Muchos años antes, en 2008,

en la India, se condenó a Aditi Sharma de 24 años, de haber envenenado a su antiguo novio, basándose en los resultados de un escáner cerebral de tipo EEG. El tema suscitó la atención mundial y el veredicto fue anulado un año después. Sin embargo, en junio de 2021, Sharma y su nueva pareja fueron hallados culpables del crimen. En fin, sea lo que fuere y más allá de las discusiones jurídicas, lo cierto es que los científicos haciendo uso del aprendizaje automático y de la IA pueden extraer datos cerebrales con notable precisión (*Katsnelson*, 2021). De todos modos, la cuestión de su uso sigue siendo altamente discutida (Julià-Pijoan, 2023).

REFERENCIAS

- Colucci, A., Vermehren, M., Cavallo, A., Angerhöfer, C., Peekhaus, N., Zollo, L., Kim, W., Paik, N., & Soekadar, S. (2022). Brain-Computer Interface-Controlled Exoskeletons in Clinical Neurorehabilitation: Ready or Not?. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 36, 747 - 756. <https://doi.org/10.1177/15459683221138751>
- Cortina, A. (2001). *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos
- Dawkins, R. (1976). *The selfish gene*. New York: Oxford University Press
- Défossez, A., Caucheteux, C., Rapin, J., Kabeli, O., & King, J. (2022). Decoding speech from non-invasive brain recordings. *ArXiv*, *abs/2208.12266*
- European Commission. (2021). *The Human Brain Project: A European flagship project*. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/news/final-human-brain-project-summit-achievements-and-future-digital-brain-research>
- Francisco. (2015). Laudato Si: Sobre el cuidado de la casa común. https://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_encyclica-laudato-si.html
- Genser, J., Herrmann, S. & Yuste, R. (2022). International Human Rights Protection Gaps in the Age of Neurotechnology. https://collimateur.uqam.ca/wp-content/uploads/sites/11/2022/09/NeurorightsFoundation_PU_BLICAnalysis5.6.22.PDF
- Giansanti, D. (2023). An Umbrella Review of the Fusion of fMRI and AI in Autism. *Diagnostics*, 13. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13233552>
- Hamilton, W.D. (1964). The genetical evolution of social behaviour. *J Theo Biology* 7, 1-52
- Hauser, M. (2008). *La mente moral. Cómo la naturaleza ha desarrollado nuestro sentido del bien y del mal* (Miguel Candel trad.). Barcelona: Paidós

Janapati, R., Dalal, V., Kumar, G. M., Anuradha, P., & Shekar, P. V. R. (2022). Web interface applications controllers used by autonomous EEG-BCI technologies. *AIP Conference Proceedings*, 2418, 030038. <https://doi.org/10.1063/5.0081780>

Julià-Pi Joan, M. (2022). Sobre la valoración judicial de las neuroimágenes. *Rev. chil. derecho* vol.49 no.3 Santiago dic. 2022. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-34372022000300009&script=sci_arttext

Julià-Pi Joan, M. (2023). La prueba penal de los estados mentales desde la "neurotecnología": ¿ya es una realidad?. *Polít. crim.* vol.18 no.35 Santiago jul. 2023. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-33992023000100091&script=sci_arttext

Kadry, S., Taniar, D., Damaševičius, R., & Rajinikanth, V. (2021). Automated Detection of Schizophrenia from Brain MRI Slices using Optimized Deep-Features. 2021 Seventh International conference on Bio Signals, Images, and Instrumentation (ICBSII), 1-5. <https://doi.org/10.1109/ICBSII51839.2021.9445133>

Katsnelson, A. (2021). Criminalidad: ¿las imágenes del cerebro sirven de prueba? <https://courier.unesco.org/es/articles/criminalidad-las-imagenes-del-cerebro-sirven-de-prueba>

Kazazian, K., Edlow, B. L., & Owen, A. M. (2024). Detecting awareness after acute brain injury. *The Lancet Neurology*, 23, 836–844. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(24\)00456-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00456-7)

Kumari, N., Anwar, S. & Bhattacharjee, V. (2022). Automated visual stimuli evoked multi-channel EEG signal classification using EEGCapsNet. *Pattern Recognition Letters* 153, 29–35. www.doi.org/10.1016/j.patrec.2021.11.019

LHF Labs. (2023). El sesgo en los modelos de lenguaje. <https://www.lhf.ai/el-sesgo-en-los-modelos-de-lenguaje/>

Li, C., Li, W., Liu, C., Zheng, H., Cai, J., & Wang, S. (2022). Artificial intelligence in multi-parametric magnetic resonance imaging: A review. *Medical physics*. <https://doi.org/10.1002/mp.15936>

McDuff, D., Schaeckermann, M., Tu, T., Palepu, A., Wang, A., Garrison, J., Singhal, K., Sharma, Y., Azizi, S., Kulkarni, K., Hou, L., Cheng, Y., Liu, Y., Mahdavi, S., Prakash, S., Pathak, A., Semturs, C., Patel, S., Webster, D., Dominowska, E., Gottweis, J., Barral, J., Chou, K., Corrado, G., Matias, Y., Sunshine, J., Karthikesalingam, A., & Natarajan, V. (2023). Towards Accurate Differential Diagnosis with Large Language Models. *ArXiv*, abs/2312.00164. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2312.00164>

Metzger, S. L., Littlejohn, K. T., Silva, A. B., Moses, D. A., Seaton, M. P., Wang, R., Dougherty, M. E., Liu, J. R., Wu, P., Berger, M. A., Zhuravleva, I., Tu-Chan, A., Ganguly, K., Anumanchipalli, G. K., & Chang, E. F. (2023). A high-performance neuroprosthesis for speech decoding and avatar control. *Nature*, *620*(7976), 1037–1046. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06443-4>

Moses, D. A., Metzger, S. L., Liu, J. R., Anumanchipalli, G. K., Makin, J. G., Sun, P. F., Chartier, J., Dougherty, M. E., Liu, P. M., Abrams, G. M., Tu-Chan, A., Ganguly, K., & Chang, E. F. (2021). Neuroprosthesis for Decoding Speech in a Paralyzed Person with Anarthria. *The New England journal of medicine*, *385*(3), 217–227. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2027540>

Precision Neuroscience. (2024, 7 de octubre). Breakthrough in brain-computer interface technology: A new era of neural decoding at the Society for Neuroscience annual meeting Neuroscience 2024. GlobeNewswire. <https://www.globenewswire.com/news-release/2024/10/07/2959101/0/en/Breakthrough-in-Brain-Computer-Interface-Technology-A-New-Era-of-Neural-Decoding-at-the-Society-for-Neuroscience-Annual-Meeting-Neuroscience-2024.html>

Rapeaux, A., & Constandinou, T.G. (2021). Implantable brain machine interfaces: first-in-human studies, technology challenges and trends. *Current opinion in biotechnology*, *72*, 102–111

Roskies, A. (2002). Neuroethics for the New Millenium. *Neuron*, *35*, 21–23

Saeidi, M., Karwowski, W., Farahani, F., Fiok, K., Taiar, R., Hancock, P., & Al-Juaid, A. (2021). Neural Decoding of EEG Signals with Machine Learning: A Systematic Review. *Brain Sciences*, *11*. <https://doi.org/10.3390/brainsci11111525>

Samejima, S., Khorasani, A., Ranganathan, V., Nakahara, J., Tolley, N., Boissenin, A., Shalchyan, V., Daliri, M., Smith, J., & Moritz, C. (2021). Brain-Computer-Spinal Interface Restores Upper Limb Function After Spinal Cord Injury. *IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering*, *29*, 1233–1242. <https://doi.org/10.1109/TNSRE.2021.3090269>

Sani, O. G., Yang, Y., Lee, M. B., Dawes, H. E., Chang, E. F., & Shanechi, M. M. (2018). Mood variations decoded from multi-site intracranial human brain activity. *Nature Biotechnology*, *36*, 954–961. <https://doi.org/10.1038/nbt.4200>

Schwartzmann, B., Chatterjee, R., Vaghei, Y., Quilty, L. C., Allen, T. A., Arnott, S. R., Atluri, S., Blier, P., Dhami, P., Foster, J. A., Frey, B. N., Kloiber, S., Lam, R. W., Milev, R., Müller, D. J., Soares, C. N., Stengel, C., Parikh, S. V., Turecki, G., Uher, R., ... Farzan, F. (2024). Modulation of neural oscillations in escitalopram treatment:

- a Canadian biomarker integration network in depression study. *Translational psychiatry*, 14(1), 432. <https://doi.org/10.1038/s41398-024-03110-8>
- Shanechi, M. M. (2019). Brain-machine interfaces from motor to mood. *Nature Neuroscience*, 22, 1554–1564. <https://doi.org/10.1038/s41593-019-0488-y>
- Shen, G., Horikawa, T., Majima, K., & Kamitani, Y. (2019). Deep image reconstruction from human brain activity. *PLoS computational biology*, 15(1), e1006633. <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1006633>
- Smith, E., Storch, E., Vahia, I., Wong, S., Lavretsky, H., Cummings, J., & Eyre, H. (2021). Affective Computing for Late-Life Mood and Cognitive Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.782183>
- Takagi, Y., & Nishimoto, S. (2023). High-resolution image reconstruction with latent diffusion models from human brain activity. *bioRxiv*
- Tang, J., LeBel, A., Jain, S., & Huth, A.G. (2022). Semantic reconstruction of continuous language from non-invasive brain recordings. *Nature Neuroscience*, 26, 858–866
- The White House. (2013, abril 2). *Fact Sheet: BRAIN Initiative*. <https://obamawhitehouse.archives.gov/the-press-office/2013/04/02/fact-sheet-brain-initiative>
- Unger, P. (1996). *Living high and letting die: Our illusion of innocence*. New York: Oxford University Press
- Wang, Y., Song, W., Tao, W., Liotta, A., Yang, D., Li, X., Gao, S., Sun, Y., Ge, W., Zhang, W., & Zhang, W. (2022). A Systematic Review on Affective Computing: Emotion Models, Databases, and Recent Advances. *ArXiv*, abs/2203.06935. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2203.06935>
- Watanabe, K., Joglekar, J., & Yoshimura, R. (2024). Editorial: Recent developments in neuroimaging in mood disorders. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1371347. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1371347>
- Willett, F. R., Avansino, D. T., Hochberg, L. R., Henderson, J. M., & Shenoy, K. V. (2021). High-performance brain-to-text communication via handwriting. *Nature*, 593(7858), 249–254. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03506-2>
- Wilson, J.Q. (1993). *The moral sense*. New York: Free Press

Zhang, W., Kim, S. M., Wang, W., Cai, C., Feng, Y., Kong, W., & Lin, X. (2018). Cochlear Gene Therapy for Sensorineural Hearing Loss: Current Status and Major Remaining Hurdles for Translational Success. *Frontiers in molecular neuroscience*, 11, 221. <https://doi.org/10.3389/fnmol.2018.00221>

Zhang, Z., Li, G., Xu, Y., & Tang, X. (2021). Application of Artificial Intelligence in the MRI Classification Task of Human Brain Neurological and Psychiatric Diseases: A Scoping Review. *Diagnostics*, 11. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11081402>

Zheng, L., Liao, P., Wu, X., Cao, M., Cui, W., Lu, L., Xu, H., Zhu, L., Lyu, B., Wang, X., Teng, P., Wang, J., Vogrin, S., Plummer, C., Luan, G., & Gao, J. (2023). An artificial intelligence-based pipeline for automated detection and localisation of epileptic sources from magnetoencephalography. *Journal of Neural Engineering*, 20. <https://doi.org/10.1088/1741-2552/acef92>

Zhu, M., Li, S., Kuang, Y., Hill, V., Heimberger, A., Zhai, L., & Zhai, S. (2022). Artificial intelligence in the radiomic analysis of glioblastomas: A review, taxonomy, and perspective. *Frontiers in Oncology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.924245>

IA Y TRANSHUMANISMO: CONTRIBUCIÓN DE LA SABIDURÍA BÍBLICA A LA DIGNIDAD HUMANA

*Ponencia en la I Jornada de Bioética
e Inteligencia Artificial, 16 de octubre
de 2024*

Rab. Dr. Fishel Fernando Szlajen

(Universidad de Buenos Aires)

Contacto: fszlajen@gmail.com

- Rabino (Yeshivá Maalé Gilboa), Master en Filosofía Judía (Bar Ilan University), Doctor en Filosofía (UNEM), Postdoctorado en Bioética (PUCRS), Mandel Jerusalem Fellow (Mandel Leadership Institute), Scholar Fellow on Religion and The Rule of Law (University of Oxford), Miembro Titular de la Pontificia Academia para la Vida, Vaticano, Miembro del Consejo Académico de Ética en Medicina (CAEEM) en la Academia Nacional de Medicina, Miembro del International Consortium for Law and Religion Studies (ICLARS), Miembro del Consejo Argentino para la Libertad Religiosa (CALIR), Profesor titular en la UBA, UNLaM, USAL, UCA y ECAE. Ha publicado más de 300 trabajos, entre libros, papers y artículos, recibiendo premios como el de la Fundación Ashekor Internacional (2005). Fue galardonado por Consenso Salud (2017); premiado con la Mención de Honor Domingo Sarmiento (Senado Nacional, 2018); Declarado Personalidad Destacada de la Cultura (Legislatura Porteña, 2019) y distinguido por el Ministerio de Asuntos para la Diáspora del Estado de Israel (2020).
ORCID ID 0000-0002-0433-8506 Fishel Fernando Szlajen

DEL DUALISMO A LA INTERSECCIÓN

El mayor avance en biotecnología es su instrumentación para el denominado "human enhancement" o mejora artificial de las capacidades humanas, cuya preocupación mayor es el socavamiento de los principios fundamentales de lo humano. En este contexto, los conceptos de normalidad o funcionalidad emergen como referencias para evaluar el límite entre lo terapéutico y la mejora artificial.

Si bien hasta el presente no existe un estándar aceptado para dicho límite, el denominador común entre diversas pautas en la mayoritaria bibliografía académica y organizaciones internacionales de salud, radica en la siguiente diferencia. Por un lado, en la naturaleza de la condición tratada, donde lo terapéutico se centra en corregir disfunciones o tratar y prevenir patologías. Por otro lado, la mejora artificial busca aumentar capacidades funcionales más allá de lo típico o límites biológicos mediante la convergencia de edición genética, nanotecnología, farmacología y cibernética.¹ Pero esta frontera entre lo terapéutico y la mejora artificial, resulta cada vez más difusa siendo objeto de intensos debates bioéticos, al igual que los objetivos y alcances de la medicina.

De hecho, la categoría de normalidad y funcionalidad dificultan por su relatividad aquella distinción entre lo terapéutico y la mejora, variando según contextos culturales y sociales. Por ejemplo, en el ámbito de la salud, la normalidad suele asociarse con el estado físico y mental que permite el funcionamiento efectivo, emocional y relacional de la persona en la sociedad. Luego, el bienestar integral estará en función de lo primitivo o avanzado de su tecnología alterando el estándar. Además, tal como Jerome Wakefield advierte, estas definiciones deben evitar la patologización de variaciones naturales ante las artificiales, las cuales habría que evitar normalizarlas como nuevo estándar cultural tornando obsoleto lo naturalmente dado.² Y ello, afectando también la funcionalidad por aumentar las capacidades de desempeñar roles y llevar a cabo actividades cotidianas de

1 Ver también Greenbaum D, Cabrera LY. "Editorial: ELSI in Human Enhancement: What Distinguishes It from Therapy?" En *Frontiers in Genetics* 11, 618 (2020): 4-6. Giubilini A, Sanyal S. "Challenging human enhancement". En Clarke S, Savulescu J, Coody CAJ, Giubilini A, Sanyal S. (Eds.). *The Ethics of Human Enhancement: understanding the debate*. Oxford: OUP, 2016, pp. 1-26. Kamm FM. "Is there a problem with enhancement?" En *Am. J. Bioethics* 5, 3 (2005):5-14. Kass L. *Beyond Therapy: biotechnology and the pursuit of happiness*. New York: Harper Perennial, 2003. Buchanan A. "Human nature and enhancement". En *Bioethics* 23, 3 (2009):141-150.

2 Wakefield JC. "Disorder as Harmful Dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder". En *Psychol. Rev.* 99, 2 (1992):232-247. Wakefield JC. "The Biostatistical Theory Versus the Harmful Dysfunction Analysis, part 1: is part-dysfunction a sufficient condition for medical disorder?" En *J. Med. Philosophy* 39, 6 (2014):648-682.

manera efectiva. Un claro ejemplo de nueva normalidad en nuestras sociedades es la transexualidad. Esta última diagnosticada como disforia de género en el DSM-5, es aceptada social y culturalmente normalizándola legalmente mediante la identidad de género y el derecho a acceder a tratamientos hormonales e intervenciones quirúrgicas, redefiniendo de facto el rol de la medicina como disciplina al servicio de la salud en función del proyecto de vida individual.

Por ello, la preocupación ética fundamental del "human enhancement" no se agota en la producción de una élite mejorada provocando una obsolescencia en quienes no poseen los recursos para el acceso a las mejoras cibernéticas, biomecánicas o genéticas, intensificando las desigualdades sociales y de oportunidades. Porque aun en caso de lograrse la equidad en el acceso a mejoras artificiales, Zygmunt Bauman advierte sobre los peligros de una sociedad homogénea y deshumanizada amenazando la riqueza, características y variabilidades de lo humano, más las implicaciones de quienes bajo el principio de autonomía y decisión axiológica no desean someterse a dichas mejoras artificiales, subsistiendo entonces como humanos obsoletos.³ A esto puede adicionarse la intervención genética sin consentimiento informado, por ejemplo, en embriones de diseño acorde a la voluntad de los padres violando derechos fundamentales, así como la edición genética para crear profesionales perfeccionados acorde a las demandas en cada disciplina. Es decir, la instrumentación del humano por el humano.

Y aquí cabe la diferencia entre humanizar la tecnología y tecnologizar al humano. La primera como asistencia a la forma en la cual los humanos aprenden, trabajan y piensan, por ejemplo, agilizando, eficientizando u optimizando procesos productivos, comunicacionales o educativos. La segunda, mediante intervenciones tecnológicas en la biología humana para dotarlo de condiciones físicas y mentales superiores a todo patrón conocido, incluyendo la ralentización de la senescencia o extensión de la vida más allá de los límites actuales por procedimientos naturales y de soporte vital.

Desde la bioética basada en términos bíblicos, la distinción entre terapia y mejora artificial e incluso la pertinencia de dicha pregunta, se responde elevándola a una superior donde por ejemplo Abraham Heschel aporta el concepto de que "ser humano" no es idéntico a ser un humano, dado que este último implica

3 Ver Zygmunt B. Vida de consumo. México: FCE, 2007. Zygmunt B. Amor Líquido. Sobre la fragilidad de los vínculos humanos. Barcelona: Paidós, 2018; Zygmunt B, Leoncini T. Generación Líquida. Transformaciones en la era 3.0. Barcelona: Paidós, 2018.

un objetivo y un proceso, una experiencia interna en constante cambio que necesita significado y propósito.⁴ Pero este devenir es incompatible con la actual instrumentación del "yo" como objeto manipulable. Por ello el planteo, siguiendo el mismo que realiza Franz Rosenzweig,⁵ no es sobre ¿qué es el hombre? sino ¿quién es el hombre?, demandando no sólo saber la respuesta sino vivirla.

Así, ser es ser comandado por un pacto trascendente y como totalidad. Por eso, la respuesta bioética a la diferencia entre terapia y mejora artificial no se agota en la funcionalidad o normalidad dado que son productos relativos al estándar cultural o social, deviniendo en un proceso bucle pero sin anclaje ni condición a cumplirse. Más bien radica en la existencialidad motivando el deber de responder tanto a ¿qué estoy llamado a hacer? como a ¿qué estoy llamado a ser? o ¿qué se requiere de mí?

Con esto en mente, la pregunta ya no es sobre el límite sino sobre la intersección, cuyo problema ahora no es la naturaleza de la condición tratada sino la intervención en la condición humana. Y aquí, la idea de ser creado a imagen de Dios, concepto enfatizado por Iosef Soloveitchik como la santidad del hombre,⁶ se traduce secularmente en dignidad humana, cuyo respeto como fin en sí mismo es el factor para deliberar sobre el "human enhancement".

Brevemente, el ser humano creado a imagen divina en el Génesis 1:27, ha sido interpretado por las religiones abrahámicas como el otorgamiento por parte de Dios al humano de la comprensión cognitiva y moral, más el habla como diferencia específica entre otros seres. La dignidad humana proviene entonces del estatus del humano como tal, creado a Su imagen. Este concepto se ha formulado secularmente por Immanuel Kant como la posesión de un valor intrínseco por parte de todo ser humano, por su autonomía racional y de la voluntad con capacidad legislativa moral universal sometiénose a ella misma, exigiendo por ello una clase distinta de respeto entre otros seres, tratando a las personas como un fin en sí mismo y nunca simplemente como un medio.⁷ Concepto que desde lo legal se refleja en el art.1 de la Declaración Universal de los DDHH, postulando que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, estando dotados de razón y conciencia. Similarmente el Preámbulo del Pacto Internacional de

4 Ver Heschel AY. *Who is a Man?* California: Stanford University Press, 1965.

5 Ver Rosenzweig F. *La Estrella de la Redención*. España: Ediciones Sígueme, 1997.

6 Soloveitchik JD. *Halakhic Man*. Michigan: Jewish Publication Society, 1984.

7 Kant I. *Fundamentación para una Metafísica de las Costumbres*. Madrid: Alianza, 2008. A77-A87, pp. 123-131.

Derechos Civiles y Políticos demanda reconocer que los derechos fundamentales que allí se declaran derivan de la dignidad inherente de la persona humana. Luego, la dignidad humana es concebida como la posesión por parte de todas las personas de un valor especial vinculado a su sola humanidad. Es decir, no sólo es un derecho fundamental en sí mismo, sino la base real de todos los derechos fundamentales.

Ahora bien, ejemplos de esta intersección entre terapia y mejora, entre la naturaleza de la condición tratada y la naturaleza de la condición humana, puede ejemplificarse con biotecnologías cerebrales, cuya naturaleza sea terapéutica ante accidentes o patologías degenerativas, pero que conlleve en el paciente su pérdida de razón, voluntad autónoma y emocionalidad, deviniendo más androide que humano. Por otro lado, no considerándose terapéutico, la mayoría de los bioeticistas permite la cirugía estética luego de sopesar las prescripciones y proscripciones relativas a la salud y daños corporales. Especialmente cuando se trata de mejorar una situación causal de vergüenza o sufrimiento, aunque también cuando sin presentar mayores riesgos de vida, resulta en una mejora para poder contraer matrimonio o progresar laboralmente. Y a fortiori procedimientos cosmiátricos, implantes capilares o tratamientos antiaging. De hecho, la inconsistencia del dualismo entre terapia y mejora también se da frente al caso donde si la intervención terapéutica resultara en un mejoramiento otorgando una ventaja biológica a una persona sobre otras ¿debería dicha intervención estar disponible para quienes, sin necesitarla, pero desearla, para estar en igualdad de condiciones? ¿Y si el mejoramiento no es necesariamente terapéutico sino estético pero cuya alteración incrementara la capacidad de la persona para conseguir un trabajo?

Es por ello que la bioética de la intersección es más real y enriquecedora que la del límite dicotómico entre terapia y mejora artificial, reflejando aquello por lo cual Moisés Tendler sostiene la aceptabilidad de toda mejora biotecnológica siempre que garantice el concepto de imagen divina inherente a cada individuo.⁸ Por ejemplo, no socavando ni amenazando la autonomía, autenticidad, razón, libertad y capacidad de tomar decisiones morales. Similarmente David Bleich, destaca la importancia de dicha responsabilidad en cualquier intervención

8 Loike J, Tendler MD. "Revisiting the Definition of Homo Sapiens". En Kennedy Institute of Ethics Journal 12, 4 (2002):343-350. Loike J, Tendler MD. "Tampering with the Genetic Code of Life: Comparing Secular and Halakhic Ethical Concerns" En Hakirah 18 (2014): 41-58.

genética asegurando que no se vulneren los principios éticos fundamentales que rigen el ser creado a imagen divina, es decir, la dignidad humana.⁹

La bioética en términos bíblicos considerando la terapia como herramienta restauradora del equilibrio y preservadora de la salud, resuelve la preocupación por el "human enhancement" recordando la inherente imperfección como condición humana. Concepto reflejado por Israel Salanter postulando que la demanda es abogar por una mejora responsable que reconozca los límites en la propia dignidad humana y la necesidad de preservar la humanidad en su diversidad y singularidad.¹⁰ Es entonces que, precisamente en el marco existencial de la intersección más que el de los límites dicotómicos, es donde se resuelve el problema no estando prohibida la mejora sino tamizada por un profundo respeto a los límites en aquella dignidad humana, la integridad de la creación a imagen divina y el significado y propósito de la vida humana. Esta visión, más integral, nos ayuda a delinear nuestras opciones y sopesar los conflictos de intereses y valores, agudizando nuestra apreciación y discernimiento frente a la responsabilidad que conlleva nuestro poder tecnológico.

APORTES BÍBLICOS A LA MANIPULACIÓN GENÉTICA

Una de las biotecnologías más versátiles es la edición genética mediante el CRISPR, provocando un corte en el ADN alterando su secuencia original y modificando la expresión de los genes. Particularmente el CRISPR-Cas9/12/13/14 donde dos ARN guían las enzimas correspondientes cortando el ADN en un sitio específico, eliminando un fragmento y uniendo los extremos restantes. Incluso pudiendo agregar una plantilla de ADN permitiendo que la célula corrija un gen o inserte uno nuevo.

Así, la humanidad tiene ahora el poder de reescribir las secuencias del genoma, corrigiendo mutaciones, eliminando o incluyendo genes. Sus aplicaciones actuales y potenciales en tratamientos médicos pueden subsanar patologías genéticas como la fibrosis quística, Tay-Sachs, enfermedad de Huntington, distrofia muscular de Duchenne, ELA, distintos tipos de cánceres, anemia falciforme, tratar infecciones bacterianas resistentes a los antibióticos, terapias antivirales para el Ébola, Zika, VIH o Covid19 e incluso patologías psiquiátricas. También puede adaptar mejor los

9 Bleich JD. "Survey of Recent Halakhic Periodical Literature: Genetic Engineering". En Tradition 37, 2 (2003):66-87.

10 Salanter, I. *Ohr Yisrael and Other Writings*. Jerusalem: Maggid, 2024

órganos de cerdos para xenotrasplantes evitando zoonosis, reducir los mosquitos portadores de malaria o dengue, y ayudar a la cría de animales y la agricultura. De hecho, es posible también ralentizar la senescencia celular aumentando la esperanza y calidad de vida de un organismo.

Desde la bioética basada en la sabiduría bíblica, esta biotecnología se analiza desde dos implementaciones diferentes: A) en animales y vegetales; B) en humanos con fines terapéuticos, estéticos o de mejora no terapéuticos.

A) El Génesis 1:26 comanda al humano facultándolo a manipular la naturaleza, con ciencia o tecnología, bajo la condición de preservar, restaurar u optimizar el mundo, sin transgredir ni conducir a resultados prohibidos degradándolo. Más, la extrema importancia otorgada a la preservación de la vida humana puede requerir que eventualmente se cruce dicho límite, basado en Levítico 18:5 y el tratado talmúdico babilónico lomá 85.

En este contexto, la ingeniería genética en animales y plantas ciertamente está permitida, si no requerida, cuyos ejemplos incluyen aumentar la calidad y cantidad de alimentos u organismos genéticamente modificados que pueden limpiar derrames de desechos peligrosos. Pero lo más relevante radica en la ley de alimentos permitidos o "kashrut" y la proscripción de mezclar diferentes especies de animales y plantas, tipificación conocida como "kilaim", tal como se describe en el Levítico y Deuteronomio. La primera delimita las especies de animales permitidas para consumo humano y aquellas que no, considerando la mayoría de los legistas que el material genético separado o sintetizado que se transfiere de especies no kosher a otras kosher, no se considera alimento, es insípido y en cantidad insignificante (menor a 1/60), siendo esencialmente inerte y anulando los efectos del material transferido.

Pero esto cambia cuando las características físicas que signan el estatus kosher de ciertos mamíferos y peces son modificadas. Siendo kosher los mamíferos rumiantes y de pezuñas partidas más peces que posean aletas y escamas, la mayoría de los legistas deducen jurídicamente que aun cuando las modificaciones genéticas manifiesten características físicas kosher en animales no kosher, continuarán prohibidos, dado que la fuente legislativa bíblica y talmúdica refiere al estado de naturaleza.

Por otro lado, la prohibición bíblica de mestizar animales, mezclar especies vegetales o sembrar el mismo campo con variedades diferentes, según Levítico 19:19, no prohíbe obtener beneficios de sus productos excepto para las uvas. La mayoría de las autoridades legislativas dictaminan que dicha prohibición en

animales se restringe al mestizaje por acto sexual, excluyendo la transferencia no sexuada de material genético. Así, permitiendo también la mezcla de diferentes especies de vegetales a menos que tenga la capacidad, si se planta en el suelo, de crecer por sí sola, o bien de provocar un nuevo crecimiento de la especie donante en el receptor. Dicha dificultad se resuelve mediante la sintetización en laboratorio del material genético de la especie donante.

Bajo estos criterios, la mayoría de las autoridades contemporáneas adoptan una posición permisiva pero cautelosa respecto de la ingeniería genética en animales y vegetales, no relacionado con la preservación de la vida humana. La preocupación radica en las desconocidas consecuencias al mezclar material genético de diferentes especies pudiendo dañar imprevisiblemente el ecosistema y al mundo, procediendo de manera tal que siempre los beneficios superen los riesgos.

B) Basado en los principios mencionados más el derivado de la Mishná, ladaim 4:3, donde sólo las decisiones estrictamente prohibitivas requieren fundamentación jurídica mientras la permisividad no necesita ningún precedente, el consenso legislativo es que la aplicación de CRISPR por razones médicas, como el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, tendrá prioridad sobre cualquier posible objeción inherente a la tecnología. De hecho, se permite la manipulación genética con fines medicinales en la terapia de reemplazo mitocondrial, evitando provocar disfunciones multiorgánicas afectando también a la descendencia. Básicamente se transfiere material genético nuclear de la madre afectada, desde su óvulo que contiene las mitocondrias enfermas a un óvulo donado con mitocondrias sanas y del cual se ha eliminado el material genético nuclear original. Dicho procedimiento no ha sido prohibido por ninguna autoridad legislativa judía.

Otra cuestión bioética es el CRISPR para aplicaciones no médicas, creando bebés de diseño con un color específico de cabello o de ojos, o con capacidades mejoradas. Aquí, las discusiones legales judías sobre la cirugía estética para mejorar la apariencia sirven como precedente. Eliezer Waldenberg, Itzjak Weiss y Shmuel Wosner¹¹ se opusieron a la cirugía puramente estética dado que la Torá no da permiso a los médicos para practicar su oficio en un contexto que no sea terapéutico (Éxodo 21:19), transgrediendo la proscripción de lesionarse a sí mismo o a otros sin beneficio médico, derivada del Deuteronomio 25:3. Pero otras autoridades legislativas como Moisés Feinstein, Immanuel Jacobovits, Mordejai

11 Eliezer W. (Hebreo). *Tzitz Eliezer* 11:41; 12:43. Weiss Y. (Hebreo). *Minchat Yitzchak* 6:105; 1:28:2. Wosner S. (Hebreo). *Shevet Halevi* 6:198.

Breish, Menashe Klein, Shlomo Auerbach y Obadiah Iosef,¹² interpretan que esta prohibición de lesiones, reglada talmúdicamente y catalogada en ulteriores códigos legales, se aplica únicamente cuando es con malicia o bajo intención de hacer daño. Luego, estas autoridades citando además casuística talmúdica, acuerdan que, si la cirugía estética es para remediar la humillación o vergüenza que se sufre por malas apariencias, no transgrediría dicha proscripción. Siempre que no entrañe riesgos importantes para la salud, considerándose aceptablemente segura. Criterio también aplicado para permitir la liposucción estética ante serias razones psicológicas. Estos tratamientos están permitidos cuando su objeto sea facilitar o mantener un matrimonio feliz, desempeñar un papel constructivo en la sociedad, ganarse un sustento digno o preservar el trabajo. Mismos contextos que permitirían el CRISPR en humanos, tanto somático en el propio individuo o en la línea germinal transmisible a su descendencia, con un riesgo mínimo para la salud. Pero hasta el presente, las autoridades legislativas judías lo prohíben cuando no haya razón médica o psicológica válida, hasta saber sus íntegras consecuencias tanto micro como macro. Menos aún para producir bebés de diseño, ejemplificado con el caso de los padres que residiendo en un país escandinavo consultaron a la autoridad rabinica sobre la permisión o no para la edición genética de su futuro hijo en favor que sea rubio y con ojos azules facilitando su aceptación en dicha sociedad.

Resta para concluir, que el uso de CRISPR para ralentizar la senescencia, tal como Asael Roichman y Yariv Kanfi¹³ demostraron en ratones aumentando entre un 15-27% su esperanza de vida, podría en humanos brindar mayores oportunidades de cumplir el énfasis bíblico del Levítico 18:5, viviendo según los mandamientos y no morir por ellos. Aunque su contrapartida es que Dios decidió acortar la vida hasta un máximo de 120 años, siendo Él quien la toma en tiempo y forma, establecido así en el Génesis 6:3 y toda su exegética más Job 14:5 y Eclesiastés 3:2. También, el uso convergente de CRISPR y células madre, tal como demostraron las investigaciones y ensayos empíricos para generar gametos masculinos y femeninos con células madre de ratones genéticamente modificadas

12 Jacobowitz I. (Hebreo). "He'arot u-Berurim: (5) Nituchim Plastiyim Ieshem Noy". En No'am 6 (1963): 273-275. Jakobovits I. "Medicine and Judaism: an overview". En Assia 3-4 (1980): 57-78. Feinstein M. (Hebreo). *Igrot Moshe*: Joshen Mishpat 2:66. Breish Y. (Hebreo). *Jelkat Iaakov*: Joshen Mishpat 31. Klein M. (Hebreo). *Mishné Halajot* 4:246-247. Abraham SA. (Hebreo). *Nishmat Avraham*: loré Deá 2:155; Joshen Mishpat 420:2. Auerbach S. (Hebreo). *Minjat Shlomó* (taniná) 86:3. Yosef O. (Hebreo). *Iabiá Omer*: Joshen Mishpat 8:12.

13 Roichman A, Kanfi Y, Glazz R, Naiman S, Amit U, Landa N, Tinman S, Stein I, Pikarsky E, Leor J, Cohen HY. "SIRT6 Overexpression Improves Various Aspects of Mouse Healthspan". En J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 1, 72 (5) (2017):603-615.

y mediante técnicas de reproducción artificial obteniendo crías sanas sin necesidad de donantes.¹⁴ Esto posibilitaría la producción industrial de humanos. También el uso del CRISPR para generar neuronas humanas en cerebros de animales, demostrado por Alexandra Le Bras y Heidi Ledford, pudiendo tratar enfermedades neurológicas degenerativas y en un futuro trasplantes ante muerte cerebral.¹⁵ Pero estas quimeras neuronales mejorando la cognición en animales pudiendo alcanzar un estado humanoide, o degradando al humano aportándole mayores rasgos animales, desdibujarían la singularidad humana, riesgo ya advertido por Moisés Tendler, junto a John Loike, Tzvi Flaum y Alan Jotkowitz¹⁶ transgrediendo peligrosamente el fundacional principio bíblico de respetar la dignidad humana o "kavod habriot", como singularidad desde el Génesis 1:27 y 2:7.

LA DIGNIDAD HUMANA COMO CRITERIO PARA QUIMERAS

El uso de quimeras humano-animales en la investigación genética, especialmente neurológica, plantea serios desafíos más allá de la transferencia de ADN para desarrollar órganos en animales para trasplante humano. Tal como ya se analizó desde la bioética bíblica respecto de las obligaciones, permisiones y prohibiciones de la ingeniería genética en vegetales, humanos y otros animales, la preocupación real de producir quimeras humano-animales radica en que las células cerebrales trasplantadas de una especie a otra pueden transferir rasgos conductivos. Hace dos décadas, Evan Balaban tomó secciones de cerebro de embriones de codornices y las trasplantó al correspondiente de embriones de pollos, resultando en que estos exhibieron trinos vocales y movimientos de cabeza exclusivos de codornices. Básicamente, se identificaron grupos celulares que interactúan en el sistema nervioso, los cuales son decisivos en las diferencias entre especies y que subyacen

14 Ver Ledford H, Kozlov M. "The Mice with Two Dads: scientists create eggs from male cells". En Nature 615 (2023):379-380. Ledford H. "Making Mice with Two Dads: this biologist rewrote the rules on sexual reproduction". En Nature 624 (2023):499. Hendriks S, Dancet EA, Van Pelt AM, Hamer G, Repping S. "Artificial gametes: a systematic review of biological progress towards clinical application". En Hum. Reprod. Update 21, 3 (2015):285-296.

15 Le Bras A. "A New Rat Model of Hydrocephalus". En Lab. Anim. 49, 44 (2020). Le Bras A. "A New Chimeric Model to Study Human Brain Development and Disease". En Lab. Anim. 49,2,1-1 (2020). Ledford H. "CRISPR helps brain stem cells regain youth in mice". En Nature (2024) Oct 2.

16 Loike JD, Flaum RT. "CRISPR Technology: A Jewish Legal Perspective". En Rambam Maimonides Med. J. 27, 13 (4)(2022). Loike JD, Tendler MD. "Tampering with the Genetic Code of Life: Comparing Secular and Halakhic Ethical Concerns". En Hakira 18 (2014):41-58.

a la comunicación y el comportamiento¹⁷. Como Jonathan Marks afirma, esta investigación muestra la posibilidad de transformar el comportamiento objetivo particular del anfitrión por el del donante, pudiendo extrapolarse a transferencia de conductas más complejas entre especies.¹⁸

Así, aun cuando el principal objetivo de las quimeras con células cerebrales humanas sea examinar el desarrollo neuronal para ayudar a tratar enfermedades neurológicas, existe el peligro que animales expresen rasgos humanos. En teoría, bastará la suficiente transferencia de información genética humana en especies como la del chimpancé cuya natural similitud genética es mayor al 98.8%, otorgándoles características humanas. Por ejemplo, incluyendo en un embrión primate el gen FOXP2 cuya secuencia única en humanos regula el lenguaje, o la poligenia asociada a la capacidad cognitiva e inteligencia, independientemente de factores alimenticios, ambientales, socioeconómicos y educativos, que influyen en la función neuronal y la plasticidad del cerebro.

Y aquí la pregunta es ¿cuándo se convertiría la quimera en humano?

Desde la bioética bíblica el homo sapiens es definido como "enosh", humano, o simplemente Adam, bajo tres condiciones que, acorde a la casuística, sólo una de ellas es necesaria para ser considerado tal. La primera, derivada del Génesis 3:20 y 9:6 más los tratados talmúdicos babilónicos Sanhedrín 57b y Nidá 13a, establece que debe haberse formado o nacido de un humano, cuyo estatus no es alterado por patologías degenerativas o disconductas, así ejemplificado por Abraham Karelitz¹⁹ y Moisés Feinstein.²⁰ La segunda, basada en Génesis 2:7 y 3:22 más tratado talmúdico Menajot 37a y exegética, debiendo poseer inteligencia y discernimiento moral incluyendo libre albedrío y su expresión mediante el habla, distinto de la mera comunicación, siendo el cerebro y la cabeza humana su fuente anatómica. Y la tercera, basada en Génesis 2:24 y tratado talmúdico Sanhedrín 58a, debiendo ser capaz de producir descendencia con otro humano, más allá de particulares casos patológicos de infertilidad. Dicha capacidad biológica, también descrita en la corpus legal Tosefta, tratado Bejorot 1:5, manifiesta la actual concurrencia genética y compatibilidad cromosómica.

17 Balaban E. "Brain Switching: studying evolutionary behavioral changes in the context of individual brain development". En *Int. J. Dev. Biol.* 49 (2005): 117-124.

18 Marks J. *What It Means to Be 98% Chimpanzee Apes, People, and Their Genes*. Berkeley: University of California Press, 2003.

19 Karelitz A. (Hebreo). *Jazón Ish* 110:4;16.

20 Feinstein M. (Hebreo). *Igrot Moshé: Joshén Mishpat* II:6.

Curiosamente, la mayoritaria bibliografía bioética acuerda con dos de las tres características mencionadas para clasificar un ser como humano. Es decir, tener primogenitores biológicamente humanos y un cerebro con capacidad de habla más el aspecto moral consecuente, estando la inteligencia estrechamente relacionada bajo el binomio pensamiento-lenguaje simbólico, adaptando al individuo al mundo físico y sus relaciones sociales.

La tercera condición no tiene consenso dado que algunos afirman que chimpancés y humanos tan similares cromosómicamente podrían desarrollar híbridos y nacer en término. Si bien normalmente los híbridos como las mulas son estériles por no coincidir el número cromosómico de ambos progenitores, existen híbridos fértiles en ciertos roedores, ranas, aves y salamandras, como también entre osos grizzli y polares o entre lobo y coyote, teniendo el mismo número cromosómico. La regla general sería que los híbridos entre especies de diferentes géneros son infértiles, mientras que aquellos entre diferentes especies muy cercanas del mismo género pueden ser fértiles. No obstante, recientes investigaciones sobre la alteración cromosómica en los híbridos abren posibilidades para corregir aquella disfunción más allá de la falta del par al inicio de la división celular.

Así, en caso que estas quimeras humano-animales cuya reconstitución de células cerebrales humanas en fetos animales impartiera inteligencia, conciencia de sí mismo, personalidad humana y más aún pudiendo reproducirse, estaríamos ante la más completa transgresión del mencionado principio de dignidad humana, basada en la singularidad del humano desde el Génesis 1:27 y 2:7. Similar a la manipulación genética en humanos que degrade alguna de las tres condiciones ya mencionadas.

Coincidiendo con este criterio, la US National Academy of Sciences en sus Guidelines for Human Embryonic Stem Cell Research (2005), calificó la investigación en la que se insertaron células madre embrionarias humanas en embriones de primates no humanos, como una amenaza a la dignidad humana prohibiendo cualquier producción de este tipo.

La dignidad humana referida al caso de la quimera humano-animal comienza mucho antes, como en los casos reportados por Darshak Sanghavi en 2006, donde parejas sordas o enanas en Estados Unidos querían utilizar el Diagnóstico Genético de Preimplantación para seleccionar intencionalmente el embrión con genes defectuosos que producen sordera o enanismo, para ser transferido al útero

materno.²¹ Es decir, usar una herramienta de diagnóstico cuyo propósito es evitar propagar patologías o anomalías para deliberadamente continuarlas o alterar cuerpos sanos. Tendencia alarmante de una sociedad donde la identidad y cultura son asediadas con ideas tal como la de que hijos con anomalías similares a los padres fortalecen sus vínculos, en lugar de seguir los dictados de la paternidad tal como crear un mundo mejor para nuestros hijos, y como reza el final de la plegaria judía (...Letaken Olam BeMalkut Shadai)"...perfeccionar el mundo mediante la soberanía del Todopoderoso".

Con lo analizado y bajo el concepto de intersección focalizado en la dignidad humana más que en el deficiente e inconsistente límite entre terapia y mejora, los actuales aunque dinámicos lineamientos ya esbozados por Moisés Tendler y John Loike²² son:

- Pueden producirse quimeras facilitando órganos en animales para trasplante humano.
- Pueden trasplantarse células madre cerebrales humanas a animales adultos para examinar nuevos enfoques terapéuticos neurológicos o lesiones de la medula espinal.
- No deberían trasplantarse células madre humanas a órganos sexuales de animales por la remota posibilidad de apareamiento de animales con gametos compuestos por células reproductivas humanas.
- No deberían trasplantarse células madre embrionarias humanas en embriones primates. Tampoco células madre cerebrales embrionarias animales en embriones humanos pudiendo impactar en alguna de las características humanas. Sin embargo, astrocitos o microglías que no involucran transferencia de rasgos humanos pueden usarse para generar quimeras y estudiar enfermedades o trastornos cerebrales.
- Las células madre cerebrales humanas sólo pueden trasplantarse a embriones animales dentro de un ambiente de tubo de ensayo y sólo examinados bajo condiciones de laboratorio, antes que desarrollen características de

21 Sanghavi DM. "Wanting Babies Like Themselves, Some Parents Choose Genetic Defects". En New York Times, Dec. 5, 2006, at D5. Suter SM. "The Tyranny of Choice: reproductive selection in the future". En J. Law Biosci. 1, 5 (2) (2018): 262-300. Camporesi S. *From Bench to Bedside, to Track and Field: The Context of Enhancement and Its Ethical Relevance*. California: University of California Medical Humanities Press, 2014. 26-66.

22 Loike JD, Tendler MD. "Ethical Dilemmas in Stem Cell Research: Human-Animal Chimeras". En Tradition 40, 4 (2007):28-49.

comportamiento. No deberían estos embriones quiméricos ser transferidos para el desarrollo fetal.

Conclusión, la sabiduría bíblica mediante la intersección y la dignidad humana contribuye a resolver las deficiencias e inconsistencias del actual estándar bioético, unificando criterios y facilitando establecer consensos no sólo en los credos sino incluso en los propios términos seculares. Así, dicho nuevo criterio permite disfrutar del progreso de las tecnologías convergentes salvaguardando la dignidad humana y conformar políticas de salud pública integral.

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA Y SALUD LABORAL*

PERTINENCIA Y ALCANCES DE UN ANÁLISIS BIO-JURÍDICO

*Ponencia en la I Jornada de Bioética
e Inteligencia Artificial, 16 de octubre
de 2024*

Dr. Leonardo Pucheta

Contacto: puchetaleo@hotmail.com

- Abogado
Magíster en Ética Biomédica
Doctorando en Ciencias Jurídicas
Miembro de la Pontificia Academia Pro Vita
Miembro del Centro de Bioética, Persona
y Familia
Subgerente de Innovación Tecnológica aplicada
a la Prevención en la Superintendencia de
Riesgos del Trabajo.

* Consideraciones compartidas en el marco de la 1ra Jornada de Bioética e Inteligencia Artificial organizada por el Instituto de Bioética de la UCA el día 16 de octubre de 2024. <https://uca.edu.ar/es/eventos/i-jornada-del-instituto-de-bioetica-2>

RESUMEN

La innovación tecnológica invade diferentes aspectos de la cotidianeidad, fenómeno que también se constata en el ámbito de la salud ocupacional, cruzado por las potencialidades de las tecnologías emergentes. El tecno-optimismo resultante de la consideración de las nuevas posibilidades técnicas exige, simultáneamente, una ponderación de los riesgos asociados. La propuesta es poner de manifiesto la necesidad de una aproximación bio-ética, la aplicabilidad de los principios del personalismo y algunas pautas para una eventual regulación jurídica de la problemática.

Palabras clave: Innovación tecnológica. Tecnologías emergentes y convergentes. Salud laboral. Bioética. Personalismo ontológicamente fundado.

ABSTRACT

Technological innovation invades different aspects of everyday life, a phenomenon that is also seen in the field of occupational health, crossed by the potential of emerging technologies. The techno-optimism resulting from the consideration of new technical possibilities requires, at the same time, weighing the associated risks. The proposal is to make evident the need for a bio-ethical approach, the applicability of the principles of personalism and some guidelines for an eventual legal regulation of the matter.

Keywords: Technological innovation. Emerging and converging technologies. Occupational health. Bioethics. Ontologically founded personalism.

PERTINENCIA EPISTEMOLÓGICA

“Entre los componentes sociales del cambio global se incluyen los efectos laborales de algunas innovaciones tecnológicas, la exclusión social, la inequidad en la disponibilidad y el consumo de energía y de otros servicios, la fragmentación social, el crecimiento de la violencia y el surgimiento de nuevas formas de agresividad social, el narcotráfico y el consumo creciente de drogas entre los más jóvenes, la pérdida de identidad. Son signos, entre otros, que muestran que el crecimiento de los últimos dos siglos no ha significado en todos sus aspectos un verdadero progreso integral y una mejora de la calidad de vida. Algunos de estos signos son al mismo tiempo síntomas de una verdadera degradación social, de una silenciosa ruptura de los lazos de integración y de comunión social” [el énfasis nos pertenece].

Francisco, Laudato Si #46

Existe cierta tendencia a ensanchar el objeto de estudio de la Bioética o el conjunto de disciplinas que confluyen en aquella, otrora enfocados en problemáticas de ética clínica y en la actualidad en un cúmulo creciente de ámbitos, posándose sobre cuestiones técnicas de diversa índole, clásicas de biomedicina, de corte ambiental, económico, social, animal, etc.

Lo dicho no resulta siempre razonable intelectualmente ni conveniente en términos metodológicos, pero en este caso nos limitaremos a destacar que ello responde a diferentes causas, siendo una de ellas la relativa juventud de la disciplina y de la gradual toma de conciencia de la interconectividad de diferentes aristas de la experiencia vital humana.

Es así que junto al impacto globalizado de tópicos típicamente bio-éticos (tal como destacamos respecto del COVID-19¹), la aparición de propuestas normativas

1 Leonardo L. Pucheta, Covid-19: una aproximación desde la bioética, 23 de Marzo de 2020. Disponible en línea en <http://www.saij.gov.ar/leonardo-pucheta-covid-19-una-aproximacion-desde-bioetica-dacf200055-2020-03-23/123456789-0abc-defg5500-02fcanirtcod?to=24&f=Total%7CTipo%20de%20Documento/Doctrina%7CFecha%5B250%2C1%5D%7COrganismo%7CPublicaci%F3n%7CTema/Salud%20p%FABlica/enfermedades/prevenci%F3n%20de%20enfermedades%7CEstado%20de%20Vigencia%7CAutor%7CJurisdicci%F3n&t=44> Id SAIJ: DACF200055 [Último acceso el 13 de octubre de 2024].

con pretensión universalista², el ensanchamiento del objeto de la Bioética es, de hecho, uno de las acepciones que se han atribuido al concepto de "Bioética global".

En este marco, advertimos que, considerando la incidencia global de las tecnologías emergentes y convergentes, la creciente aparición de propuestas reglamentarias de alcance nacional, regional (EU³) y global (OCDE⁴, UNESCO⁵) vinculadas a tales innovaciones, así como por el indudable efecto que éstas poseen en el ámbito laboral, no resulta arriesgado plantear una ponderación biojurídica de las soluciones tecnológicas disponibles para la prevención de contingencias en el ámbito laboral. Máxime considerando que el punto sobre el que centramos nuestras reflexiones en esta ocasión no es sólo propio de la relación laboral, sino que constituye una arista central de la seguridad social. No se trata de analizar la relación laboral desde el lente bio-ético, sino de implicar métodos y principios de la disciplina al cuidado de la salud y la vida de las personas en ocasión del trabajo.

EXIGENCIA ÉTICO-JURÍDICA

Continuando la línea, diremos que no sólo es factible una valoración bio-ética de las nuevas soluciones tecnológicas disponibles en el ámbito laboral y de la seguridad social, sino que, además, dicha ponderación ha de nutrir reglamentaciones concretas que asuman sus presupuestos, efectos y alcances.

Ahora bien, ¿Es estrictamente necesario el dictado de normativa específica que regule aspectos que otros cuerpos normativos abordan? Ciertamente podría interpretarse que aspectos de forma, contenido y alcances de los actos jurídicos producidos mediante o a partir de la implementación de herramientas tecnológicas se encuentran suficientemente tratados en el Código Civil y Comercial de la Nación, la Ley 25.326 de protección de datos personales, la Ley 25.506 de Firma Digital, la Ley 26.529 de derechos del paciente y en sus normas reglamentarias, para citar algunos ejemplos.

2 Leonardo L. Pucheta, "La pretensión de universalidad de la Bioética a la luz de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos" [en línea]. Tesis de Maestría. Universidad Católica Argentina, Facultad de Ciencias Médicas, Instituto de Bioética, 2017. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/158> [Último acceso el 13 de octubre de 2024].

3 <https://www.coe.int/es/web/portal/-/council-of-europe-adopts-first-international-treaty-on-artificial-intelligence>

4 https://www.oecd.org/es/publications/uso-estrategico-y-responsable-de-la-inteligencia-artificial-en-el-sector-publico-de-america-latina-y-el-caribe_5b189cb4-es.html

5 <https://www.unesco.org/es/articulos/recomendacion-sobre-la-etica-de-la-inteligencia-artificial>

No se intenta agudizar la dispersión normativa ni fomentar el fenómeno de inflación de derechos, pues compartimos que la reproducción redundante de prerrogativas podría poseer un impacto contraproducente⁶ o, cuanto menos, dificultar el acceso a mecanismos eficientes para la preservación de los bienes que aspiran a tutelarse.

Partimos de la convicción de que, en muchos casos, la tecnología ya se encuentra implementada y en el resto, se encuentra próxima a insertarse en el corto plazo, no necesariamente de modo consistente con el ordenamiento vigente. De allí que el objetivo sea introducir principios y pautas operativas que contribuyan al cumplimiento homogéneo de las exigencias del ordenamiento jurídico incluso a pesar del vertiginoso desarrollo de soluciones digitales emergentes. No se trata de crear nuevos institutos, sino de explicitar eficientemente los principios y estándares que han de regir en el ámbito de la relación laboral y la seguridad social, así como lo hacen en el ámbito sanitario, por ejemplo.

VIDA, SALUD Y TRABAJO

La Ley 19.587, uno de los cuerpos legales en torno al cual se estructura el sistema de riesgos del trabajo argentino, consigna en el artículo 4º que "la higiene y seguridad en el trabajo comprenderá las normas técnicas y medidas sanitarias, precautorias, de tutela o de cualquier otra índole que tengan por objeto: a) proteger la vida, preservar y mantener la integridad sicofísica de los trabajadores; b) prevenir, reducir, eliminar o aislar los riesgos de los distintos centros o puestos de trabajo; c) estimular y desarrollar una actitud positiva respecto de la prevención de los accidentes o enfermedades que puedan derivarse de la actividad laboral". Luego, en el artículo 1º de la Ley 24.557 sobre Riesgos del Trabajo, se consigna con claridad que el objetivo primordial de la norma es la reducción de la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos derivados del trabajo.

Tanto por su coherencia axiológica como por la claridad de su formulación, resulta pacífico afirmar que el objetivo fundamental del entramado normativo vigente es la preservación de la vida y la salud de los trabajadores, así como el

6 Federico de Montalvo Jääskeläinen. Bioconstitucionalismo. Una reflexión sobre la edición genómica desde (y para) la teoría del Derecho constitucional. 2020. Cizur Menor: Thomson Reuters Aranzadi. Disponible en línea en <https://revistas.comillas.edu/index.php/revistaicade/article/view/15525/13896> [Último acceso el 13 de octubre de 2024].

valor *trabajo*, interés individual y colectivo en sí mismo y condición de posibilidad de aquellas.

Es por tanto menester destacar que la siniestralidad laboral, problemática de origen ciertamente multi-causal, se ha comportado de modo consistente desde la aparición del sistema moderno de riesgos del trabajo, presentando curvas descendentes en sus principales indicadores. Tal es el caso del índice de incidencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales -AT y EP- (cantidad de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales con al menos un día de baja laboral o secuela incapacitante sin días de baja laboral cada mil personas trabajadoras cubiertas) y el índice de incidencia de casos mortales AT y EP (cantidad de casos mortales por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, cada millón de personas cubiertas)⁷.

El descenso sostenido de la siniestralidad no representa un resultado definitivo, aunque sí una cierta confirmación respecto de la pertinencia de establecer la prevención como pilar del sistema de riesgos del trabajo. Podrá decirse (y compartimos) que la centralidad de la prevención en el plano normativo y discursivo no ha sido, ni es, uniformemente evidenciado en el plano de los hechos. No obstante, ello no conmueve el razonable énfasis que el plexo normativo vigente realiza en el instituto de la prevención de contingencias, sino que nos interpela a tornarla una realidad. Acortar la distancia entre el *Ser* y el *Deber Ser*, de hecho, se presenta como unos de los pilares cognitivistas sobre los que se erigen las presentes reflexiones.

INNOVACIÓN Y PREVENCIÓN

Lo cierto es que las contingencias derivadas del trabajo descienden y, simultáneamente, aparecen nuevas tecnologías que parecen ofrecer soluciones concretas para la gestión de la prevención. Nos referimos a la posibilidad cierta de implementar activamente el soporte digital con dispositivos tecnológicos útiles para la mejora continua en la gestión de la prevención y el control del riesgo laboral, que incluyen capacidades de interconexión, automatización y enlace en tiempo real.

7 https://www.srt.gob.ar/estadisticas/acc_definiciones.php

Sensores, drones, dispositivos robotizados con diferentes niveles de autonomía, análisis por inteligencia artificial, por ejemplo, permitirían el despliegue de políticas *data driven* y/o de amplificación sensorial, tornando más eficiente las acciones dispuestas para mitigar riesgos y para el cuidado de la vida y la salud de los trabajadores.

La captación de datos y el acceso en tiempo real y remoto es indudablemente atractivo, sin embargo, complementado con IA se advierten utilidades preventivas aún más potentes. Nos referimos a la posibilidad de analizar datos para identificar patrones de riesgo, de monitorear condiciones laborales peligrosas en tiempo real, de predecir situaciones de riesgo basada en datos históricos y variables ambientales, de planificar acciones de control, inspección o asesoramiento en base a la presunción de riesgos, de desarrollar sistemas de alerta temprana, simulaciones y entrenamiento virtual, de detectar signos de fatiga o estrés, etc.

La identificación y abordaje de riesgos de forma anticipada, la optimización en la asignación de recursos y el análisis de datos en tiempo real parecieran ser beneficios dignos de exploración en orden a agudizar la tendencia bajista señalada en términos de siniestralidad laboral.

PROPUESTA REGLAMENTARIA

La propuesta de regulación jurídica para la inserción de tecnología en el ámbito de la prevención de contingencias de origen laboral implica tomas de posición concretas. Por un lado, que así como aquella ofrece una serie de beneficios, también trae aparejados riesgos que deben ser abordados y, por el otro, que la explicitación normativa de las reglas que han de acatarse es decididamente necesaria.

La primera afirmación compensa los extremos “tecno-optimistas” -que tienden a subestimar los riesgos asociados- y “tecno-críticos” -que oponen tanta resistencia a la innovación que la tornan materialmente imposible-. Lo cierto es que las tecnologías, como cualquier herramienta, han de ser valoradas instrumentalmente y por tanto, en función de las utilidades que posean para la preservación de los bienes jurídicos que aspiran a protegerse. Lo dicho no se agota en un análisis de virtudes operativas de las herramientas *per se*, sino de su idoneidad para servir al bien común.

Sostenemos que con el fin de trascender la mera descripción y adentrarnos en el plano prescriptivo, típicamente bio-ético y jurídico, han de considerarse pautas de cumplimiento posible y susceptibles de control, expresadas en reglamentaciones en las que concurran las siguientes características:

a. Regulación explícita: En honor a la brevedad remitimos a lo afirmado precedentemente al respecto, pero vale recalcar que puede ser conveniente reforzar la aplicación de los estándares normativos vigentes en el sistema de riesgos del trabajo, marco de contornos definidos, pero íntimamente relacionados con otros ámbitos de derecho público (seguridad social) y privado (laboral, seguro, salud, etc.).

b. Carácter potestativo: La norma no se plantea en abstracto, sino para producir un efecto concreto en la realidad, por lo que debe poder cumplirse. En ese sentido, no parece sensato plantear esquemas reglamentarios que establezcan linealmente la obligación de innovar tecnológicamente, pues el cumplimiento no se evidenciaría homogéneamente en las diferentes actividades, tamaños de empresa ni jurisdicciones. Lo contrario sería desatender la compleja realidad nacional en favor de una mirada centralista que subestima factores que poseen plena incidencia en el modo en el que se desarrolla la realidad laboral, incluso en el contexto de la legalidad. Es así que, como dijimos, "una propuesta reglamentaria sensata no implica necesariamente la ampliación del repertorio de obligaciones vigentes, sino el establecimiento de medios alternativos para su observancia, destacando su carácter potestativo y admitiendo su validez mediando la sujeción a determinados principios"⁸.

c. Promoción de iniciativa privada: La promoción de condiciones apropiadas de salud y seguridad en el trabajo es una consigna que implica a todos los actores del sistema de riesgo del trabajo. Existe una carga obligacional preponderante en cabeza del empleador, una serie de cargas que afectan principalmente a las aseguradoras de riesgos del trabajo y otro conjunto de obligaciones que han de cumplir los trabajadores. Además, las autoridades locales y nacionales concurren con controles en función de la distribución de competencias correspondiente.

En este marco, no luce sensata una reglamentación con excesivo énfasis en la casuística, ni que establezca pautas unilateralmente en base a valoraciones exclusivas de la administración central. En lugar de ello, a partir del reconocimiento de que quienes mejor conocen la realidad de cada establecimiento laboral y de los riesgos a mitigar, son los mismos trabajadores y empleadores de cada actividad, de quienes se presume una ponderación más precisa que la que unilateralmente puede realizarse desde la administración, luce conveniente considerar la promoción de la

8 Leonardo L. Pucheta, Innovación Tecnológica y Salud Laboral: 5 pilares para una regulación eficiente. En: Seguridad (revista del Instituto Argentino de la Seguridad) [en prensa].

iniciativa de los particulares. Formalmente, la promoción de la iniciativa privada se constata en un todo compatible con el principio de subsidiariedad, según el cual la autoridad central asume su función subsidiaria cuando participa en aquellas cuestiones que por diferentes razones no puedan resolverse eficientemente en el ámbito local o por los individuos más cercanos a la problemática.

La propuesta es evitar esquemas reglamentaristas excesivos en favor de habilitadores de la iniciativa de los particulares, sean actores del sector privado o sujetos del sector público, favoreciendo la implementación de soluciones digitales concretas ajustadas a las necesidades que en cada caso se evidencien, las que -mediando el acatamiento a los principios consignados en las normas bajo análisis- habrán de permitir el cumplimiento de la conducta pretendida sin un impacto negativo en los diferentes intereses involucrados.

d. Fundamento empírico: Sea por sana precaución o por resistencias lógicas que aparecen en momentos de la historia en la que la innovación tecnológica avanza más rápidamente que el dominio que tenemos de aquellas en términos prácticos y morales, es necesaria una pausa reflexiva que permita ponderar las herramientas disponibles y su consistencia con los intereses legítimos de los actores del mundo del trabajo. Es así que han de probarse las utilidades teóricamente esgrimidas o aplicadas por analogía en virtud de experiencias similares en otros sectores, y plantear posición al respecto en atención a la evidencia empírica. La habilidad de las herramientas tecnológicas para mejorar los mecanismos de prevención dependerá de su implementación en fase de prueba y de la constatación de resultados mensurables.

REGULACIÓN POR PRINCIPIOS

Los esquemas reglamentarios casuísticos, basados en la explicitación de supuestos pormenorizados, ofrece un importante nivel de precisión, detalle y certeza. Sin embargo, también traducen posiciones rígidas que atentan contra la aplicabilidad de la norma en contextos de rápido cambio.

En cambio, el establecimiento de principios ético-jurídicos para conducir la sustancia regulada implica una lógica reglamentaria flexible, para mantener su vigencia ante los rápidos cambios que se suscitan en el plano tecnológico y, simultáneamente, eficiente, en lo relativo al establecimiento de los contornos de la conducta deseada y la frontera de lo lícito y lo ilícito.

Lo dicho supone superar esquemas basados en la formulación de una casuística exhaustiva, en favor de cierta plasticidad para adaptarse a las novedades tecnológicas. Lógicamente, mediando claridad en cuanto a los principios que en cada caso concreto deberán respetarse para asegurar una implementación respetuosa de la dignidad humana, así como de los criterios de justicia y bien común correspondientes.

Los principios no son conceptos difusos, sino pautas prescriptivas concretas que, al turno que orientan la conducta humana, son susceptibles de control por parte de la autoridad de aplicación.

PERSONALISMO COMO REFERENCIA

La adopción de un marco teórico tal como el ofrecido por el personalismo ontológicamente fundado, favorece una hoja de ruta para valorar la licitud de prácticas y conductas, al turno que ofrece pautas de interpretación para resolver casos concretos. Pero, además, en lo que respecta a estas reflexiones, orientadas a indagar sobre el contenido de eventuales normas jurídicas para la reglamentación del uso de tecnologías emergentes para el cuidado de la integridad de los trabajadores, los principios jerarquizados del personalismo aportan robustez argumental y profundidad en la fundación filosófica para dichas normas.

Advertimos que los cuatro principios se encuentran implícitamente representados en la mirada ofrecida en estas breves reflexiones. El principio de "defensa de la vida física" está presente en la priorización de la preservación de la vida y la integridad psico-física de las personas trabajadoras. El principio de "libertad y responsabilidad" se asocia a la carga obligacional establecida en el ordenamiento vigente y a la conducta diligente esperada de empleadores, aseguradoras de riesgos del trabajo, órganos de control y trabajadores. Vale decir que conforme el artículo 4° de la Ley 24.557, además de las obligaciones establecidas por vía legal, empleadores y trabajadores se encuentran habilitados a pactar [en el marco de la libertad convencional] "compromisos concretos de cumplir con las normas sobre higiene y seguridad en el trabajo", poniendo de manifiesto que las liberalidades aludidas se encuentran directamente relacionadas con las responsabilidades que las normas ponen a cargo de cada uno de los actores. El principio de "totalidad (o terapéutico)", por su parte, encuentra aplicación en el objetivo primordial de preservación de la vida y salud psico-física, así como en el valor atribuido a la corporeidad expresada en la faceta reparadora (en sentido amplio) del sistema de riesgos del trabajo. Por último, el principio de "sociabilidad

y subsidiariedad" se relaciona con la tutela individual y colectiva de la vida y la salud, en la obligación de cuidado de la fuerza de trabajo (en especial la vulnerable), así como el componente subsidiario se evidencia en la promoción de la iniciativa privada para el despliegue de mecanismos novedosos para la concreción de los fines del sistema.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

"(...) se vuelve actual la necesidad imperiosa del humanismo, que de por sí convoca a los distintos saberes, también al económico, hacia una **mirada más integral e integradora**. Hoy el análisis de los problemas ambientales es inseparable del análisis de los contextos humanos, familiares, **laborales**, urbanos, y de la relación de cada persona consigo misma, que genera un determinado modo de relacionarse con los demás y con el ambiente. Hay una **interacción entre los ecosistemas y entre los diversos mundos de referencia social**, y así se muestra una vez más que «el todo es superior a la parte" [el énfasis nos pertenece].

Francisco, Laudato Si #141

Ha intentado ponerse de manifiesto que, en última instancia, se trata de acompañar desde una perspectiva humanista el desarrollo tecnológico y de acompasar su implementación con principios que permitan preservar los intereses de la persona humana individual y de la sociedad.

El sistema de riesgos del trabajo evidencia un descenso de la siniestralidad sostenido y por tanto es necesario descubrir y transitar caminos que contribuyan a una agudización de esa tendencia, iniciativa que pone de manifiesto la actualidad de los objetivos del sistema y su centralidad en términos axiológicos. Es que la preservación de la vida y la salud de las personas, en este caso las que trabajan, constituye un objetivo primordial del ordenamiento jurídico y como tal justifica la exploración de todos los medios disponibles para garantizarla.

En razón de la ejecución de políticas activas de prevención de contingencias *data driven* o por la amplificación de los sentidos de profesionales de la salud y la seguridad en el trabajo, cuerpos inspectivos o de compañías de seguro mediante la implementación de dispositivos, luce conveniente explorar las alternativas innovadoras que parecieran ofrecer ventajas concretas para la prevención de accidentes y enfermedades de origen laboral, considerando también sus riesgos y conduciéndolas para ponerlas al servicio del bien común.

DECLARACIÓN DIGNITAS INFINITA SOBRE LA DIGNIDAD HUMANA

*Dicasterio para la
Doctrina de la Fe*

DOCUMENTOS INTERNACIONALES

INTRODUCCIÓN

Dignitas infinita, sobre la dignidad humana (JP II)

“Más allá de toda circunstancia”
(Francisco)

Con gran alegría recibimos esta nueva *Declaración* del Dicasterio para la Doctrina de la Fe especialmente querida por el Papa Francisco.

Como se nos dice en la Presentación hace unos años se consideró oportuno «la redacción de un texto subrayando lo imprescindible del concepto de dignidad de la persona humana en el seno de la antropología cristiana e ilustrando el alcance y las implicaciones beneficiosas a nivel social, político y económico, teniendo en cuenta los últimos desarrollos del tema en el ámbito académico y sus comprensiones ambivalentes en el contexto actual».

“El Santo Padre había pedido explícitamente que se prestara mayor atención a las graves violaciones de la dignidad humana que se producen en nuestro tiempo, en la senda de la encíclica *Fratelli tutti*. El 25 de marzo de 2024, el Santo Padre aprobó esta *Declaración* y ordenó su publicación.”

El concepto de “*dignidad infinita*” lo utilizó el Papa San Juan Pablo II “en un encuentro con personas que sufrían ciertas limitaciones o discapacidades, para mostrar cómo la dignidad de todos los

seres humanos va más allá de todas las apariencias externas o características de la vida concreta de las personas.

El Papa Francisco, en la encíclica *Fratelli tutti*, ha querido subrayar con particular insistencia que esta dignidad existe "más allá de toda circunstancia", invitando a todos a defenderla en cada contexto cultural, en cada momento de la existencia de una persona, independientemente de cualquier deficiencia física, psicológica, social o incluso moral."

Queda claro y evidente que no es un texto improvisado ni inconsulto, sino que es un texto de fuste donde la Iglesia manifiesta su preocupación frente a los posibles equívocos que se pueden presentar en relación a la expresión "dignidad humana".

También aclara la Declaración que no usa la expresión "dignidad de la persona" debido a que algunas concepciones filosóficas o ideológicas, no reconocen la dimensión de persona al ser humano, sino después de ciertas etapas de su desarrollo. Para el Magisterio de la Iglesia, ser humano y persona humana son sinónimos siempre (EV 60) por esto, no hay dificultad de utilizar la expresión "dignidad humana" ya que desde el punto de vista de la Iglesia estamos diciendo lo mismo que "dignidad de la persona".

La *Declaración* hace referencia en varios pasajes a la Declaración Universal sobre Derechos Humanos, de las Naciones Unidas (1948). Ésta, en su artículo primero, dice que "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos". Al conmemorar el 75º Aniversario de este documento, la Iglesia proclama una vez más su convicción de que, creado por Dios y redimido por Cristo, todo ser humano debe ser reconocido y tratado con respeto y amor, precisamente por su dignidad inalienable. (2)

Nuestra *Declaración* introduce la expresión de San Juan Pablo II, "dignidad infinita" lo que significa que está exenta de todo límite en el tiempo y en espacio. Se habla de *dignidad ontológica*, (7) que corresponde a la persona como tal por el mero hecho de existir y haber sido querida, creada y amada por Dios. Esta dignidad no puede ser nunca eliminada y permanece válida más allá de toda circunstancia...

La Declaración reconoce una cuádruple distinción en referencia a la dignidad: dignidad ontológica, moral, social y existencial en cualquier condición de la vida. Por ejemplo, al hablar de dignidad moral se refiere al ejercicio de la libertad por parte del humano. Puede perderse la dignidad moral pero no la dignidad ontológica, y es aquí que radica la fuerza para intentar que puedan arrepentirse y

convertirse. (7) En el número 8 la *Declaración* explicará la dignidad social y la existencial.

La dignidad no se adquiere o se pierde porque la dignidad o es o no es. Es una realidad ontológica radical, que se justifica, en el plano de la razón, en la naturaleza intrínseca del hombre como "dato originario" que debemos reconocer a priori.

En la teología cristiana, de forma complementaria a la filosofía, refuerza la verdad de la razón con la fe que nos revela que somos creados a *imagen y semejanza de Dios*, lo que no da la capacidad única de *amar a Dios y de ser amados por Él*.

Esta visión de la verdad ontológica de la dignidad humana prescinde, por incompatible, de todo relativismo, subjetividad, percepciones o ideologías, por populares que sean. Se confirma lo que siempre enseñó la Iglesia: la dignidad humana, la dignidad de la vida humana, es ontológicamente fundada.

A contra mano de algunas tendencias actuales, la *Declaración* recuerda la definición clásica de persona de Boecio, como "sustancia individual de naturaleza racional" (9) explicándola brevemente. Incluso se detiene en el concepto de naturaleza, que ha sido tan cuestionado e incluso negado en varias corrientes de pensamiento actual. "El ser humano no crea su naturaleza, la posee como un don recibido y puede cultivar, desarrollar y enriquecer sus *capacidades*. En el ejercicio de su libertad para cultivar las riquezas de su propia naturaleza, la persona humana se desarrolla a sí misma con el paso del tiempo. Aunque (por ciertas circunstancias) no pueda utilizar estas capacidades, la persona siempre subsiste como 'sustancia individual' con toda su dignidad inalienable." (niño no nacido, persona inconsciente, en agonía): "ser en acto, con capacidades en potencia".

"Más allá de toda circunstancia". Este es el 'estribillo' repetitivo e insistente en toda la *Declaración*. Al decir del Card. Fernández en la presentación de la *Declaración*, es lo que tenemos que entender para poder hacer una buena hermenéutica de los contenidos y del pensamiento del Papa Francisco. Por ejemplo, cuando él dice que la Iglesia es para todos, todos, todos, a ese 'nombre' *todos* habrá que ponerle el 'apellido' *más allá de toda circunstancia*...

Pero la *Declaración* no se queda en un plano teórico de filosofía y de teología, sino que baja a la práctica para aplicar correcta y plenamente el concepto de dignidad humana, a los problemas centrales de nuestra época: pobres, guerra, migrantes, trata de personas, abusos sexuales, violencia contra las mujeres, aborto, maternidad subrogada, eutanasia y suicidio asistido, descarte de personas con discapacidad, teoría de género, cambio de sexo, violencia digital.

Varios de estos temas bioéticos nos llaman a la *cultura de la vida* como contraposición ya no a la cultura de la muerte sino a la *cultura del descarte*. Es interesante y en cierta forma una novedad, contrastar a la cultura de la vida a la cultura del descarte (53) a la luz de *Fratelli Tutti*, 188 y de una cultura del descarte mundial en *Fratelli Tutti*, 18-21. La *cultura del descarte* de cualquier ser humano, grupo de seres humanos es darles muerte, es ampliar negativamente las víctimas de la *cultura de la muerte*. La *cultura de la muerte* asume una dimensión aún más grande y más grave.

La *Declaración* aclara varias veces que no pretende ser exhaustiva, que redujo mucho la primera parte y que varios temas han quedado fuera para no hacer el texto muy extenso. Aceptando y comprendiendo esta opción del Dicasterio, haber omitido el tema de la Inteligencia Artificial y de la 'algorética' creo que descuida las inequidades y los nuevos tipos de pobreza (36-37).

Siguiendo con analogías, vale recordar que la *Declaración* retoma una vez más la enseñanza de la Doctrina Social de la Iglesia sobre el rol subsidiario del Estado en relación a la dignidad humana: "Cada persona individual y, al mismo tiempo, cada comunidad humana tiene, por tanto, la tarea de la realización concreta y efectiva de la dignidad humana, mientras que corresponde a los Estados no sólo protegerla, sino también garantizar las condiciones necesarias para que florezca en la promoción integral de la persona humana..." (65)

La *Declaración* se convierte en una fuente riquísima de textos del Magisterio de la Iglesia, del Concilio Vaticano II, de Padres de la Iglesia, autores clásicos y de diferentes papas. Es una oportunidad estupenda para recordarlos y confirmar su pleno valor y actualidad incluso en temas tan modernos y actuales como los de la presente *Declaración*.

Esta Declaración ayuda a conocer y comprender mejor el pensamiento y la visión que tiene el Papa Francisco sobre los temas fundamentales de nuestra fe referentes a dignidad humana e identidad cristiana. No podemos disociar o disgregar las enseñanzas del Papa, sino integrarlas y plenificarlas a la luz de su Magisterio y en especial de sus principales documentos, como el presente.

Mons. Mg. Alberto G. Bochaty, OSA
Obispo Auxiliar de La Plata
Comisión de Fe y Cultura
Conferencia Episcopal Argentina

PRESENTACIÓN

En el Congreso del 15 de marzo del 2019, la entonces Congregación para la Doctrina de la Fe decidió iniciar «la redacción de un texto subrayando lo imprescindible del concepto de dignidad de la persona humana en el seno de la antropología cristiana e ilustrando el alcance y las implicaciones beneficiosas a nivel social, político y económico, teniendo en cuenta los últimos desarrollos del tema en el ámbito académico y sus comprensiones ambivalentes en el contexto actual». Un primer proyecto a este respecto, elaborado con la ayuda de algunos expertos durante el año 2019, fue considerado insatisfactorio, en una Consulta restringida de la Congregación, el 8 de octubre del mismo año.

La Sección Doctrinal elaboró ex novo otro borrador del texto, basándose en las aportaciones de diversos expertos. Ese borrador fue presentado y debatido en una Consulta restringida el 4 de octubre de 2021. En enero de 2022, el nuevo borrador se presentó a la Sesión Plenaria de la Congregación, durante la cual los miembros acortaron y simplificaron el texto.

El 6 de febrero de 2023, el nuevo texto corregido fue evaluado en una Consulta restringida que propuso algunas modificaciones posteriores. La nueva versión se sometió a la valoración de la Sesión Ordinaria del Dicasterio (Feria IV) el 3 de mayo de 2023. Los miembros acordaron que el documento, con algunas modificaciones, podía ser publicado. El Santo Padre aprobó los Deliberata de esta Feria IV en el curso de la Audiencia concedida a mí el 13 de noviembre de 2023. En esa ocasión me pidió, además, resaltar en el texto algunas temáticas estrechamente relacionadas con el tema de la dignidad, como por ejemplo el drama de la pobreza, la situación de los emigrantes, las violencias contra las mujeres, la trata de personas, la guerra y otros. Para honrar lo mejor posible esta indicación del Santo Padre, la Sección Doctrinal del Dicasterio dedicó un Congreso a profundizar en la carta encíclica Fratelli tutti, que ofrece un análisis original y un estudio en profundidad del tema de la dignidad humana "más allá de toda circunstancia".

En una carta fechada el 2 de febrero de 2024, con vistas a la Feria IV del 28 de febrero siguiente, se envió a los miembros del Dicasterio un nuevo borrador del texto, considerablemente modificado, con la siguiente aclaración: «Esta nueva redacción se hizo necesaria para responder a una petición específica del Santo Padre. El Santo Padre había pedido explícitamente que se prestara mayor atención a las graves violaciones de la dignidad humana que se producen actualmente en nuestro tiempo, en la senda de la encíclica Fratelli tutti. Así pues, la Sección Doctrinal tomó medidas para reducir la parte inicial [...] y elaborar con más detalle

lo que el Santo Padre había indicado». La Sesión Ordinaria del Dicasterio, aprobó finalmente el texto de la actual Declaración el 28 de febrero de 2024. Durante la Audiencia concedida a mí, junto con el Secretario de la Sección Doctrinal, Mons. Armando Matteo, el 25 de marzo de 2024, el Santo Padre aprobó esta Declaración y ordenó su publicación.

La elaboración del texto, que duró cinco años, nos permite comprender que estamos ante un documento que, debido a la seriedad y centralidad de la cuestión de la dignidad en el pensamiento cristiano, necesitó un considerable proceso de maduración para llegar a la redacción final que hoy publicamos.

En las tres primeras partes, la Declaración recuerda los principios fundamentales y los supuestos teóricos para ofrecer importantes aclaraciones que puedan evitar las frecuentes confusiones que se producen en el uso del término "dignidad". En la cuarta parte, presenta algunas situaciones problemáticas actuales en las que no se reconoce adecuadamente la inmensa e inalienable dignidad que corresponde a todo ser humano. La denuncia de estas graves y actuales violaciones de la dignidad humana es un gesto necesario, porque la Iglesia está profundamente convencida de que no se puede separar la fe de la defensa de la dignidad humana, la evangelización de la promoción de una vida digna y la espiritualidad del compromiso por la dignidad de todos los seres humanos.

Esta dignidad de todos los seres humanos puede, de hecho, entenderse como "infinita" (*dignitas infinita*), como afirmó San Juan Pablo II en un encuentro con personas que sufrían ciertas limitaciones o discapacidades,[1] para mostrar cómo la dignidad de todos los seres humanos va más allá de todas las apariencias externas o características de la vida concreta de las personas.

El Papa Francisco, en la encíclica *Fratelli tutti*, ha querido subrayar con particular insistencia que esta dignidad existe "más allá de toda circunstancia", invitando a todos a defenderla en cada contexto cultural, en cada momento de la existencia de una persona, independientemente de cualquier deficiencia física, psicológica, social o incluso moral. En este sentido, la Declaración se esfuerza por mostrar que estamos ante una verdad universal, que todos estamos llamados a reconocer, como condición fundamental para que nuestras sociedades sean verdaderamente justas, pacíficas, sanas y, en definitiva, auténticamente humanas.

La lista de temas elegidos por la Declaración no es, ciertamente, exhaustiva. Sin embargo, los temas tratados son, precisamente, los que permiten expresar diversos aspectos de la dignidad humana que pueden estar oscurecidos en la conciencia de muchas personas hoy en día. Algunos serán fácilmente compartidos por

distintos sectores de nuestras sociedades, otros no tanto. Sin embargo, todos nos parecen necesarios porque, en su conjunto, ayudan a reconocer la armonía y la riqueza del pensamiento sobre la dignidad que brota del Evangelio.

Esta Declaración no pretende agotar un tema tan rico y decisivo, pero pretende aportar algunos elementos de reflexión que nos ayudarán a tenerlo presente en el complejo momento histórico que vivimos para que, en medio de tantas preocupaciones y angustias, no perdamos el rumbo y nos expongamos a sufrimientos más lacerantes y profundos.

Víctor Manuel Card. Fernández
Prefecto

INTRODUCCIÓN

1. (Dignitas infinita) Una dignidad infinita, que se fundamenta inalienablemente en su propio ser, le corresponde a cada persona humana, más allá de toda circunstancia y en cualquier estado o situación en que se encuentre. Este principio, plenamente reconocible incluso por la sola razón, fundamenta la primacía de la persona humana y la protección de sus derechos. La Iglesia, a la luz de la Revelación, reafirma y confirma absolutamente esta dignidad ontológica de la persona humana, creada a imagen y semejanza de Dios y redimida en Cristo Jesús. De esta verdad extrae las razones de su compromiso con los que son más débiles y menos capacitados, insistiendo siempre «sobre el primado de la persona humana y la defensa de su dignidad más allá de toda circunstancia».[2]

2. Esta dignidad ontológica y el valor único y eminente de cada mujer y cada hombre que existen en este mundo fueron recogidos con autoridad en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (10 de diciembre de 1948) por la Asamblea General de las Naciones Unidas.[3] Al conmemorar el 75 aniversario de este Documento, la Iglesia ve la oportunidad de proclamar una vez más su convicción de que, creado por Dios y redimido por Cristo, todo ser humano debe ser reconocido y tratado con respeto y amor, precisamente por su dignidad inalienable. El mencionado aniversario ofrece también a la Iglesia la oportunidad de aclarar algunos malentendidos que surgen a menudo en torno a la dignidad humana y de abordar algunas cuestiones concretas, graves y urgentes, relacionadas con ella.

3. Desde el principio de su misión, la Iglesia, impulsada por el Evangelio, se ha esforzado por afirmar la libertad y promover los derechos de todos los seres humanos.[4] En los últimos tiempos, gracias a la voz de los Pontífices, ha tratado de formular más explícitamente este compromiso a través de la renovada llamada

al reconocimiento de la dignidad fundamental debida a la persona humana. San Pablo VI decía «ninguna antropología iguala a la antropología de la Iglesia sobre la persona humana, incluso considerada individualmente, en cuanto a su originalidad, dignidad, intangibilidad y riqueza de sus derechos fundamentales, sacralidad, educabilidad, aspiración a un desarrollo completo e inmortalidad».[5]

4. San Juan Pablo II, en el 1979, afirmó durante la Tercera Conferencia Episcopal Latinoamericana en Puebla: «la dignidad humana es un valor evangélico que no puede ser despreciado sin grande ofensa al Creador. Esta dignidad es conculcada, a nivel individual, cuando no son debidamente tenidos en cuenta valores como la libertad, el derecho a profesar la religión, la integridad física y psíquica, el derecho a los bienes esenciales, a la vida. Es conculcada, a nivel social y político, cuando el hombre no puede ejercer su derecho de participación o es sujeto a injustas e ilegítimas coacciones, o sometido a torturas físicas o psíquicas, etc. [...] Si la Iglesia se hace presente en la defensa o en la promoción de la dignidad del hombre, lo hace en la línea de su misión, que aun siendo de carácter religioso y no social o político, no puede menos de considerar al hombre en la integridad de su ser».[6]

5. En el 2010, delante de la Pontificia Academia para la Vida, Benedicto XVI afirmó que la dignidad de la persona es «un principio fundamental que la fe en Jesucristo crucificado y resucitado ha defendido desde siempre, sobre todo cuando no se respeta en relación a los sujetos más sencillos e indefensos».[7] En otra ocasión, hablándoles a los economistas, dijo que «la economía y las finanzas no existen sólo para sí mismas; son sólo un instrumento, un medio. Su finalidad es únicamente la persona humana y su realización plena en la dignidad. Este es el único capital que conviene salvar».[8]

6. Desde los inicios de su pontificado, el Papa Francisco ha invitado a la Iglesia a «confesar a un Padre que ama infinitamente a cada ser humano» y a «descubrir que "con ello le confiere una dignidad infinita"», [9] subrayando con fuerza que esta dignidad inmensa representa un dato originario a reconocer con lealtad y a acoger con gratitud. Es precisamente en ese reconocimiento y aceptación donde puede fundarse una nueva convivencia entre los seres humanos, que decline la sociabilidad en un horizonte de auténtica fraternidad: sólo «reconociendo la dignidad de cada persona humana, podemos hacer renacer entre todos un deseo mundial de hermandad».[10] Según el Papa Francisco «ese manantial de dignidad humana y de fraternidad está en el Evangelio de Jesucristo», [11] pero también es una convicción a la que la razón humana puede llegar mediante la reflexión y el

diálogo, ya que «hay que respetar en toda situación la dignidad ajena, es porque nosotros no inventamos o suponemos la dignidad de los demás, sino porque hay efectivamente en ellos un valor que supera las cosas materiales y las circunstancias, y que exige que se les trate de otra manera. Que todo ser humano posee una dignidad inalienable es una verdad que responde a la naturaleza humana más allá de cualquier cambio cultural».[12] En realidad, concluye el Papa Francisco, «el ser humano tiene la misma dignidad inviolable en cualquier época de la historia y nadie puede sentirse autorizado por las circunstancias a negar esta convicción o a no obrar en consecuencia».[13] En este horizonte, su encíclica *Fratelli tutti* constituye ya una especie de Carta Magna de las tareas actuales para salvaguardar y promover la dignidad humana.

Una aclaración fundamental

7. Aunque en la actualidad existe un consenso bastante general sobre la importancia e incluso el alcance normativo de la dignidad y el valor único y trascendente de todo ser humano,[14] la expresión "dignidad humana" a menudo corre el riesgo de prestarse a muchos significados y, por tanto, a posibles malentendidos[15] y «contradicciones que nos llevan a preguntarnos si verdaderamente la igual dignidad de todos los seres humanos [...], [sea] reconocida, respetada, protegida y promovida en todas las circunstancias».[16] Todo esto nos lleva a reconocer la posibilidad de una cuádruple distinción del concepto de dignidad: dignidad ontológica, dignidad moral, dignidad social y finalmente dignidad existencial. El sentido más importante permanece, como se ha argumentado hasta ahora, el vinculado a la dignidad ontológica que corresponde a la persona como tal por el mero hecho de existir y haber sido querida, creada y amada por Dios. Esta dignidad no puede ser nunca eliminada y permanece válida más allá de toda circunstancia en la que pueden encontrarse los individuos. Cuando se habla de la dignidad moral se refiere, como se acaba de considerar, al ejercicio de la libertad por parte de la criatura humana. Esta última, aunque dotada de conciencia, permanece siempre abierta a la posibilidad de actuar contra ella. Al hacerlo, el ser humano se comporta de un modo que "no es digno" de su naturaleza de criatura amada por Dios y llamada a amar a los otros. Pero esta posibilidad existe. Y no sólo eso. La historia nos atestigua que el ejercicio de la libertad contra la ley del amor revelada por el Evangelio puede alcanzar cotas incalculables de mal infligido a los otros. Cuando esto sucede, nos encontramos ante personas que parecen haber perdido todo rastro de humanidad, todo rastro de dignidad. A este respecto, la distinción introducida aquí nos ayuda a discernir con precisión entre el aspecto de

la dignidad moral, que de hecho puede "perderse", y el aspecto de la dignidad ontológica que nunca puede ser anulada. Y es precisamente en razón de esta última que se deberá trabajar con todas las fuerzas, para que todos los que han hecho el mal puedan arrepentirse y convertirse.

8. Quedan otras dos posibles acepciones de dignidad: social y existencial. Cuando hablamos de dignidad social nos referimos a las condiciones en las que vive una persona. En la pobreza extrema, por ejemplo, cuando no se dan las condiciones mínimas para que una persona viva de acuerdo con su dignidad ontológica, se dice que la vida de esa persona pobre es una vida "indigna". Esta expresión no indica en modo alguno un juicio hacia la persona, al contrario, quiere destacar el hecho de que su dignidad inalienable se contradice por la situación en la que se ve obligada a vivir. La última acepción es la de la dignidad existencial. Hoy se habla cada vez con más frecuencia de una vida "digna" y de una vida "indigna". Y con esta expresión nos referimos a situaciones de tipo existencial: por ejemplo, al caso de una persona que, aun no faltándole, aparentemente, nada de esencial para vivir, por diversas razones, le resulta difícil vivir con paz, con alegría y con esperanza. En otras situaciones es la presencia de enfermedades graves, de contextos familiares violentos, de ciertas adicciones patológicas y de otros malestares los que llevan a alguien a experimentar su propia condición de vida como "indigna" frente a la percepción de aquella dignidad ontológica que nunca puede ser oscurecida. Las distinciones aquí introducidas, en todo caso, no hacen más que recordarnos el valor inalienable de esa dignidad ontológica enraizada en el ser mismo de la persona humana y que subsiste más allá de toda circunstancia.

9. Por último, conviene recordar aquí que la definición clásica de la persona como «sustancia individual de naturaleza racional» [17] explicita el fundamento de su dignidad. En efecto, en cuanto "sustancia individual", la persona goza de dignidad ontológica (es decir, en el nivel metafísico del ser mismo): es un sujeto que, habiendo recibido la existencia de Dios, "subsiste", es decir, ejerce la existencia autónomamente. En realidad, la palabra "racional" engloba todas las capacidades del ser humano: tanto la cognitiva como la volitiva, amar, elegir, desear. El término "racional" incluye también todas las capacidades corporales íntimamente relacionadas con las anteriores. La expresión "naturaleza" indica las condiciones propias del ser humano que hacen posibles las diversas operaciones y experiencias: la naturaleza es el "principio del obrar". El ser humano no crea su naturaleza; la posee como un don recibido y puede cultivar, desarrollar y enriquecer sus capacidades. En el ejercicio de su libertad para cultivar las riquezas de

su propia naturaleza, la persona humana se construye a sí misma con el paso del tiempo. Aunque, debido a diversas limitaciones o condiciones, no pueda utilizar estas capacidades, la persona siempre subsiste como "sustancia individual" con toda su dignidad inalienable. Esto ocurre, por ejemplo, en un niño no nacido, en una persona inconsciente, en un anciano en agonía.

1. Una conciencia progresiva de la centralidad de la dignidad humana

10. Ya en la antigüedad clásica [18] se perfila una primera intuición con respecto a la dignidad humana, que procede de una perspectiva social: cada ser humano viene revestido de una dignidad particular, según su rango y dentro de un orden determinado. Del ámbito social, la palabra pasó a describir las distintas dignidades de los seres en el cosmos. Desde este punto de vista, todos los seres poseen su propia "dignidad", según el lugar que ocupan en la armonía del conjunto. Ciertamente, algunas cumbres del pensamiento antiguo comienzan a reconocer un lugar singular al ser humano, en la medida en que está dotado de razón y, por tanto, es capaz de responsabilizarse de sí mismo y de los demás seres del mundo, [19] pero aún estamos lejos de un pensamiento capaz de fundamentar el respeto a la dignidad de toda persona humana, más allá de cualquier circunstancia.

Perspectivas bíblicas

11. La Revelación bíblica enseña que todos los seres humanos poseen una dignidad intrínseca porque han sido creados a imagen y semejanza de Dios: «Dijo Dios: "Hagamos al hombre a nuestra imagen y semejanza" [...] Y creó Dios al hombre a su imagen, a imagen de Dios lo creó, varón y mujer los creó» (Gen 1, 26-27). La humanidad tiene una cualidad específica que la hace no reducible a la pura materialidad. La "imagen" no define el alma o las capacidades intelectuales, sino la dignidad del varón y de la mujer. Ambos, en su mutua relación de igualdad y amor recíproco, cumplen la función de representar a Dios en el mundo y están llamados a cuidar y nutrir el mundo. Ser creados a imagen de Dios significa, por tanto, que poseemos un valor sagrado en nuestro interior que trasciende toda distinción sexual, social, política, cultural y religiosa. Nuestra dignidad nos es conferida, no es pretendida ni merecida. Todo ser humano es amado y querido por Dios por sí mismo y, por tanto, es inviolable en su dignidad. En el Éxodo, corazón del Antiguo Testamento, Dios se muestra como el que escucha el clamor de los pobres, ve la miseria de su pueblo, cuida de los últimos y de los oprimidos (cf. Ex 3, 7; 22,

20-26). La misma enseñanza vuelve a aparecer en el Código Deuteronómico (cf. Dt 12-26): aquí la enseñanza sobre los derechos se transforma en un "manifiesto" de la dignidad humana, en particular a favor de la triple categoría del huérfano, de la viuda y del extranjero (cf. Dt 24, 17). Los antiguos preceptos del Éxodo son recordados y actualizados por la predicación de los profetas, que representan la conciencia crítica de Israel. Los profetas Amós, Oseas, Isaías, Miqueas y Jeremías dedican capítulos enteros a denunciar la injusticia. Amós reprende amargamente la opresión de los pobres, la falta de reconocimiento de toda dignidad humana fundamental para los miserables (cf. Am 2, 6-7; 4, 1; 5, 11-12). Isaías pronuncia una maldición contra quienes pisotean los derechos de los pobres, negándoles toda justicia: «ay de los que establecen decretos inicuos, y publican prescripciones vejatorias, para oprimir a los pobres en el juicio y privar de su derecho a los humildes de mi pueblo» (Is 10, 1-2). Esta enseñanza profética se recoge en la literatura sapiencial. El Sirácida equipara la opresión de los pobres con el asesinato: «mata a su prójimo quien le roba el sustento, [quien no paga el sueldo al jornalero derrama sangre» (Si 34, 22). En los Salmos, la relación religiosa con Dios pasa por la defensa de los débiles y necesitados: «proteged al desvalido y al huérfano, haced justicia al humilde y al necesitado, defended al pobre y al indigente, sacándolos de las manos del culpable» (Sal 82, 3-4).

12. Jesús nació y creció en condiciones humildes y reveló la dignidad de los necesitados y los trabajadores.[20] A lo largo de su ministerio, Jesús afirmó el valor y la dignidad de todos los que son portadores de la imagen de Dios, independientemente de su condición social y circunstancias externas. Jesús rompió las barreras culturales y de culto, devolviendo la dignidad a los "descartados" o a los considerados al margen de la sociedad: los recaudadores de impuestos (cf. Mt 9, 10-11), las mujeres (cf. Jn 4, 1-42), los niños (cf. Mc 10, 14-15), los leprosos (cf. Mt 8, 2-3), los enfermos (cf. Mc 1, 29-34), los extranjeros (cf. Mt 25, 35), las viudas (cf. Lc 7, 11-15). Él sana, alimenta, defiende, libera, salva. Se le describe como un pastor solícito por la única oveja perdida (cf. Mt 18, 12-14). Él mismo se identifica con sus hermanos más pequeños: «cada vez que lo hicisteis con uno de estos, mis hermanos más pequeños, conmigo lo hicisteis» (Mt 25, 40). En el lenguaje bíblico, los "pequeños" no son sólo los niños por edad, sino los desvalidos, los más insignificantes, los marginados, los oprimidos, los descartados, los pobres, los marginados, los ignorantes, los enfermos, los degradados por los grupos dominantes. El Cristo glorioso juzgará en función del amor al prójimo, que consiste en haber asistido al hambriento, al sediento, al forastero, al desnudo, al enfermo, al encarcelado, con los que él mismo se identifica (cf. Mt 25, 34-36). Para Jesús, el bien hecho a todo ser humano, independientemente de los lazos de sangre o de

religión, es el único criterio de juicio. El apóstol Pablo afirma que todo cristiano debe comportarse según las exigencias de la dignidad y el respeto de los derechos de todos los seres humanos (cf. Rm 13,8-10), según el mandamiento nuevo de la caridad (cf. 1 Co 13, 1-13).

El desarrollo del pensamiento cristiano

13. El desarrollo del pensamiento cristiano estimuló y acompañó posteriormente el progreso de la reflexión humana sobre el tema de la dignidad. La antropología cristiana clásica, basada en la gran tradición de los Padres de la Iglesia, puso de relieve la doctrina del ser humano creado a imagen y semejanza de Dios y su papel singular en la creación.[21] El pensamiento cristiano medieval, escrutando críticamente el legado del pensamiento filosófico antiguo, llegó a una síntesis de la noción de persona, reconociendo el fundamento metafísico de su dignidad, como atestiguan las siguientes palabras de santo Tomás de Aquino: «persona significa lo que en toda naturaleza es perfectísimo, lo que subsiste en la naturaleza racional».[22] Esta dignidad ontológica, en su manifestación privilegiada a través de la libre acción humana, fue subrayada más tarde sobre todo por el humanismo cristiano del Renacimiento.[23] Incluso en la visión de pensadores modernos, como Descartes y Kant, que cuestionaron algunos de los fundamentos de la antropología cristiana tradicional, se perciben con fuerza los ecos de la Revelación. A partir de algunas reflexiones filosóficas más recientes sobre el estatuto de la subjetividad teórica y práctica, la reflexión cristiana ha llegado después a acentuar aún más la profundidad del concepto de dignidad, alcanzando en el siglo XX una perspectiva original, como por ejemplo la del personalismo. Esta perspectiva no sólo retoma la cuestión de la subjetividad, sino que la profundiza en la dirección de la intersubjetividad y de las relaciones que unen a las personas humanas entre sí.[24] La propuesta antropológica cristiana y contemporánea también se ha enriquecido con el pensamiento precedente de esta última visión.[25]

Los tiempos actuales

14. En nuestros días, el término "dignidad" viene utilizado principalmente para destacar el carácter singular de la persona humana, inconmensurable con respecto a los demás seres del universo. Dentro de este horizonte, se entiende la forma en que se utiliza el término dignidad en la Declaración de las Naciones Unidas de 1948, donde se habla de «la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana». Sólo este carácter inalienable

de la dignidad humana permite hablar de los derechos del hombre.[26]

15. Para aclarar aún más el concepto de dignidad, es importante señalar que la dignidad no es concedida a la persona por otros seres humanos, sobre la base de determinados dones y cualidades, de modo que podría ser eventualmente retirada. Si la dignidad le fuese concedida a la persona por otros seres humanos, entonces se daría de manera condicional y alienable, y el significado mismo de la dignidad (por muy digno de gran respeto que sea) quedaría expuesto al riesgo de ser abolido. En realidad, la dignidad es intrínseca a la persona, no conferida a posteriori, previa a todo reconocimiento y no puede perderse. Por consiguiente, todos los seres humanos poseen la misma e intrínseca dignidad, independientemente del hecho sean o no capaces de expresarla adecuadamente.

16. Por ello, el Concilio Vaticano II habla de la «excelsa dignidad de la persona humana, de su superioridad sobre las cosas y de sus derechos y deberes universales e inviolables».[27] Como recuerda el incipit de la Declaración conciliar *Dignitatis Humanae*, «los hombres de nuestro tiempo se hacen cada vez más conscientes de la dignidad de la persona humana, y aumenta el número de aquellos que exigen que los hombres en su actuación gocen y usen del propio criterio y libertad responsables, guiados por la conciencia del deber y no movidos por la coacción».[28] Esta libertad de pensamiento y de conciencia, tanto individual como comunitaria, está basada sobre el reconocimiento de la dignidad humana «tal como se la conoce por la palabra revelada de Dios y por la misma razón natural».[29] El mismo magisterio eclesial ha madurado, cada vez con más plenitud, el significado de esta dignidad, junto con las exigencias e implicaciones relacionadas con ella, llegando a la comprensión de que la dignidad de todo ser humano es tal más allá de toda circunstancia.

2. La Iglesia anuncia, promueve y se hace garante de la dignidad humana

17. La Iglesia proclama la igual dignidad de todos los seres humanos, independientemente de su condición de vida o de su calidad. Este anuncio se apoya sobre una triple convicción que, a la luz de la fe cristiana, confiere un valor inconmensurable a la dignidad humana y refuerza sus exigencias intrínsecas.

Una imagen de Dios indeleble

18. Antes que nada, según la Revelación, la dignidad del ser humano proviene del amor de su Creador, que ha impreso en él los rasgos indelebles de su imagen

(cf. Gn 1, 26), llamándolo a conocerlo, a amarlo y a vivir en una relación de alianza con Dios mismo y de fraternidad, justicia y paz con todos los demás hombres y mujeres. En esta visión, la dignidad se refiere no sólo al alma, sino a la persona como unidad inseparable, y por tanto también inherente a su cuerpo, que a su manera participa del ser imagen de Dios de la persona humana y está llamado también a compartir la gloria del alma en la bienaventuranza divina.

Cristo eleva la dignidad del hombre

19. Una segunda convicción procede del hecho que la dignidad de la persona humana se reveló en su plenitud cuando el Padre envió su Hijo que asumió plenamente la existencia humana: «el Hijo de Dios, en el misterio de la Encarnación, confirmó la dignidad del cuerpo y del alma que constituyen el ser humano».[30] Así, al unirse en cierto modo a cada ser humano por su encarnación, Jesucristo confirmó que todo ser humano posee una dignidad inestimable, por el mero hecho de pertenecer a la misma comunidad humana, y que esta dignidad no puede perderse jamás.[31] Proclamando que el Reino de Dios pertenece a los pobres, a los humildes, a quienes son despreciados, a los que sufren en el cuerpo y en el espíritu; curando todo tipo de enfermedades y dolencias, incluso las más deshumanizadoras como la lepra; afirmando que lo que se hace a estas personas se le hace a él, porque él está presente en esas personas, Jesús aportó la gran novedad del reconocimiento de la dignidad de toda persona, y también, y sobre todo, de aquellas personas que eran calificadas de "indignas". Este nuevo principio de la historia humana, por el que el ser humano es más "digno" de respeto y amor cuanto más débil, miserable y sufriente, hasta el punto de perder la propia "figura" humana, ha cambiado la faz del mundo, dando lugar a instituciones que se ocupan de personas en condiciones inhumanas: los neonatos abandonados, los huérfanos, los ancianos en soledad, los enfermos mentales, personas con enfermedades incurables o graves malformaciones y aquellos que viven en la calle.

Una vocación a la plenitud de la dignidad

20. La tercera convicción se refiere al destino último del ser humano: tras la creación y la encarnación, la resurrección de Cristo nos revela un ulterior aspecto de la dignidad humana. En efecto, «la razón más alta de la dignidad humana consiste en la vocación del hombre a la unión con Dios»,[32] destinada a durar por siempre. De este modo, «la dignidad [de la vida humana] no sólo está ligada a sus orígenes, a su procedencia divina, sino también a su fin, a su destino de comunión

con Dios en su conocimiento y amor. A la luz de esta verdad san Ireneo precisa y completa su exaltación del hombre: "el hombre que vive" es "gloria de Dios" pero "la vida del hombre consiste en la visión de Dios".[33]

21. Por consiguiente, la Iglesia cree y afirma que todos los seres humanos, creados a imagen y semejanza de Dios y recreados[34] en el Hijo hecho hombre, crucificado y resucitado, están llamados a crecer bajo la acción del Espíritu Santo para reflejar la gloria del Padre, en aquella misma imagen, participando de la vida eterna (cf. Jn 10, 15-16.17, 22-24; 2 Cor 3, 18; Ef 1, 3-14). En efecto, «la Revelación [...] manifiesta la dignidad de la persona humana en toda su amplitud».[35]

Un compromiso con la propia libertad

22. Aunque cada ser humano posee una dignidad inalienable e intrínseca desde el principio de su existencia como don irrevocable, depende de su decisión libre y responsable expresarla y manifestarla en plenitud o empañarla. Algunos Padres de la Iglesia – como san Ireneo o san Juan Damasceno – establecieron una distinción entre la imagen y la semejanza de las que habla el Génesis, permitiendo así una visión dinámica de la propia dignidad humana: la imagen de Dios se confía a la libertad del ser humano para que, bajo la guía y la acción del Espíritu, crezca su semejanza con Dios y cada persona alcance su máxima dignidad.[36] Cada persona está llamada a manifestar en el plano existencial y moral el horizonte ontológico de su dignidad, en la medida en que con su propia libertad se orienta hacia el verdadero bien, como respuesta al amor de Dios. Así, en la medida en que ha sido creada a imagen de Dios, por una parte, la persona humana nunca pierde su dignidad y nunca deja de estar llamada a abrazar libremente el bien; por otra parte, en la medida en que la persona humana responde al bien, su dignidad puede manifestarse, crecer y madurar libre, dinámica y progresivamente. Esto significa que también el ser humano debe esforzarse por vivir a la altura de su dignidad. Se comprende entonces en qué sentido el pecado puede herir y ensombrecer la dignidad humana, como acto contrario a ella, pero, al mismo tiempo, que nunca puede borrar el hecho que el ser humano ha sido creado a imagen de Dios. La fe, por tanto, contribuye decisivamente a ayudar a la razón en su percepción de la dignidad humana, y a acoger, consolidar y clarificar sus rasgos esenciales, como ha señalado Benedicto XVI: «sin la ayuda correctora de la religión, la razón puede ser también presa de distorsiones, como cuando es manipulada por las ideologías o se aplica de forma parcial en detrimento de la consideración plena de la dignidad de la persona humana. Después de todo, dicho abuso de la razón fue lo que provocó la trata de esclavos en primer lugar y otros muchos males sociales, en particular la

difusión de las ideologías totalitarias del siglo XX».[37]

3. La dignidad, fundamento de los derechos y de los deberes humanos

23. Como ya recordó el Papa Francisco, «en la cultura moderna, la referencia más cercana al principio de la dignidad inalienable de la persona es la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, que san Juan Pablo II definió "piedra miliar puesta en el largo y difícil camino del género humano", y como "una de las más altas expresiones de la conciencia humana"».[38] Para resistir a los intentos de alterar o eliminar el significado profundo de esa Declaración, vale la pena recordar algunos principios esenciales que deben siempre respetarse.

El respeto incondicionado de la dignidad humana

24. En primer lugar, aunque cada vez hay más conciencia de la cuestión de la dignidad humana, sigue habiendo hoy muchos malentendidos sobre el concepto de dignidad, que distorsionan su significado. Algunos proponen que es mejor utilizar la expresión "dignidad personal" (y derechos "de la persona") en lugar de "dignidad humana" (y derechos "del hombre"), porque entienden por persona sólo "un ser capaz de razonar". En consecuencia, sostienen que la dignidad y los derechos se infieren de la capacidad de conocimiento y libertad, de las que no todos los seres humanos están dotados. Así pues, el niño no nacido no tendría dignidad personal, ni el anciano incapacitado, ni los discapacitados mentales.[39] La Iglesia, por el contrario, insiste en el hecho de que la dignidad de toda persona humana, precisamente porque es intrínseca, permanece "más allá de toda circunstancia", y su reconocimiento no puede depender, en modo alguno, del juicio sobre la capacidad de una persona para comprender y actuar libremente. De lo contrario, la dignidad no sería como tal inherente a la persona, independiente de sus condicionamientos y, por tanto, merecedora de un respeto incondicional. Sólo mediante el reconocimiento de la dignidad intrínseca del ser humano, que nunca puede perderse, desde la concepción hasta la muerte natural, puede garantizarse a esta cualidad un fundamento inviolable y seguro. Sin referencia ontológica alguna, el reconocimiento de la dignidad humana oscilaría a merced de valoraciones diversas y arbitrarias. La única condición, por tanto, para que pueda hablarse de dignidad por sí misma inherente a la persona es que ésta pertenezca a la especie humana, por lo que «los derechos de la persona son los derechos humanos».[40]

Una referencia objetiva para la libertad humana

25. En segundo lugar, a veces también se abusa del concepto de dignidad humana para justificar una multiplicación arbitraria de nuevos derechos, muchos de los cuales suelen ser contrarios a los definidos originalmente y no pocas veces se ponen en contradicción con el derecho fundamental a la vida,[41] como si hubiera que garantizar la capacidad de expresar y realizar cada preferencia individual o deseo subjetivo. La dignidad se identifica entonces con una libertad aislada e individualista, que pretende imponer como "derechos", garantizados y financiados por la comunidad, ciertos deseos y preferencias que son subjetivas. Pero la dignidad humana no puede basarse en estándares meramente individuales ni identificarse únicamente con el bienestar psicofísico del individuo. Al contrario, la defensa de la dignidad del ser humano se fundamenta en las exigencias constitutivas de la naturaleza humana, que no dependen ni de la arbitrariedad individual ni del reconocimiento social. Los deberes que se derivan del reconocimiento de la dignidad del otro y los correspondientes derechos que de ello se derivan tienen, por tanto, un contenido concreto y objetivo, basado en la naturaleza humana común. Sin esa referencia objetiva, el concepto de dignidad queda sometido de hecho a las más diversas arbitrariedades, así como a los intereses de poder.

La estructura relacional de la persona humana

26. La dignidad de la persona humana, a la luz del carácter relacional de la persona, ayuda también a superar la perspectiva reductiva de una libertad autorreferencial e individualista, que pretende crear los propios valores prescindiendo de las normas objetivas del bien y de la relación con los demás seres vivos. Cada vez más, de hecho, se corre el riesgo de restringir la dignidad humana a la capacidad de decidir discrecionalmente sobre uno mismo y sobre su propio destino, independientemente del de los demás, sin tener en cuenta la pertenencia a la comunidad humana. En esta concepción tan errónea de la libertad, los deberes y los derechos no pueden reconocerse mutuamente para que cuidemos unos de otros. En realidad, como recuerda san Juan Pablo II, la libertad es puesta «al servicio de la persona y de su realización mediante el don de sí misma y la acogida del otro. Sin embargo, cuando la libertad es absolutizada en clave individualista, se vacía de su contenido original y se contradice en su misma vocación y dignidad».[42]

27. Así pues, la dignidad del ser humano incluye también la capacidad, inherente a la propia naturaleza humana, de asumir obligaciones hacia los otros.

28. La diferencia entre el ser humano y el resto de los otros seres vivos, que

resalta gracias al concepto de dignidad, no debe hacernos olvidar la bondad de los demás seres creados, que existen no sólo en función del ser humano, sino también con un valor propio y, por tanto, como dones que le han sido confiados para que custodiados y cultivados. Así, mientras se reserva al ser humano el concepto de dignidad, se debe afirmar al mismo tiempo la bondad creatural del resto del cosmos. Como subrayaba el Papa Francisco: «Precisamente por su dignidad única y por estar dotado de inteligencia, el ser humano está llamado a respetar lo creado con sus leyes internas [...]: "Toda criatura posee su bondad y su perfección propias [...] Las distintas criaturas, queridas en su ser propio, reflejan, cada una a su manera, un rayo de la sabiduría y de la bondad infinitas de Dios. Por esto, el hombre debe respetar la bondad propia de cada criatura para evitar un uso desordenado de las cosas"».[43] Todavía más, «hoy nos vemos obligados a reconocer que sólo es posible sostener un "antropocentrismo situado". Es decir, reconocer que la vida humana es incomprensible e insostenible sin las demás criaturas».[44] Desde esta perspectiva, «no es irrelevante para nosotros que desaparezcan tantas especies, que la crisis climática ponga en riesgo la vida de tantos seres».[45] Pertenece, de hecho, a la dignidad del hombre el cuidado del ambiente, teniendo en cuenta en particular aquella ecología humana que preserva su misma existencia.

La liberación del ser humano de condicionamientos morales y sociales

29. Estos requisitos previos básicos, por muy necesarios que sean, no bastan para garantizar el crecimiento de una persona en coherencia con su dignidad. Aun cuando «Dios ha creado al hombre racional confiriéndole la dignidad de una persona dotada de la iniciativa y del dominio de sus actos»[46] en vista del bien, el libre albedrío con frecuencia prefiere el mal al bien. Por eso la libertad humana necesita a su vez ser liberada. En la carta a los Gálatas, «para la libertad nos ha liberado Cristo» (Gal 5, 1), san Pablo recuerda la tarea propia de cada cristiano, sobre cuyos hombros descansa una responsabilidad de liberación que se extiende al mundo entero (cf. Rm 8,19ss). Se trata de una liberación que, desde el corazón de cada persona está llamada a difundirse y a manifestar su fuerza humanizadora en todas las relaciones.

30. La libertad es un don maravilloso de Dios. Incluso cuando nos atrae con su gracia, Dios lo hace de tal manera que nuestra libertad nunca se ve violentada. Por eso, sería un grave error pensar que, lejos de Dios y de su ayuda, podemos ser más libres y, en consecuencia, sentirnos más dignos. Desvinculada de su Creador, nuestra libertad sólo puede debilitarse y oscurecerse. Lo mismo ocurre si la libertad se imagina como independiente de cualquier referencia que no sea ella misma y se

percibe como una amenaza cualquier relación con una verdad precedente. Como consecuencia, también fracasará el respeto por la libertad y la dignidad de los demás. Así lo explicó el Papa Benedicto XVI: «una voluntad que se cree radicalmente incapaz de buscar la verdad y el bien no tiene razones objetivas y motivos para obrar, sino aquellos que provienen de sus intereses momentáneos y pasajeros; no tiene una "identidad" que custodiar y construir a través de las opciones verdaderamente libres y conscientes. No puede, pues, reclamar el respeto por parte de otras "voluntades", que también están desconectadas de su ser más profundo, y que pueden hacer prevalecer otras "razones" o incluso ninguna "razón". La ilusión de encontrar en el relativismo moral la clave para una pacífica convivencia, es en realidad el origen de la división y negación de la dignidad de los seres humanos».[47]

31. Además, no sería realista afirmar una libertad abstracta, libre de cualquier condicionamiento, contexto o límite. Por el contrario, «el recto ejercicio de la libertad personal exige unas determinadas condiciones de orden económico, social, jurídico, político y cultural»[48], que a menudo no se cumplen. En este sentido, podemos decir que unos son más "libres" que otros. El Papa Francisco se ha detenido especialmente en este punto: «algunos nacen en familias de buena posición económica, reciben buena educación, crecen bien alimentados, o poseen naturalmente capacidades destacadas. Ellos seguramente no necesitarán un Estado activo y sólo reclamarán libertad. Pero evidentemente no cabe la misma regla para una persona con discapacidad, para alguien que nació en un hogar extremadamente pobre, para alguien que creció con una educación de baja calidad y con escasas posibilidades de curar adecuadamente sus enfermedades. Si la sociedad se rige primariamente por los criterios de la libertad de mercado y de la eficiencia, no hay lugar para ellos, y la fraternidad será una expresión romántica más».[49] Por lo tanto, es indispensable comprender que «la liberación de las injusticias promueve la libertad y la dignidad humana»[50] en todos los niveles y relaciones de las acciones humanas. Para que sea posible una auténtica libertad «tenemos que volver a llevar la dignidad humana al centro y que sobre ese pilar se construyan las estructuras sociales alternativas que necesitamos».[51] Análogamente, la libertad se ve frecuentemente oscurecida por numerosos condicionamientos psicológicos, históricos, sociales, educativos y culturales. La libertad real e histórica siempre necesita ser "liberada". Y se deberá, también, reafirmar el derecho fundamental a la libertad religiosa.

32. Al mismo tiempo, es evidente que la historia de la humanidad muestra un progreso en la comprensión de la dignidad y la libertad de las personas, no sin sombras y peligros de involución. Testigo de ello es la creciente aspiración – también por influencia cristiana, que sigue siendo fermento incluso en una sociedad

cada vez más secularizada – a erradicar el racismo, la esclavitud y la marginación de mujeres, niños, enfermos y personas con discapacidad. Pero este arduo camino dista mucho de haber terminado.

4. Algunas violaciones graves de la dignidad humana

33. A la luz de las reflexiones hechas hasta ahora sobre la centralidad de la dignidad humana, esta última sección de la Declaración aborda algunas violaciones concretas y graves de la misma. Lo hace con el espíritu propio del magisterio de la Iglesia, que ha encontrado su expresión plena en el magisterio de los últimos Pontífices, como ya se ha recordado. Por ejemplo el Papa Francisco, por una parte, no se cansa de pedir el respeto de la dignidad humana: «todo ser humano tiene derecho a vivir con dignidad y a desarrollarse integralmente, y ese derecho básico no puede ser negado por ningún país. Lo tiene aunque sea poco eficiente, aunque haya nacido o crecido con limitaciones. Porque eso no menoscaba su inmensa dignidad como persona humana, que no se fundamenta en las circunstancias sino en el valor de su ser. Cuando este principio elemental no queda a salvo, no hay futuro ni para la fraternidad ni para la sobrevivencia de la humanidad».[52] Por otra parte, no deja nunca de señalar a todas las violaciones concretas de la dignidad humana en nuestro tiempo, llamando a todos y cada uno a una sacudida de responsabilidad y de compromiso activo.

34. Queriendo señalar algunas de las muchas violaciones de la dignidad humana en nuestro mundo contemporáneo, podemos recordar lo que el Concilio Vaticano II enseñó a este respecto. Hay que reconocer que se opone a la dignidad humana «cuanto atenta contra la vida – homicidios de cualquier clase, genocidios, aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado».[53] Atenta además contra nuestra dignidad «cuanto viola la integridad de la persona humana, como, por ejemplo, las mutilaciones, las torturas morales o físicas, los conatos sistemáticos para dominar la mente ajena».[54] Y finalmente «cuanto ofende a la dignidad humana, como son las condiciones infrahumanas de vida, las detenciones arbitrarias, las deportaciones, la esclavitud, la prostitución, la trata de blancas y de jóvenes; o las condiciones laborales degradantes, que reducen al operario al rango de mero instrumento de lucro, sin respeto a la libertad y a la responsabilidad de la persona humana».[55] Será necesario también mencionar aquí el tema de la pena de muerte:[56] también esta última viola la dignidad inalienable de toda persona humana más allá de cualquier circunstancia. Por el contrario, hay que reconocer que «el firme rechazo de la pena de muerte muestra hasta qué punto es posible reconocer la inalienable dignidad de todo ser humano y aceptar que tenga un lugar

en este universo. Ya que, si no se lo niego al peor de los criminales, no se lo negaré a nadie, daré a todos la posibilidad de compartir conmigo este planeta a pesar de lo que pueda separarnos».[57] También parece oportuno reiterar la dignidad de las personas encarceladas, que a menudo se ven obligadas a vivir en condiciones indignas, y que la práctica de la tortura atenta contra la dignidad de todo ser humano más allá de todo límite, incluso si alguien es culpable de delitos graves.

35. Sin pretender ser exhaustivos, a continuación, llamamos la atención sobre algunas violaciones graves de la dignidad humana que son de especial actualidad.

El drama de la pobreza

36. Uno de los fenómenos que más contribuye a negar la dignidad de tantos seres humanos es la pobreza extrema, ligada a la desigual distribución de la riqueza. Como ya fue subrayado por san Juan Pablo II, «una de las mayores injusticias del mundo contemporáneo consiste precisamente en esto: en que son relativamente pocos los que poseen mucho, y muchos los que no poseen casi nada. Es la injusticia de la mala distribución de los bienes y servicios destinados originariamente a todos.».[58] Además, sería ilusorio hacer una distinción superficial entre "Países ricos" y "Países pobres". Benedicto XVI ya reconoció, de hecho, que «la riqueza mundial crece en términos absolutos, pero aumentan también las desigualdades. En los países ricos, nuevas categorías sociales se empobrecen y nacen nuevas pobrezas. En las zonas más pobres, algunos grupos gozan de un tipo de superdesarrollo derrochador y consumista, que contrasta de modo inaceptable con situaciones persistentes de miseria deshumanizadora. Se sigue produciendo "el escándalo de las disparidades hirientes"»,.[59] donde la dignidad de los pobres es doblemente negada, tanto por la falta de recursos disponibles para satisfacer sus necesidades básicas, como por la indiferencia con que son tratados por quienes viven junto a ellos.

37. Por tanto, con el Papa Francisco hay que concluir que «aumentó la riqueza, pero con inequidad, y así lo que ocurre es que "nacen nuevas pobrezas". Cuando dicen que el mundo moderno redujo la pobreza, lo hacen midiéndola con criterios de otras épocas no comparables con la realidad actual».[60] Como resultado, la pobreza se extiende «de múltiples maneras, como en la obsesión por reducir los costos laborales, que no advierte las graves consecuencias que esto ocasiona, porque el desempleo que se produce tiene como efecto directo expandir las fronteras de la pobreza».[61] Entre estos «destructores efectos del Imperio del dinero»,.[62]

se debe reconocer que «no existe peor pobreza que aquella que priva del trabajo y de la dignidad del trabajo».[63] Si algunos nacen en un país o en una familia donde tienen menos oportunidades de desarrollo, hay que reconocer que eso está reñido con su dignidad, que es exactamente la misma que la de quienes nacen en una familia o en un país ricos. Todos somos responsables, aunque en diversos grados, de esta flagrante desigualdad.

La guerra

38. Otra tragedia que niega la dignidad humana es la que provoca la guerra, hoy como en todos los tiempos: «guerras, atentados, persecuciones por motivos raciales o religiosos, y tantas afrentas contra la dignidad humana [...] van "multiplicándose dolorosamente en muchas regiones del mundo, hasta asumir las formas de la que podría llamar una 'tercera guerra mundial en etapas'"».[64] Con su estela de destrucción y dolor, la guerra atenta contra la dignidad humana a corto y largo plazo: «incluso reafirmando el derecho inalienable a la legítima defensa, así como la responsabilidad de proteger aquellos cuya existencia está amenazada, debemos admitir que la guerra siempre es una "derrota de la humanidad". Ninguna guerra vale las lágrimas de una madre que ha visto a su hijo mutilado o muerto; ninguna guerra vale la pérdida de la vida, aunque sea de una sola persona humana, ser sagrado, creado a imagen y semejanza del Creador; ninguna guerra vale el envenenamiento de nuestra Casa Común; y ninguna guerra vale la desesperación de los que están obligados a dejar su patria y son privados, de un momento a otro, de su casa y de todos los vínculos familiares, de amistad, sociales y culturales que se han construido, a veces a través de generaciones».[65] Todas las guerras, por el mero hecho de contradecir la dignidad humana, son «conflictos que no resolverán los problemas, sino que los aumentarán».[66] Esto es aún más grave en nuestra época, en la que se ha convertido en normal que, fuera del campo de batalla, mueran tantos civiles inocentes.

39. En consecuencia, aún hoy la Iglesia no puede dejar de hacer suyas las palabras de los Pontífices, repitiendo con san Pablo VI: «¡Nunca jamás guerra! ¡Nunca jamás guerra!».[67] y pidiendo, junto a san Juan Pablo II, «a todos en nombre de Dios y en nombre del hombre: ¡no matéis! ¡No preparéis a los hombres destrucciones y exterminio! ¡Pensad en vuestros hermanos que sufren hambre y miseria! ¡Respetad la dignidad y la libertad de cada uno!».[68] Precisamente en nuestro tiempo, éste es el grito de la Iglesia y de toda la humanidad. Por último, el Papa Francisco subraya que «no podemos pensar en la guerra como solución, debido a que los riesgos probablemente siempre serán superiores a la hipotética utilidad

que se le atribuya. Ante esta realidad, hoy es muy difícil sostener los criterios racionales madurados en otros siglos para hablar de una posible "guerra justa". ¡Nunca más la guerra!». [69] Como la humanidad vuelve a caer a menudo en los mismos errores del pasado, «para construir la paz es necesario salir de la lógica de la legitimidad de la guerra». [70] La íntima relación que existe entre fe y dignidad humana hace contradictorio que se fundamente la guerra sobre convicciones religiosas: «quien invoca el nombre de Dios para justificar el terrorismo, la violencia y la guerra, no sigue el camino de Dios: la guerra en nombre de la religión es una guerra contra la religión misma». [71]

El trabajo de los emigrantes

40. Los emigrantes están entre las primeras víctimas de las múltiples formas de pobreza. No es solo que su dignidad viene negada en sus países, [72] sino que su misma vida es puesta en riesgo porque no tienen los medios para crear una familia, para trabajar o para alimentarse. [73] Una vez llegados a los países que deberían poder recibirlos, «no son considerados suficientemente dignos para participar en la vida social como cualquier otro, y se olvida que tienen la misma dignidad intrínseca de cualquier persona. [...] Nunca se dirá que no son humanos pero, en la práctica, con las decisiones y el modo de tratarlos, se expresa que se los considera menos valiosos, menos importantes, menos humanos». [74] Por tanto, es siempre urgente recordar que «todo emigrante es una persona humana que, en cuanto tal, posee derechos fundamentales inalienables que han de ser respetados por todos y en cualquier situación». [75] Su acogida es una forma importante y significativa de defender «la inalienable dignidad de cada persona humana más allá de su origen, color o religión». [76]

La trata de personas

41. La trata de personas también debe considerarse una grave violación de la dignidad humana. [77] Esto no constituye una novedad, pero su desarrollo adquiere dimensiones trágicas que están a la vista de todos, por lo que el Papa Francisco lo ha denunciado en términos particularmente enérgicos: «reafirmo que la "trata de personas" es una actividad innoBLE, una vergüenza para nuestras sociedades que se consideran civilizadas. ¡Explotadores y clientes a todos los niveles deberían hacer un serio examen de conciencia ante sí mismos y ante Dios! La Iglesia renueva hoy su fuerte llamamiento para que se defiendan siempre la dignidad y la

centralidad de toda persona, en el respeto de los derechos fundamentales, como destaca su doctrina social, y pide que los derechos se extiendan realmente allí donde no se los reconoce a millones de hombres y mujeres en todos los continentes. En un mundo en el que se habla mucho de derechos, ¡cuántas veces se ultraja de hecho la dignidad humana! En un mundo donde se habla tanto de derechos, parece que el dinero es el único que los tiene. Queridos hermanos y hermanas, vivimos en un mundo donde manda el dinero. Vivimos en un mundo, en una cultura donde reina el fetichismo del dinero».[78]

42. Por estos motivos, la Iglesia y la humanidad no deben abandonar la lucha contra fenómenos como el «comercio de órganos y tejidos humanos, explotación sexual de niños y niñas, trabajo esclavo, incluyendo la prostitución, tráfico de drogas y de armas, terrorismo y crimen internacional organizado. Es tal la magnitud de estas situaciones y el grado de vidas inocentes que va cobrando, que hemos de evitar toda tentación de caer en un nominalismo declaracionista con efecto tranquilizador en las conciencias. Debemos cuidar que nuestras instituciones sean realmente efectivas en la lucha contra todos estos flagelos».[79] Ante formas tan diversas y brutales de negación de la dignidad humana, es necesario ser cada vez más conscientes de que «la trata de personas es un crimen contra la humanidad».[80] Niega en sustancia la dignidad humana al menos de dos formas: «desfigura la humanidad de la víctima, ofendiendo su libertad y su dignidad. Pero, al mismo tiempo, deshumaniza a quienes la llevan a cabo».[81]

Los abusos sexuales

3. La profunda dignidad inherente al ser humano en su totalidad de mente y cuerpo nos permite comprender también por qué todo abuso sexual deja profundas cicatrices en el corazón de quienes lo sufren: éstos están, de hecho, heridos en su dignidad humana. Se trata de «sufrimientos que pueden llegar a durar toda la vida y a los que ningún arrepentimiento puede poner remedio. Este fenómeno está muy difundido en la sociedad, afecta también a la Iglesia y representa un serio obstáculo para su misión».[82] De ahí su inquebrantable compromiso de poner fin a cualquier tipo de abuso, empezando desde dentro.

Las violencias contra las mujeres

44. Las violencias contra las mujeres es un escándalo global, cada vez más reconocido. Aunque de palabra se reconoce la igual dignidad de la mujer, en algunos

países las desigualdades entre mujeres y varones son muy graves e incluso en los países más desarrollados y democráticos la realidad social concreta atestigua que a menudo no se reconoce a la mujer la misma dignidad que al varón. El Papa Francisco subraya este hecho cuando afirma que «la organización de las sociedades en todo el mundo todavía está lejos de reflejar con claridad que las mujeres tienen exactamente la misma dignidad e idénticos derechos que los varones. Se afirma algo con las palabras, pero las decisiones y la realidad gritan otro mensaje. Es un hecho que “doblemente pobres son las mujeres que sufren situaciones de exclusión, maltrato y violencia, porque frecuentemente se encuentran con menores posibilidades de defender sus derechos”».[83]

45. Ya san Juan Pablo II reconocía que «aún queda mucho por hacer para que el ser mujer y madre no comporte una discriminación. Es urgente alcanzar en todas partes la efectiva igualdad de los derechos de la persona y por tanto igualdad de salario respecto a igualdad de trabajo, tutela de la trabajadora-madre, justas promociones en la carrera, igualdad de los esposos en el derecho de familia, reconocimiento de todo lo que va unido a los derechos y deberes del ciudadano en un régimen democrático».[84] Las desigualdades en estos aspectos son distintas formas de violencia. También recordó que «es hora de condenar con determinación, empleando los medios legislativos apropiados de defensa, las formas de violencia sexual que con frecuencia tienen por objeto a las mujeres. En nombre del respeto de la persona no podemos además no denunciar la difundida cultura hedonística y comercial que promueve la explotación sistemática de la sexualidad, induciendo a chicas incluso de muy joven edad a caer en los ambientes de la corrupción y hacer un uso mercenario de su cuerpo».[85] Entre las formas de violencia ejercidas contra las mujeres, ¿cómo no mencionar la coacción al aborto, que afecta tanto a la madre como al hijo, tan a menudo para satisfacer el egoísmo de los varones? ¿Y cómo no mencionar también la práctica de la poligamia que – como recuerda el Catecismo de la Iglesia Católica – es contraria a la igual dignidad de mujeres y varones y también es contraria a «al amor conyugal que es único y exclusivo»?[86]

46. Es este horizonte de violencia contra las mujeres, no se condenará nunca de forma suficiente el fenómeno del feminicidio. En este frente, el compromiso de toda la comunidad internacional debe ser sólido y concreto, como ha reiterado el Papa Francisco: «el amor a María nos tiene que ayudar a generar actitudes de reconocimiento y gratitud frente a la mujer, frente a nuestras madres y abuelas que son un bastión en la vida de nuestras ciudades. Casi siempre silenciosas llevan la vida adelante. Es el silencio y la fuerza de la esperanza. Gracias por su testi-

monio [...] pero mirando a las madres y a las abuelas, quiero invitarlos a luchar contra una plaga que afecta a nuestro continente americano: los numerosos casos de feminicidio. Y son muchas las situaciones de violencia que quedan silenciadas detrás de tantas paredes. Los invito a luchar contra esta fuente de sufrimiento pidiendo que se promueva una legislación y una cultura de repudio a toda forma de violencia».[87]

El aborto

47. La Iglesia no cesa de recordar que «la dignidad de todo ser humano tiene un carácter intrínseco y vale desde el momento de su concepción hasta su muerte natural. Precisamente la afirmación de tal dignidad es el presupuesto irrenunciable para la tutela de una existencia personal y social, y también la condición necesaria para que la fraternidad y la amistad social puedan realizarse en todos los pueblos de la tierra».[88] Sobre la base de este valor intangible de la vida humana, el magisterio eclesial se ha siempre pronunciado contra el aborto. Al respecto escribe san Juan Pablo II: «entre todos los delitos que el hombre puede cometer contra la vida, el aborto procurado presenta características que lo hacen particularmente grave e ignominioso [...] Hoy, sin embargo, la percepción de su gravedad se ha ido debilitando progresivamente en la conciencia de muchos. La aceptación del aborto en la mentalidad, en las costumbres y en la misma ley es señal evidente de una peligrosísima crisis del sentido moral, que es cada vez más incapaz de distinguir entre el bien y el mal, incluso cuando está en juego el derecho fundamental a la vida. Ante una situación tan grave, se requiere más que nunca el valor de mirar de frente a la verdad y dellamar a las cosas por su nombre, sin ceder a compromisos de conveniencia o a la tentación de autoengaño. A este propósito resuena categórico el reproche del Profeta: “¡Ay, los que llaman al mal bien, y al bien mal!; que dan oscuridad por luz, y luz por oscuridad” (Is5, 20). Precisamente en el caso del aborto se percibe la difusión de una terminología ambigua, como la de “interrupción del embarazo”, que tiende a ocultar su verdadera naturaleza y a atenuar su gravedad en la opinión pública. Quizás este mismo fenómeno lingüístico sea síntoma de un malestar de las conciencias. Pero ninguna palabra puede cambiar la realidad de las cosas: el aborto procurado es la eliminación deliberada y directa, como quiera que se realice, de un ser humano en la fase inicial de su existencia, que va de la concepción al nacimiento».[89] Los niños que van a nacer «son los más indefensos e inocentes de todos, a quienes hoy se les quiere negar su dignidad humana en orden a hacer con ellos lo que se quiera, quitándoles la vida y promoviendo legislaciones para que nadie pueda impedirlo».[90] Se deberá, por

tanto, afirmar con total fuerza y claridad, también en nuestro tiempo, que «esta defensa de la vida por nacer está íntimamente ligada a la defensa de cualquier derecho humano. Supone la convicción de que un ser humano es siempre sagrado e inviolable, en cualquier situación y en cada etapa de su desarrollo. Es un fin en sí mismo y nunca un medio para resolver otras dificultades. Si esta convicción cae, no quedan fundamentos sólidos y permanentes para defender los derechos humanos, que siempre estarían sometidos a conveniencias circunstanciales de los poderosos de turno. La sola razón es suficiente para reconocer el valor inviolable de cualquier vida humana, pero si además la miramos desde la fe, "toda violación de la dignidad personal del ser humano grita venganza delante de Dios y se configura como ofensa al Creador del hombre"».[91] Merece mencionarse aquí el compromiso generoso y valiente de santa Teresa de Calcuta en defensa de todo concebido.

La maternidad subrogada

48. La Iglesia, también, se posiciona en contra de la práctica de la maternidad subrogada, mediante la cual el niño, inmensamente digno, se convierte en un mero objeto. A este respecto, las palabras del Papa Francisco son de una claridad única: «el camino hacia la paz exige el respeto de la vida, de toda vida humana, empezando por la del niño no nacido en el seno materno, que no puede ser suprimida ni convertirse en un producto comercial. En este sentido, considero deplorable la práctica de la llamada maternidad subrogada, que ofende gravemente la dignidad de la mujer y del niño; y se basa en la explotación de la situación de necesidad material de la madre. Un hijo es siempre un don y nunca el objeto de un contrato. Por ello, hago un llamamiento para que la Comunidad internacional se comprometa a prohibir universalmente esta práctica».[92]

49. La práctica de la maternidad subrogada viola, ante todo, la dignidad del niño. En efecto, todo niño, desde el momento de su concepción, de su nacimiento, y luego al crecer como joven, convirtiéndose en adulto, posee una dignidad intangible que se expresa claramente, aunque de manera singular y diferenciada, en cada etapa de su vida. Por tanto, el niño tiene derecho, en virtud de su dignidad inalienable, a tener un origen plenamente humano y no inducido artificialmente, y a recibir el don de una vida que manifieste, al mismo tiempo, la dignidad de quien la da y de quien la recibe. El reconocimiento de la dignidad de la persona humana implica también el reconocimiento de la dignidad de la unión conyugal y de la procreación humana en todas sus dimensiones. En este sentido, el deseo legítimo de tener un hijo no puede convertirse en un "derecho al hijo" que no respete la dignidad del propio hijo como destinatario del don gratuito de la vida.[93]

50. La práctica de la maternidad subrogada viola, al mismo tiempo, la dignidad de la propia mujer que o se ve obligada a ello o decide libremente someterse. Con esta práctica, la mujer se desvincula del hijo que crece en ella y se convierte en un mero medio al servicio del beneficio o del deseo arbitrario de otros. Esto se contrapone, totalmente, con la dignidad fundamental de todo ser humano y su derecho a ser reconocido siempre por sí mismo y nunca como instrumento para otra cosa.

La eutanasia y el suicidio asistido

51. Hay un caso particular de violación de la dignidad humana, más silencioso pero que está ganando mucho terreno. Tiene la peculiaridad de utilizar un concepto erróneo de la dignidad humana para volverla contra la vida misma. Esta confusión, muy común hoy en día, sale a la luz cuando se habla de eutanasia. Por ejemplo, las leyes que reconocen la posibilidad de la eutanasia o el suicidio asistido se denominan a veces "leyes de muerte digna" ("death with dignity acts"). Está muy extendida la idea de que la eutanasia o el suicidio asistido son compatibles con el respeto a la dignidad de la persona humana. Frente a este hecho, hay que reafirmar con fuerza que el sufrimiento no hace perder al enfermo esa dignidad que le es intrínseca e inalienablemente propia, sino que puede convertirse en una oportunidad para reforzar los lazos de pertenencia mutua y tomar mayor conciencia de lo preciosa que es cada persona para el conjunto de la humanidad.

52. Ciertamente, la dignidad del enfermo, en condiciones críticas o terminales, exige que todos realicen los esfuerzos adecuados y necesarios para aliviar su sufrimiento mediante unos cuidados paliativos apropiados y evitando cualquier encarnizamiento terapéutico o intervención desproporcionada. Estos cuidados responden al «constante deber de comprender las necesidades del enfermo: necesidad de asistencia, de alivio del dolor, necesidades emotivas, afectivas y espirituales».[94] Pero tal esfuerzo es totalmente distinto, diferente, incluso contrario a la decisión de eliminar la propia vida o la de los demás bajo el peso del sufrimiento. La vida humana, incluso en su condición dolorosa, es portadora de una dignidad que debe respetarse siempre, que no puede perderse y cuyo respeto permanece incondicional. En efecto, no hay condiciones en ausencia de las cuales la vida humana deje de ser digna y pueda, por tanto, suprimirse: «la vida tiene la misma dignidad y el mismo valor para todos y cada uno: el respeto de la vida del otro es el mismo que se debe a la propia existencia».[95] Ayudar al suicida a quitarse la vida es, por tanto, una ofensa objetiva contra la dignidad de la persona que lo pide, aunque con ello se cumpliera su deseo: «debemos acompañar a la muerte, pero no provocar la muerte o ayudar cualquier forma de suicidio. Recuerdo que se

debe privilegiar siempre el derecho al cuidado y al cuidado para todos, para que los más débiles, en particular los ancianos y los enfermos, nunca sean descartados. La vida es un derecho, no la muerte, que debe ser acogida, no suministrada. Y este principio ético concierne a todos, no solo a los cristianos o a los creyentes».[96] Como ya se ha dicho, la dignidad de cada persona, por débil o sufriente que sea, implica a la dignidad de todos.

El descarte de las personas con discapacidad

53. Un criterio para verificar la atención real a la dignidad de cada individuo es, obviamente, la atención prestada a los más desfavorecidos. Nuestro tiempo, por desgracia, no se distingue mucho por esa atención: en verdad, se está imponiendo una cultura del descarte.[97] Para contrarrestar esta tendencia, merece especial atención y solicitud la condición de quienes se encuentran en situación de déficit físico o psíquico. Esta condición de especial vulnerabilidad,[98] tan relevante en los relatos evangélicos, cuestiona universalmente lo que significa ser una persona humana, precisamente desde un estado de deficiencia o discapacidad. La cuestión de la imperfección humana tiene también claras implicaciones desde el punto de vista sociocultural, ya que, en algunas culturas, las personas con discapacidad sufren a veces marginación, cuando no opresión, al ser tratadas como auténticos "descartados". En realidad, todo ser humano, sea cual sea su condición de vulnerabilidad, recibe su dignidad por el hecho mismo de ser querido y amado por Dios. Por estas razones, debe fomentarse en la medida de lo posible la inclusión y la participación activa en la vida social y eclesial de todos aquellos que, de alguna manera, están marcados por la fragilidad o la discapacidad.[99]

54. En una perspectiva más amplia, se deberá recordar que la «caridad, corazón del espíritu de la política, es siempre un amor preferencial por los últimos, que está detrás de todas las acciones que se realicen a su favor los pobres [...] "preocuparse de la fragilidad, de la fragilidad de los pueblos y de las personas. Cuidar la fragilidad quiere decir fuerza y ternura, lucha y fecundidad, en medio de un modelo funcionalista y privatista que conduce inexorablemente a la 'cultura del descarte'. [...] Significa hacerse cargo del presente en su situación más marginal y angustiante, y ser capaz de dotarlo de dignidad". Así ciertamente se genera una actividad intensa, porque "hay que hacer lo que sea para salvaguardar la condición y dignidad de la persona humana"».[100]

La teoría de género

55. La Iglesia desea, ante todo, «reiterar que toda persona, independientemente de su tendencia sexual, ha de ser respetada en su dignidad y acogida con respeto, procurando evitar «todo signo de discriminación injusta», y particularmente cualquier forma de agresión y violencia».[101] Por ello, hay que denunciar como contrario a la dignidad humana que en algunos lugares se encarcele, torture e incluso prive del bien de la vida, a no pocas personas, únicamente por su orientación sexual.

56. Al mismo tiempo, la Iglesia destaca los decisivos elementos críticos presentes en la teoría de género. A este respecto, el Papa Francisco recordó: «el camino hacia la paz exige el respeto de los derechos humanos, según la sencilla pero clara formulación contenida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, cuyo 75 aniversario hemos celebrado recientemente. Se trata de principios racionalmente evidentes y comúnmente aceptados. Desgraciadamente, los intentos que se han producido en las últimas décadas de introducir nuevos derechos, no del todo compatibles respecto a los definidos originalmente y no siempre aceptables, han dado lugar a colonizaciones ideológicas, entre las que ocupa un lugar central la teoría de género, que es extremadamente peligrosa porque borra las diferencias en su pretensión de igualar a todos».[102]

57. Con respecto a la teoría de género, sobre cuya consistencia científica se debate mucho en la comunidad de expertos, la Iglesia recuerda que la vida humana, en todos sus componentes, físicos y espirituales, es un don de Dios, que debe ser acogido con gratitud y puesto al servicio del bien. Querer disponer de sí mismo, como prescribe la teoría de género, sin tener en cuenta esta verdad fundamental de la vida humana como don, no significa otra cosa que ceder a la vieja tentación de que el ser humano se convierta en Dios y entre en competencia con el verdadero Dios del amor que nos revela el Evangelio.

58. Un segundo aspecto sobre la teoría de género es que pretende negar la mayor diferencia posible entre los seres vivos: la diferencia sexual. Esta diferencia constitutiva no sólo es la mayor imaginable, sino también la más bella y la más poderosa: logra, en la pareja varón-mujer, la reciprocidad más admirable y es, por tanto, la fuente de ese milagro que nunca deja de asombrarnos que es la llegada de nuevos seres humanos al mundo.

59. En este sentido, el respeto del propio cuerpo y de aquel de los otros es esencial ante la proliferación y reivindicación de nuevos derechos que avanza la teoría de género. Esta ideología «presenta una sociedad sin diferencias de sexo, y vacía el fundamento antropológico de la familia».[103] Por tanto, resulta inaceptable que «algunas ideologías de este tipo, que pretenden responder a ciertas

aspiraciones a veces comprensibles, procuren imponerse como un pensamiento único que determine incluso la educación de los niños. No hay que ignorar que “el sexo biológico (sex) y el papel sociocultural del sexo (gender), se pueden distinguir pero no separar”.[104] Por lo tanto, debe rechazarse todo intento de ocultar la referencia a la evidente diferencia sexual entre hombres y mujeres: «no podemos separar lo que es masculino y femenino de la obra creada por Dios, que es anterior a todas nuestras decisiones y experiencias, donde hay elementos biológicos que es imposible ignorar».[105] Sólo cuando cada persona humana puede reconocer y aceptar esta diferencia en reciprocidad es capaz de descubrirse plenamente a sí misma, su dignidad y su identidad.

El cambio de sexo

60. La dignidad del cuerpo no puede considerarse inferior a la de la persona como tal. El Catecismo de la Iglesia Católica nos invita expresamente a reconocer que «el cuerpo del hombre participa de la dignidad de la “imagen de Dios”».[106] Tal verdad merece ser recordada especialmente cuando se trata del cambio de sexo. En efecto, el ser humano está inseparablemente compuesto de cuerpo y alma, y el cuerpo es el lugar vivo donde se despliega y manifiesta la interioridad del alma, incluso a través de la red de relaciones humanas. Constituyendo el ser de la persona, alma y cuerpo participan así de esa dignidad que caracteriza a todo ser humano.[107] En este sentido, hay que recordar que el cuerpo humano participa de la dignidad de la persona, ya que está dotado de significados personales, especialmente en su condición sexual.[108] Es en el cuerpo, de hecho, donde cada persona se reconoce generada por los demás, y es a través de su cuerpo que el varón y la mujer pueden establecer una relación de amor capaz de generar a otras personas. Sobre la necesidad de respetar el orden natural de la persona humana, el Papa Francisco enseña que «lo creado nos precede y debe ser recibido como don. Al mismo tiempo, somos llamados a custodiar nuestra humanidad, y eso significa ante todo aceptarla y respetarla como ha sido creada».[109] De ahí que toda operación de cambio de sexo, por regla general, corra el riesgo de atentar contra la dignidad única que la persona ha recibido desde el momento de la concepción. Esto no significa que se excluya la posibilidad que una persona afectada por anomalías genitales, que ya son evidentes al nacer o que se desarrollan posteriormente, pueda optar por recibir asistencia médica con el objetivo de resolver esas anomalías. En este caso, la operación no constituiría un cambio de sexo en el sentido que aquí se entiende.

La violencia digital

61. El avance de las tecnologías digitales, aunque ofrece muchas posibilidades para promover la dignidad humana, tiende cada vez más a crear un mundo en el que crecen la explotación, la exclusión y la violencia, que pueden llegar a atentar contra la dignidad de la persona humana. Basta pensar en lo fácil que es, a través de estos medios, poner en peligro la buena reputación de cualquier persona con noticias falsas y calumnias. Sobre este punto el Papa Francisco subraya que «no es sano confundir la comunicación con el mero contacto virtual. De hecho, el ambiente digital también es un territorio de soledad, manipulación, explotación y violencia, hasta llegar al caso extremo del dark web. Los medios de comunicación digitales pueden exponer al riesgo de dependencia, de aislamiento y de progresiva pérdida de contacto con la realidad concreta, obstaculizando el desarrollo de relaciones interpersonales auténticas. Nuevas formas de violencia se difunden mediante lossocial media, por ejemplo el ciberacoso; laweb también es un canal de difusión de la pornografía y de explotación de las personas para fines sexuales o mediante el juego de azar”».[110] Y así es como, allí donde crecen las posibilidades de conexión, ocurre paradójicamente que todo el mundo se encuentra en realidad cada vez más aislado y empobrecido de relaciones interpersonales: «en la comunicación digital se quiere mostrar todo y cada individuo se convierte en objeto de miradas que hurgan, desnudan y divulgan, frecuentemente de manera anónima. El respeto al otro se hace pedazos y, de esa manera, al mismo tiempo que lo desplazo, lo ignoro y lo mantengo lejos, sin pudor alguno puedo invadir su vida hasta el extremo».[111]Estas tendencias representan el lado oscuro del progreso digital.

62. Desde esta perspectiva, si la tecnología ha de estar al servicio de la dignidad humana y no perjudicarla, y si ha de promover la paz en lugar de la violencia, la comunidad humana debe ser proactiva a la hora de abordar estas tendencias respetando la dignidad humana y promover el bien: «en este mundo globalizado “los medios de comunicación pueden ayudar a que nos sintamos más cercanos los unos de los otros, a que percibamos un renovado sentido de unidad de la familia humana que nos impulse a la solidaridad y al compromiso serio por una vida más digna para todos. [...] Pueden ayudarnos en esta tarea, especialmente hoy, cuando las redes de la comunicación humana han alcanzado niveles de desarrollo inauditos. En particular, internet puede ofrecer mayores posibilidades de encuentro y de solidaridad entre todos; y esto es algo bueno, es un don de Dios”. Pero es necesario verificar constantemente que las actuales formas de comunicación nos orienten efectivamente al encuentro generoso, a la búsqueda sincera de la verdad íntegra, al servicio, a la cercanía con los últimos, a la tarea de construir el bien común».[112]

CONCLUSIÓN

63. En el 75 aniversario de la promulgación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), el Papa Francisco reiteró que ese documento «es como una vía maestra, sobre la que se han dado muchos pasos adelante, pero faltan todavía tantos, y a veces, desafortunadamente, se vuelve atrás. ¡El compromiso con los derechos humanos nunca se acaba! A este respecto, estoy cerca de todos aquellos que, sin proclamas, en la vida concreta de cada día luchan y pagan en persona por defender los derechos de los que no cuentan».[113]

64. Es en este espíritu, con esta Declaración, en el que la Iglesia exhorta ardentemente a que el respeto de la dignidad de la persona humana, más allá de toda circunstancia, se sitúe en el centro del compromiso por el bien común y de todo ordenamiento jurídico. En efecto, el respeto de la dignidad de todos y de cada uno, es la base indispensable para la existencia misma de toda sociedad que pretenda fundarse en el derecho justo y no en la fuerza del poder. Es sobre la base del reconocimiento de la dignidad humana como se sostienen los derechos humanos fundamentales, que preceden y sustentan toda convivencia civilizada.[114]

65. Cada persona individual y, al mismo tiempo, cada comunidad humana tiene, por tanto, la tarea de la realización concreta y efectiva de la dignidad humana, mientras que corresponde a los Estados no sólo protegerla, sino también garantizar las condiciones necesarias para que florezca en la promoción integral de la persona humana: «en la actividad política hay que recordar que “más allá de toda apariencia, cada uno es inmensamente sagrado y merece nuestro cariño y nuestra entrega”».[115]

66. También hoy, ante tantas violaciones de la dignidad humana, que amenazan gravemente el futuro de la humanidad, la Iglesia no cesa de alentar la promoción de la dignidad de toda persona humana, cualesquiera que sean sus cualidades físicas, psíquicas, culturales, sociales y religiosas. Lo hace con esperanza, segura de la fuerza que brota de Cristo resucitado, que ha llevado ya a su plenitud definitiva la dignidad integral de todo varón y de toda mujer. Esta certeza se convierte en un llamamiento en las palabras del Papa Francisco a cada uno de nosotros: «a cada persona de este mundo le pido que no olvide esa dignidad suya que nadie tiene derecho a quitarle».[116]

El Sumo Pontífice Francisco, en la Audiencia concedida al suscrito Prefecto junto al Secretario para la Sección Doctrinal del Dicasterio para la Doctrina de la Fe, el día de 25 marzo de 2024, ha aprobado la presente Declaración, decidida en la Sesión Ordinaria de este Dicasterio con fecha 28 de febrero de 2024, y ha

ordenado su publicación.

Dado en Roma, en la sede del Dicasterio para la Doctrina de la Fe, el 2 de abril de 2024, 19° aniversario de la muerte de san Juan Pablo II.

Víctor Manuel Card. Fernández
Prefecto

Mons. Armando Matteo
Secretario para la Sección Doctrinal

REFERENCIAS

- [1] S. Juan Pablo II, *Ángelus con personas con discapacidad en la Iglesia Catedral de Osnabrück* (16 noviembre 1980): *Insegnamenti III/2* (1980), 1232.
- [2] Francisco, *Exhort. ap. Laudate Deum* (4 octubre 2023), n. 39: *L'Osservatore Romano* (4 octubre 2023), III.
- [3] En el 1948, las Naciones Unidas adoptaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que se compone de treinta artículos. La palabra "dignidad" aparece cinco veces, en puntos estratégicos: en las primeras palabras del Preámbulo y en la primera frase del Artículo Primero. Esta dignidad viene declarada como «intrínseca [...] a todos los miembros de la familia humana» (Preámbulo) y «todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos» (Artículo 1).
- [4] Atendiendo solo a la época moderna, se ve como la Iglesia ha progresivamente acentuado la importancia de la dignidad humana. El tema fue desarrollado especialmente en la Encíclica *Rerum novarum* (1891) de Papa León XIII, en la Encíclica *Quadragesimo anno* (1931) de Papa Pío XI y en el Discurso al Congreso de la Unión Católica Italiana de Obstetras (1951) de Papa Pío XII. Después, el Concilio Vaticano II ha profundizado de modo particular esta temática, dedicando un documento completo al tema con la Declaración *Dignitatis Humanae* (1965) y discutiendo también sobre la libertad humana en la Constitución pastoral *Gaudium et Spes* (1965).
- [5] S. Pablo VI, *Audiencia general* (4 septiembre 1968): *Insegnamenti VI* (1968), 886.
- [6] S. Juan Pablo II, *Discurso a la III Conferencia General del Episcopado Latinoamericano* (28 enero 1979), III.1-III.2: *Insegnamenti II/1* (1979), 202-203.
- [7] Benedicto XVI, *Discurso a los participantes a la Asamblea General de la Pontificia Academia para la Vida* (13 febrero 2010): *Insegnamenti VI/1* (2011), 218.
- [8] Benedicto XVI, *Discurso a los participantes de la reunión del Banco del Desarrollo del Consejo de Europa*, (12 junio 2010): *Insegnamenti VI/1* (2011), 912-913.
- [9] Francisco, *Exhort. ap. Evangelii gaudium* (24 noviembre 2013), n. 178: *AAS* 105 (2013), 1094, que cita a S. Juan Pablo II, *Ángelus con personas con discapacidad en la Iglesia Catedral de Osnabrück* (16 noviembre 1980): *Insegnamenti III/2* (1980), 1232.
- [10] Francisco, *Cart. enc. Fratelli tutti* (3 octubre 2020), n. 8: *AAS* 112 (2020), 971.
- [11] *Ibidem*, n. 277: *AAS* 112 (2020), 1069.

[12] *Ibidem*, n. 213: AAS 112 (2020), 1045.

[13] *Ibidem*, n. 213: AAS 112 (2020), 1045, que cita Francisco, Mensaje a los participantes en la Conferencia internacional "Los derechos humanos en el mundo contemporáneo: conquistas, omisiones, negaciones" (10 diciembre 2018): *L'Osservatore Romano* (10-11 diciembre 2018), 8.

[14] La Declaración del 1948 de las Naciones Unidas fue desarrollada y posteriormente profundizada por el Pacto internacional de las Naciones Unidas sobre los derechos civiles y políticos del 1966 y del Acto final de la Conferencia sobre la seguridad y la cooperación en Europa del 1975.

[15] Cf. Comisión Teológica Internacional, *Dignidad y derechos de la persona humana* (1983), Introducción, 3. Un compendio de la doctrina católica sobre la dignidad humana puede encontrarse en el Catecismo de la Iglesia Católica, en el capítulo titulado "La dignidad de la persona humana", nn. 1700-1876.

[16] Francisco, *Cart. enc. Fratelli tutti* (3 octubre 2020), n. 22: AAS 112 (2020), 976.

[17] Boecio, *Contra Eutychen et Nestorium*, c. 3: PL 64, 1344: «persona est rationalis naturae individua substantia». Cf. S. Buenaventura, *In I Sent.*, d. 25, a. 1, q. 2; S. Tomás de Aquino, *Summa Theologiae*, I, q. 29, a. 1, resp.

[18] Puesto que no es el propósito de esta Declaración elaborar un tratado exhaustivo sobre la noción de dignidad, en aras de la brevedad sólo se menciona aquí, a modo de ejemplo, la llamada cultura clásica griega y romana, como punto de referencia de la reflexión filosófica y teológica de los primeros cristianos.

[19] Cf. por ej. Cicerón *De Officiis* I, 105-106: «Sed pertinet ad omnem officii quaestionem semper in promptu habere, quantum natura hominis pecudibus reliquisque beluis antecedit [...] Atque etiam si considerare volumus, quae sit in natura excellentia et dignitas, intellegemus, quam sit turpe diffluere luxuria et delicate ac molliter vivere quamque honestum parce, continenter, severe, sobrie»; (*Scriptorum Latinorum Bibliotheca Oxoninsis*, ed. M. Winterbottom, Oxford 1994, p.43). Esta es la traducción española «incumbe al asunto entero del deber el tener siempre a la vista cuánto ventaja la naturaleza humana a la del ganado y las restantes bestias [...] Y también, si queremos considerar qué son la excelencia y dignidad enraizadas por naturaleza, entenderemos qué burdo es desgastarse en el vicio y vivir entre melindres y molicie, y qué honorable hacerlo de modo frugal, sobrio, serio y austero» (*Los Deberes*, tr. española I. J. García Pinilla, Biblioteca Clásica Gredos – 414, Madrid 2014).

[20] Cf. S. Pablo VI, Discurso en la Peregrinación a Tierra Santa: Visita a la Basílica de la Anunciación en Nazaret (5 enero 1964): AAS 56 (1964), 166-170.

[21] Entre las innumerables referencias, cf. por ej. S. Clemente de Roma, 1 Clem. 33, 4s: PG 1, 273; Teófilo de Antioquía, Ad Aut. I, 4: PG 6, 1029; S. Clemente de Alejandría, Strom. III, 42,5-6: PG 8, 1145; VI, 72, 2: PG 9, 293; S. Ireneo de Lyon, Adv. Haer. V, 6,1: PG 7, 1137-1138; Orígenes, De princ. III, 6,1: PG 11, 333; S. Agustín, De Gen. ad litt. VI, 12: PL 34, 348; De Trin. XIV, 8, 11: PL 42, 1044 – 1405.

[22] S. Tomás de Aquino, Summa Theologiae, I, q. 29, a. 3, resp.: «persona significat id, quod est perfectissimum in tota natura, scilicet subsistens in rationali natura».

[23] Basta pensar en Giovanni Pico della Mirandola y su conocido texto Oratio de hominis dignitate (1486).

[24] Para un pensador hebreo como E. Levinas (1906-1995), el ser humano viene cualificado por su libertad en la medida en que se descubre infinitamente responsable del otro ser humano.

[25] Algunos grandes pensadores cristianos del siglo XIX y XX, como S. J.H. Newman, el beato A. Rosmini, J. Maritain, E. Mounier, K. Rahner, H.-U. von Balthasar, y otros, han logrado proponer una visión del hombre que puede dialogar válidamente con todas las corrientes de pensamiento de nuestro inicio del siglo XXI, cualquiera que sea su inspiración, incluso postmoderna.

[26] Por este motivo, la «Declaración universal de los derechos del hombre [...] indica implícitamente que la fuente de los derechos humanos inalienables se sitúa en la dignidad de toda persona humana»: Comisión Teológica Internacional, En busca de una ética universal: nueva perspectiva sobre la ley natural (2009), n. 115.

[27] Concilio Ecuménico Vaticano II, Const. past. Gaudium et Spes (7 diciembre 1965), n. 26: AAS 58 (1966), 1046; todo el primer capítulo de la primera parte de la Constitución (nn. 11-22) viene dedicado a la "Dignidad de la persona humana".

[28] Concilio Ecuménico Vaticano II, Declar. Dignitatis Humanae (7 diciembre 1965), n. 1: AAS 58 (1966), 929.

[29] *Ibidem*, n. 2: AAS 58 (1966), 931.

[30] Congregación para la Doctrina de la Fe, Instruc. Dignitas personae (8 septiembre 2008), n. 7: AAS 100 (2008), 863. Cf. también S. Ireneo de Lyon, Adv. Haer. V, 16, 2: PG 7, 1167-1168.

[31] Puesto que «el Hijo de Dios con su encarnación se ha unido, en cierto modo, con todo hombre.» (Concilio Ecuménico Vaticano II, Const. past. *Gaudium et Spes* (7 diciembre 1965), n. 22: AAS 58 (1966), 1042), la dignidad de todo hombre nos viene revelada en su plenitud por Cristo.

[32] Concilio Ecuménico Vaticano II, Const. past. *Gaudium et Spes* (7 diciembre 1965), n. 19: AAS 58 (1966), 1038.

[33] S. Juan Pablo II, Cart. enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 38: AAS 87 (1995), 443, que cita S. Ireneo de Lyon, *Adv. Haer.* IV, 20,7: PG 7, 1037-1038.

[34] De hecho, Cristo dio a los bautizados una nueva dignidad, la de "hijos de Dios": cf. Catecismo de la Iglesia Católica nn. 1213, 1265, 1270, 1279.

[35] Concilio Ecuménico Vaticano. II, Declar. *Dignitatis Humanae* (7 diciembre 1965), n. 9: AAS 58 (1966), 935.

[36] Cf. S. Ireneo de Lyon, *Adv. Haer.* V, 6, 1. V, 8, 1. V, 16, 2: PG 7, 1136-1138. 1141-1142. 1167-1168; S. Juan Damasceno, *De fide orth.* 2, 12: PG 94, 917-930.

[37] Benedicto XVI, Discurso en Westminster Hall (17 septiembre 2010): *Insegnamenti VI/2* (2011), 240.

[38] Francisco, Audiencia general (12 agosto 2020): *L'Osservatore Romano* (13 agosto 2020), 8, que cita S. Juan Pablo II, Discurso a la Asamblea General de las Naciones Unidas (2 octubre 1979), 7 y 2 e e Id., Discurso a la Asamblea General de las Naciones Unidas (5 octubre 1995), 2.

[39] Cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, *Instruc. Dignitas personae* (8 septiembre 2008), n. 8: AAS 100 (2008), 863-864.

[40] Comisión Teológica Internacional, *La libertad religiosa para el bien de todos* (2019), n. 38.

[41] Cf. Francisco, Discurso a los Miembros del Cuerpo Diplomático acreditado ante la Santa Sede para la presentación de las felicitaciones por el Año Nuevo (8 enero 2024): *L'Osservatore Romano* (8 enero 2024), 3.

[42] Cf. S. Juan Pablo II, Cart. enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 19: AAS 87 (1995), 422.

[43] Francisco, Cart. enc. *Laudato si'* (24 mayo 2015), n. 69: AAS 107 (2015), 875, que cita el Catecismo de la Iglesia Católica, n. 339.

[44] Francisco, Exhort. ap. *Laudate Deum* (4 octubre 2023), n. 67: *L'Osservatore Romano* (4 octubre 2023), IV.

[45] *Ibidem*, n. 63: *L'Osservatore Romano* (4 octubre 2023), IV.

[46] *Catecismo de la Iglesia Católica*, n. 1730.

[47] Benedicto XVI, Mensaje para la celebración de la 44a Jornada mundial por la Paz (1 enero 2011), n. 3 *Insegnamenti VI/2* (2011), 979.

[48] Pontificio Consejo de Justicia y Paz, *Compendio de la Doctrina social de la Iglesia*, n. 137.

[49] Francisco, Cart. enc. *Fratelli tutti* (3 octubre 2020), n. 109: *AAS 112* (2020), 1006.

[50] Pontificio Consejo de Justicia y Paz, *Compendio de la Doctrina social de la Iglesia*, n. 137.

[51] Francisco, Discurso a los participantes al Encuentro mundial de movimientos populares (28 octubre 2014): *AAS 106* (2014), 858.

[52] Francisco, Cart. enc. *Fratelli tutti* (3 octubre 2020), n. 107: *AAS 112* (2020), 1005-1006.

[53] Concilio Ecueménico Vaticano II, Const. past. *Gaudium et Spes* (7 diciembre 1965), n. 27: *AAS 58* (1966), 1047.

[54] *Ibidem*.

[55] *Ibidem*.

[56] Cf. *Catecismo de la Iglesia Católica*, n. 2267 y Congregación para la Doctrina de la Fe, Carta a los obispos sobre la nueva redacción del n. 2267 del *Catecismo de la Iglesia Católica* sobre la pena de muerte (1 agosto 2018), nn. 7-8.

[57] Francisco, Cart. enc. *Fratelli tutti* (3 octubre 2020), n. 269: *AAS 112* (2020), 1065.

[58] S. Juan Pablo II, Cart. enc. *Sollicitudo rei socialis* (30 diciembre 1987), n. 28: *AAS 80* (1988), 549.

[59] Benedicto XVI, Carta. enc. *Caritas in veritate* (29 junio 2009), n. 22: *AAS 101* (2009), 657, que cita S. Pablo VI, Cart. enc. *Populorum progressio* (26 marzo 1967), n. 9: *AAS 59* (1967), 261-262.

[60] Francisco, Cart. enc. Fratelli tutti (3 octubre 2020), n. 21: AAS 112 (2020), 976, que cita Benedetto XVI, Cart. enc. Caritas in veritate (29 junio 2009), n. 22: AAS 101 (2009), 657.

[61] Francisco, Cart. enc. Fratelli tutti (3 octubre 2020), n. 20: AAS 112 (2020), 975-976. Cf. también la "Oración al Creador" al final de la misma Encíclica.

[62] *Ibidem*, n. 116: AAS 112 (2020), 1009, que cita Francisco, Discurso a los participantes al Encuentro mundial de movimientos populares (28 octubre 2014): AAS 106 (2014), 851-852.

[63] Francisco, Cart. enc. Fratelli tutti (3 octubre 2020), n. 162: AAS 112 (2020), 1025, que cita Francisco, Discurso a los miembros del Cuerpo diplomático acreditado ante la Santa Sede (12 enero 2015): AAS 107 (2015), 265.

[64] Francisco, Cart. enc. Fratelli tutti (3 octubre 2020), n. 25: AAS 112 (2020), 978, que cita Francisco, Mensaje en la 49ª Jornada mundial por la Paz (1 enero 2016): AAS 108 (2016), 49.

[65] Francisco, Mensaje a los participantes a la VI Edición del "Fórum de Paris sobre la Paz" (10 noviembre 2023): L'Osservatore Romano (10 noviembre 2023), 7, que cita *Id.*, Audiencia general (23 marzo 2022): L'Osservatore Romano (23 marzo 2022), 3.

[66] Francisco, Discurso a la Conferencia de las Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (COP 28) (2 diciembre 2023): L'Osservatore Romano (2 diciembre 2023), 2.

[67] Cf. S. Pablo VI, Discurso a las Naciones Unidas (4 octubre 1965): AAS 57 (1965), 881.

[68] S. Juan Pablo II, Cart. enc. Redemptor hominis (4 marzo 1979), n. 16: AAS 71 (1979), 295.

[69] Francisco Cart. enc. Fratelli tutti (3 octubre 2020), n. 258: AAS 112 (2020), 1061.

[70] Francisco, Discurso al Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (14 junio 2023): L'Osservatore Romano (15 junio 2023), 8.

[71] Francisco, Discurso en la Jornada mundial de Oración por la Paz (20 septiembre 2016): L'Osservatore Romano (22 septiembre 2016), 5.

[72] Cf. Francisco, Cart. enc. Fratelli tutti (3 octubre 2020), n. 38: AAS 112 (2020), 983: «Por consiguiente, también, "hay que reafirmar el derecho a no emigrar,

es decir, a tener las condiciones para permanecer en la propia tierra», que cita Benedicto XVI, Mensaje por la 99ª Jornada mundial del Emigrante y del Refugiado (12 octubre 2012): AAS 104 (2012), 908.

[73] Cf. Francisco, Cart. enc. Fratelli tutti (3 octubre 2020), n. 38: AAS 112 (2020), 982-983.

[74] *Ibidem*, n. 39: AAS 112 (2020), 983.

[75] Benedicto XVI, Cart. enc. Caritas in veritate (29 junio 2009), n. 62: AAS 101 (2009), 697.

[76] Francisco, Cart. enc. Fratelli tutti (3 octubre 2020), n. 39: AAS 112 (2020), 983.

[77] Puede ser útil aquí recordar la declaración de Pablo III sobre la dignidad de los hombres que se encuentran en las tierras del "Nuevo Mundo" en la Bulla Pastoralis officium (29 mayo 1537), donde establece – bajo pena de excomunión – que los habitantes de aquellos territorios, «incluso si se encuentran fuera del seno de la Iglesia no estén privados [...] de su libertad o del dominio sobre sus bienes, puesto que son hombres y por eso capaces de fe y salvación» [«licet extra gremium Ecclesiae existant, non tamen sua libertate, aut rerum suarum dominio [...] privandos esse, et cum homines, ideoque fidei et salutis capaces sint»]: DH 1495.

[78] Francisco, Discurso a los participantes a la Plenaria del Pontificio Consejo de la Pastoral para los Emigrantes y los Itinerantes (24 mayo 2013): AAS 105 (2013), 470-471.

[79] Francisco, Discurso a la Organización de las Naciones Unidas (25 septiembre 2015): AAS 107 (2015), 1039.

[80] Francisco, Discurso a un grupo de Embajadores con ocasión de la presentación de las Cartas Credenciales (12 diciembre 2013): L'Osservatore Romano (13 diciembre 2013), 8.

[81] Francisco, Discurso a los participantes en la Conferencia internacional sobre la trata de personas (11 abril 2019): AAS 111 (2019), 700.

[82] Documento Final de la XV Asamblea General Ordinaria del Sínodo de los Obispos, (27 octubre 2018), n. 29.

[83] Francisco, Cart. enc. Fratelli tutti (3 octubre 2020), n. 23: AAS 112 (2020), 977, que cita *Id.*, Exhort. ap. Evangelii gaudium (24 noviembre 2013), n. 212: AAS 105 (2013), 1108.

[84] S. Juan Pablo II, Carta a las mujeres (29 junio 1995), n. 4: *Insegnamenti XVIII/1* (1997), 1874.

[85] *Ibidem*, n. 5: *Insegnamenti XVIII/1* (1997), 1875.

[86] Catecismo de la Iglesia Católica, n. 1645.

[87] Francisco, Discurso con ocasión de la Celebración Mariana – Virgen De La Puerta (20 enero 2018): AAS 110 (2018), 329.

[88] Francisco, Discurso a los participantes en la Asamblea Plenaria de la Congregación para la Doctrina de la Fe (21 enero 2022): *L'Osservatore Romano* (21 enero 2022), 8.

[89] S. Juan Pablo II, Cart. enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), 58: AAS 87 (1995), 466-467. Sobre el tema del respeto debido a los embriones humanos, se vea tema del respeto debido a los embriones humanos, Congregación para la Doctrina de la Fe, Instruc. *Donum vitae* (22 febrero 1987): «La praxis de mantener en vida embriones humanos, in vivo o in vitro, para fines experimentales o comerciales, es completamente contraria a la dignidad humana» (I, 4): AAS 80 (1988), 82.

[90] Francisco, Exhort. ap. *Evangelii gaudium* (24 noviembre 2013), 213: AAS 105 (2013), 1108.

[91] *Ibidem*.

[92] Francisco, Discurso a los miembros del Cuerpo Diplomático acreditado ante la Santa Sede para la presentación de las felicitaciones por el Año Nuevo (8 enero 2024): *L'Osservatore Romano* (8 enero 2024), 3.

[93] Cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, Instruc. *Dignitas Personae* (8 septiembre 2008), n. 16: AAS 100 (2008), 868-869. A todos estos aspectos se refiere precisamente la Instrucción de la entonces Congregación para la Doctrina de la Fe titulada *Donum vitae* (22 febrero 1987): AAS 80 (1988), 71-102.

[94] Congregación para la Doctrina de la Fe, Cart. *Samaritanus bonus* (14 julio 2020), V, n. 4: AAS 112 (2020), 925.

[95] Cf. *Ibidem*, V, n.1: AAS 112 (2020), 919.

[96] Francisco, Audiencia general (9 febrero 2022): *L'Osservatore Romano* (9 febrero 2022), 3.

[97] Cf. sobre todo, Francisco, Cart. enc. *Fratelli tutti* (3 octubre 2020), nn. 18-21: AAS 112 (2020), 975-976: "El descarte mundial". El n. 188 de la misma Encíclica llega a identificar una "cultura del descarte".

[98] Cf. Francisco, Discurso a los participantes al Congreso promovido por el Pontificio Consejo para la Promoción de la Nueva Evangelización (21 octubre 2017): *L'Osservatore Romano* (22 octubre 2017), 8: «La vulnerabilidad pertenece a la esencia del ser humano».

[99] Cf. Francisco, Mensaje para el Día internacional de las personas con discapacidad (3 diciembre 2020): AAS 112 (2020), 1185-1186.

[100] Francisco, Cart. enc. *Fratelli tutti* (3 octubre 2020), nn. 187-188: AAS 112 (2020), 1035-1036, que cita *Id.*, Discurso al Parlamento Europeo, Strasburgo (25 noviembre 2014): AAS 106 (2014), 999, e *Id.*, Discurso a la clase dirigente y al Cuerpo diplomático, Bangui – República Centroafricana (29 noviembre 2015): AAS 107 (2015) 1320.

[101] Francisco, Exhort. ap. *Amoris laetitia* (19 marzo 2016), n. 250: AAS 108 (2016), 412-413, que cita el Catecismo de la Iglesia Católica, n. 2358.

[102] Francisco, Discurso a los miembros del Cuerpo Diplomático acreditado ante la Santa Sede para la presentación de felicitaciones por el Año Nuevo (8 enero 2024): *L'Osservatore Romano* (8 enero 2024), 3.

[103] Francisco, Exhort. ap. *Amoris laetitia* (19 marzo 2016), n. 56: AAS 108 (2016), 334.

[104] *Ibidem*, que cita XIV Asamblea General Ordinaria del Sínodo de los Obispos, *Relatio finalis* (24 octubre 2015), 58.

[105] Francisco, Exhort. ap. *Amoris laetitia* (19 marzo 2016), n. 286: AAS 108 (2016), 425.

[106] Catecismo de la Iglesia Católica, n. 364.

[107] Esto vale también para el respeto debido a los cuerpos de los difuntos; cf. por ej., Congregación para la Doctrina de la Fe, *Instruc. Ad resurgendum cum Christo* (15 agosto 2016), n. 3: AAS 108 (2016), 1290: «Enterrando los cuerpos de los fieles difuntos, la Iglesia confirma su fe en la resurrección de la carne, y pone de relieve la alta dignidad del cuerpo humano como parte integrante de la persona con la cual el cuerpo comparte la historia». De modo más completo, cf. también, Comisión Teológica Internacional *Algunas cuestiones actuales de escatología* (1990), n. 5: «El hombre llamado a la resurrección».

[108] Cf. Francisco, Cart. enc. *Laudato si'* (24 maggio 2015), n. 155: AAS 107 (2015), 909.

[109] Francisco, Exhort. ap. *Amoris laetitia* (19 marzo 2016), n. 56: AAS 108 (2016), 344.

[110] Francisco, Exhort. ap. *Christus vivit* (25 marzo 2019), n. 88: AAS 111 (2019), 413, que cita el Documento Final de la XV Asamblea General Ordinaria del Sínodo de los Obispos (27 octubre 2018), n. 23.

[111] Francisco, Cart. enc. *Fratelli tutti* (3 octubre 2020), n. 42: AAS 112 (2020), 984.

[112] Francisco, Cart. enc. *Fratelli tutti* (3 octubre 2020), n. 205: AAS 112 (2020), 1042, que cita Id., *Mensaje para la XLVIII Jornada mundial de las Comunicaciones Sociales* (24 enero 2014): AAS 106 (2014), 113.

[113] Francisco, *Ángelus* (10 diciembre 2023): *L'Osservatore Romano* (11 diciembre 2023), 12.

[114] Cf. Comisión Teológica Internacional, *Dignidad y derechos de la persona humana* (1983), n. 2.

[115] Francisco, Cart. enc. *Fratelli tutti* (3 octubre 2020), n. 195: AAS 112 (2020), 1038, que cita Id., Exhort. ap. *Evangelii gaudium* (24 noviembre 2013), n. 274: AAS 105 (2013), 1130.

[116] Francisco, Cart. enc. *Laudato si'* (24 mayo 2015), n. 205: AAS 107 (2015), 928.

**SIMPOSIO
«TOWARDS A
NARRATIVE OF
HOPE: AN
INTERNATIONAL
INTERFAITH
SYMPOSIUM ON
PALLIATIVE CARE»**

Publicamos a continuación el Mensaje que el Santo Padre Francisco ha enviado a los participantes en el Simposio «Towards a Narrative of Hope: An International Interfaith Symposium on Palliative Care» promovido por la Pontificia Academia para la Vida y la Conferencia Episcopal Canadiense, que tendrá lugar en Toronto (Canadá) del 21 al 23 de mayo de 2024:

Mensaje del Santo Padre

Extiendo mis cordiales saludos y mis mejores deseos a todos los participantes en el primer Simposio Internacional e Interreligioso sobre los cuidados paliativos, patrocinado conjuntamente por la Pontificia Academia para la Vida y la Conferencia Episcopal Canadiense, y en particular a sus respectivos presidentes, el arzobispo Vincenzo Paglia y el obispo William McGrattan. Estoy igualmente agradecido a los oradores del Simposio y a todos los que han trabajado para hacer posible este encuentro.

El tema que han elegido - «Hacia una narración de esperanza» - es oportuno y necesario. En nuestros días, enfrentados a los trágicos efectos de la guerra, la violencia y la injusticia de diverso tipo, es demasiado fácil ceder a la pena, incluso a la desesperación. Sin embargo, como miembros de la familia humana y especialmente como creyentes, estamos llamados a acompañar, con amor y compasión, a las personas que luchan y se esfuerzan por encontrar motivos para la esperanza (cf.

1Pe 3-15). En efecto, es la esperanza la que nos da la fuerza para afrontar los interrogantes que nos plantean los retos, las dificultades y las preocupaciones de la vida. Esto es aún más cierto cuando nos enfrentamos a una enfermedad grave o al final de la vida.

Todas las personas que han experimentado la incertidumbre que suele acompañar a la enfermedad y a la muerte necesitan el testimonio de esperanza que les dan quienes les cuidan y permanecen a su lado. En este sentido, los cuidados paliativos, mientras tratan de aliviar en la medida de lo posible la carga del sufrimiento, son ante todo un signo concreto de cercanía y solidaridad con nuestros hermanos y hermanas que sufren. Al mismo tiempo, este tipo de solicitud ayuda a los pacientes y a sus seres queridos a aceptar la vulnerabilidad, la fragilidad y la finitud que caracterizan la vida humana en este mundo.

Es en este punto en el que me gustaría destacar que los verdaderos cuidados paliativos son radicalmente diferentes de la eutanasia, que nunca es una fuente de esperanza ni una preocupación genuina por los enfermos y moribundos. Es más bien un fracaso del amor, un reflejo de una «cultura del descarte» en la que «no se considera ya a las personas como un valor primario que hay que respetar» (Fratelli tutti, 18). De hecho, la eutanasia se presenta a menudo falsamente como una forma de compasión. En cambio, la «compasión» –que significa «sufrir con»– no implica una acción intencionada para acabar con una vida, sino más bien la voluntad de compartir la carga de las personas que se enfrentan a la última parte de nuestro peregrinaje terrenal. Los cuidados paliativos, por otra parte, son una forma genuina de compasión porque responden al sufrimiento –ya sea físico, emocional, psicológico o espiritual– afirmando la dignidad fundamental e inviolable de cada persona, especialmente de los moribundos, y ayudándoles a aceptar el momento inevitable del paso de esta vida a la vida eterna.

En esta perspectiva, nuestras convicciones religiosas ofrecen una comprensión más profunda de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, considerándolos parte del misterio de la Divina Providencia y, por lo que respecta a la tradición cristiana, un medio para alcanzar la santificación. Al mismo tiempo, la labor compasiva y el respeto mostrados por el personal médico y los trabajadores sanitarios especializados han conseguido a menudo que las personas al final de sus vidas encuentren consuelo espiritual, esperanza y reconciliación con Dios, sus familiares y amigos. Verdaderamente su servicio es importante –yo diría incluso esencial– para ayudara los enfermos y moribundos a darse cuenta de que no están aislados ni solos, de que su vida no es una carga, sino que siguen siendo intrínsecamente preciosos a los ojos de Dios (cf. Salmo 116:15) y unidos a nosotros por el vínculo de la comunión.

Queridos amigos, los animo a todos en sus esfuerzos por promover los cuidados paliativos para los más vulnerables de nuestros hermanos y hermanas. Deseo que sus debates y deliberaciones de estos días los ayuden a perseverar en el amor, en dar esperanza a las personas que se encuentran al final de su vida y en favorecer la construcción de una sociedad más justa y fraterna. Invoco sobre ustedes y sobre sus seres queridos la bendición divina de sabiduría, fuerza y paz.