

VIDA Y ÉTICA

A Ñ O 1 8

N ° 2

2 0 1 7

**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
bioetica.uca.edu.ar

PERIODICIDAD
SEMESTRAL

TIRAJE
200 EJEMPLARES

EJEMPLAR
ARGENTINA \$ 200.-
EXTERIOR U\$S 200.-

SUSCRIPCIÓN ANUAL
ARGENTINA \$ 350.-
EXTERIOR U\$S 350.-

INDEXADA EN



DIRECCIÓN Alberto G. Bochatey

**COORDINACIÓN
PERIODÍSTICA** Noelia M. Coedo

**DISEÑO
Y EDICIÓN** María Alejandra Ferrice

**TRADUCCIÓN Y
CORRECCIÓN
DE RESÚMENES** CODE Servicio Lingüístico

AÑO 2017

ISSN 1515-6850

IMPRESIÓN Artes Gráficas Integradas
W C Morris 1049, Buenos Aires

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.

Fe de erratas:

El artículo publicado en la Revista Vida y Ética N°1 Año 2018, en la sección **Opiniones y comentarios** "*Luces y sombras: pinceladas sobre la ley de cannabis medicinal*", contiene errores de tipeo en su título. Donde dice "pincelas" debe decir "pinceladas" y donde dice "sobe" debe decir "sobre".

SUMARIO

ARTÍCULOS *pág. 09*

LA MEDICINA PALIATIVA EN MEDICINA Y SALUD PÚBLICA: HUMANIZACIÓN POR GESTIÓN CLÍNICA Y POLÍTICAS DE SALUD BASADAS EN EVIDENCIA
Dr. Jorge T. Insua

pág. 35

LA EDICIÓN GENÉTICA HUMANA. EL *ENHANCEMENT* Y LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA
Prof. Dr. Héctor Jorge Padrón

pág. 57

ANÁLISIS BIOÉTICO DE LA APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EDICIÓN SOBRE EL GENOMA HUMANO
Dra. Graciela Moya y Mg. Dra. Silvia Anselmino

pág. 75

LOS COMITÉS DE BIOÉTICA ASISTENCIAL: SITIOS DE ENCUENTRO Y DE ACOMPAÑAMIENTO
Mg. Dr. Lenin de Janon Quevedo

pág. 85

APORTES DEL PENSAMIENTO DE SAN AGUSTÍN A LA BIOÉTICA PERSONALISTA ONTOLÓGICAMENTE FUNDADA
Dra. María Agustina Toscani Gómez

OPINIÓN Y COMENTARIOS *pág. 99*

CHILE LEGALIZA EL ABORTO EN TRES CAUSALES
Dra. María Inés Franck y Dr. Jorge Nicolás Lafferriere

DOCUMENTOS NACIONALES *pág. 111*

COMUNICADO SOBRE LA VIDA Y LA FAMILIA
Conferencia Episcopal Argentina

DOCUMENTOS INTERNACIONALES *pág. 113*

MENSAJE DEL SANTO PADRE FRANCISCO CON OCASIÓN DEL CONGRESO INTERNACIONAL «*LAUDATO SI'* Y *GRANDES CIUDADES*»
Santo Padre Francisco

pág. 117

DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A MIEMBROS DE LA LIGA ITALIANA PARA LA LUCHA CONTRA LOS TUMORES
Santo Padre Francisco

pág. 119

SIEMPRE AL SERVICIO DE LAS PERSONAS Y LA VIDA
Comité Permanente de la Conferencia Episcopal de Chile

pág. 121

MENSAJE CONJUNTO DEL PAPA FRANCISCO Y DEL PATRIARCA ECUMÉNICO BARTOLOMÉ EN LA JORNADA MUNDIAL DE ORACIÓN POR LA CREACIÓN
Papa Francisco y Patriarca Ecuménico Bartolomé

pág. 123

DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LOS PARTICIPANTES EN LA ASAMBLEA GENERAL DE LOS MIEMBROS DE LA PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA
Santo Padre Francisco

pág. 129

COMUNICADO DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL COLOMBIANA
Conferencia Episcopal Colombiana

pág. 131

MENSAJE DEL SANTO PADRE A LOS PARTICIPANTES EN LA REUNIÓN DE LA REGIÓN EUROPEA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL
Santo Padre Francisco

pág. 135

MENSAJE DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LOS PARTICIPANTES EN LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE EL TEMA "AFRONTAR LAS DISPARIDADES GLOBALES EN MATERIA DE SALUD"
Santo Padre Francisco

CRITERIOS EDITORIALES *pág. 155*

CRITERIOS PARA PUBLICAR EN VIDA Y ÉTICA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

Gran Canciller

S.E.R. Mons. Mario Aurelio Poli

Rector

S.E.R. Mons. Dr. Víctor Manuel Fernández

Vicerrectores

Dr. Gabriel Limodio

Dra. María Clara Zamora

Decano

Facultad de Ciencias Médicas

Dr. Miguel Ángel Schiavone

Director

Instituto de Bioética

Pbro. Lic. Rubén Revello

Coordinador

Instituto de Bioética

Mg. Dr. Gerardo Perazzo

Investigadores

Mg. Dr. Lenin De Janon Quevedo

Mg. Dra. Graciela Moya

Colaboradores del Instituto

Pbro. Dr. Luis Alfredo Anaya

Dra. Silvia Anselmino

Dra. Silvia Balzano

Dra. Zelmira M. Bottini de Rey

Mg. Dra. Lilian Gargiulo

Dr. Jorge Nicolás Lafferrière

Dr. José Alberto Mainetti

Dr. Mariano Gustavo Morelli

Dr. Mariano Paramés

Dra. María Inés Passanante

Dr. Pablo Pedemonte

Pbro. Mg. Ricardo Poblete

Dr. Leonardo Pucheta

Mg. Diana Isabel Radakoff

Dra. Cecilia Rodríguez Gauna

Lic. Alejandra Planker de Aguerre

Dr. Cristian Viaggio

VIDA Y ÉTICA COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Carlos Benjamín Álvarez

Pontificia Universidad Católica Argentina. Argentina

R.P. Dr. Roberto Colombo

Università Cattolica del Sacro Cuore. Italia

Roberto Dell Oro, Ph.D.

Loyola Marymount University. Estados Unidos

Dra. María Luisa Di Pietro

Università Cattolica del Sacro Cuore. Italia

Prof. Dra. M.C. Donadio Maggi de Gandolfi

Pontificia Universidad Católica Argentina. Consejo

Nacional de Investigaciones Científicas y

Técnicas. Argentina

Dra. Marta Fracapani de Cuitiño

Universidad Nacional de Cuyo. Argentina

Prof. Dr. Gonzalo Herranz

Universidad de Navarra. España

Dr. Francisco Javier León Correa

Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile

Prof. Hna. Elena Lugo, RN, Ph. D.

Pontificia Universidad Católica Argentina. Argentina

Prof. Dra. María Liliana Lukac de Stier

Pontificia Universidad Católica Argentina. Consejo Nacional

de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina

Prof. Dr. Gèrard Memeteau

Université de Poitiers, Faculté de Droit et Sciences Sociales. Francia

P. Gonzalo Miranda, L.C.

Ateneo Pontificio Regina Apostolorum. Italia

S.E. Card. Elio Sgreccia

Pontificia Academia Pro Vita. Italia (2005-2008)

Prof. Juan de Dios Vial Correa

Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile

P. Dr. Antonio Cabrera Cabrera, L.C.

Universidad Anáhuac. México.

In memoriam

+R.P. Domingo Basso, O.P. 1929-2014

+Edmund Pellegrino, MD, Ph. D. 1920-2013

+P. Dr. Angelo Serra, S.I. 1919-2012



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

EDITORIAL

Muy estimados lectores:

La Bioética sigue caminando. No siempre son claros los rumbos que va tomando, pero sí hay un denominador común: el Hombre, lo creado y la Ética.

Hemos conocido diferentes corrientes y escuelas de bioética. El querido Prof. José Alberto Mainetti, entre otros autores, nos habló de la 'bioética narrativa'. [1] Una bioética que durante la década del '70, desde su *Instituto de Humanidades Médicas* (luego *Instituto de Bioética y Humanidades Médicas*) fue pionera como propuesta humanizadora de los saberes y quehaceres médicos. James Drane escribirá: "una disciplina que más tarde vendría a ser llamada bioética, se desarrolló en USA y Argentina a partir de estas dos corajudas iniciativas (n.r.: *Hastings Center* y *Fundación Mainetti*) y en ambos casos la disciplina conlleva la estampa impuesta por la personalidad iniciadora. Bajo la influencia de José Alberto Mainetti, la Bioética en América Latina tiene un sabor más reflexivo, teórico y filosófico. Dan Callahan, a su turno, dio a la

[1] Mainetti, José A., Mainetti José L. *Bioética Narrativa*, La Plata, Ed. Quirón, 2014.

bioética en USA un carácter predominantemente pragmático: uno que arranca para proveer soluciones concretas de apremiantes problemas éticos". [2]

La literatura también es fuente de conocimiento médico y moral y la bioética necesita del mundo imaginario para explorar el misterio de la existencia humana en las experiencias de la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. La bioética analítica ya no puede circunscribirse a sí misma, sino que hay otras orientaciones bioéticas: el resurgimiento de la ética de la virtud y el carácter, la nueva casuística, la ética del cuidado, la ética fenomenológica, existencialista y hermenéutica y la bioética personalista. Esta variedad le ha dado un 'giro literario' al *homo narrator*... De hecho decimos que el bios de la bioética no es sólo de la vida biológica sino de la biográfica, cualidad de la experiencia humana en tanto existencia temporal.

Estamos escuchando hablar últimamente de la 'bioética global'. Aunque no está demasiado bien definida (típico de nuestro tiempo) sin duda se relaciona con la 'ecología integral y humana' de la que habla el Papa Francisco, especialmente en su *Laudato Si'*. Esta integración de lo ecológico a lo cultural y humano tiene,

como el Jano de la mitología romana, dos caras: una de característica *tecnológica* y la otra de naturaleza *cultural*. La *tecnológica* ha afectado el sentido del medio físico y biológico. La *cultural* afecta a la significación de las cosas. Lo verdaderamente importante es la identificación y el reconocimiento de la naturaleza de las raíces principales que ha generado la crisis en ambas vertientes y la comunidad humana tiene la tarea y la obligación de establecer la estrategia y la táctica técnica necesarias para superarla.

La *Laudato Si'* es una sacudida a las conciencias de todos los que vivimos en la 'casa común' (ateos, agnósticos o creyentes) y que nos confiamos en la tecnología y el individualismo y perdemos el horizonte futuro de esperanza no sólo personal sino comunitario.

"No habrá una nueva relación con la naturaleza sin un nuevo ser humano. No hay ecología sin una adecuada antropología" (N.118). La solución no ha de ser sólo de naturaleza técnica o biológica. Estas perspectivas reducen la significación de la dignidad del ser humano ya que se omite la condición de libertad y racionalidad que diferencia a los humanos cualitativamente respecto de los

[2] Drane, James. *Universal Medical Ethics*, Quirón, 1998, 29,1.

demás seres vivos. El *ordo amoris* del universo está lleno de una vida interesante, que es expresión del bien, la verdad y la belleza; del orden dinámico pero ordenando naturalmente y siempre armónico. Sólo los humanos, dotados de inteligencia, libertad y voluntad son imprevisibles en sus intervenciones sobre el medio.

La *bioética global*, supone aplicar la ética en la crisis ecológica y cultural y darle espacio a la inteligencia para que acceda no sólo al saber tecnológico y/o biológico, sino para entender la raíz esencial de las cosas materiales, físicas, esenciales y divinas. El ser humano debe dimensionar los parámetros de su antropología y reconocer y valorar su capacidad para descubrir el orden de la realidad, la verdad, el bien, y la belleza.

“Ignorar que el ser humano posee una naturaleza herida, inclinada al mal, da lugar a graves errores en el dominio de la educación, de la política, de la acción social y de las costumbres” (CEC 407).

Desde *Vida y Ética*, esperamos poder ofrecer espacios de reflexión bioética, sin fragmentación del saber y sin perder de referencia al hombre y al universo en su conjunto que brinda la unidad de la realidad, lo que los clásicos llamaban sabiduría.

¡Les deseamos, buena lectura!

Mons. Alberto G. Bochaty, OSA
Obispo Auxiliar de La Plata
Director

LA MEDICINA PALIATIVA EN MEDICINA Y SALUD PÚBLICA: HUMANIZACIÓN POR GESTIÓN CLÍNICA Y POLÍTICAS DE SALUD BASADAS EN EVIDENCIA

Fecha de recepción: 11/07/2017

Fecha de aceptación: 25/09/2017

Jorge T. Insua

insjorge@gmail.com

- Médico Especialista en Medicina Interna (UBA)
- Medicina Preventiva y Medicina Geriátrica (MSSM, NY, NY)
- Profesor adjunto de Universidad Austral
- Profesor adjunto de Universidad Favaloro
- Profesor Adjunto Salud Pública (UBA)

Palabras clave

- Medicina paliativa
- Organización de servicios
- Evidencia

Key words

- Palliative medicine
- Organization of services
- Evidence

RESUMEN

Se presenta una reflexión, desde una perspectiva bioética, sobre la medicina paliativa (MP) enfatizando la perspectiva global, de gestión clínica y de políticas de salud. La crisis humanización de la medicina tiene un punto focal en la crisis de la seguridad y calidad de la atención en los servicios de salud. Partiendo de la necesidad de la MP, se comenta la situación actual de la MP, las áreas de incertidumbre científica y falta de definiciones, y finalmente, las prioridades de políticas y servicios para la mejora y adecuación de la MP. En cada uno de los pasos del análisis se enfatizan algunas evidencias empíricas y principales determinantes de los resultados finales de la atención. Se comenta el problema de la evidencia y de la brecha de efectividad, con temas propios de la MP. Finalmente, se contextualizan estas observaciones nuevamente a la situación actual de la MP, enfatizando que los imperativos bioéticos requieren formulaciones operables para poder ser trasladados a los servicios y políticas.

ABSTRACT

A bioethical reflection, on palliative medicine (PM), emphasizing a global perspective, a clinical managerial perspective and a policy perspective is presented.

The crisis of the humanization of medicine is largely centered in a quality and safety crisis in health services. Addressing the need of PM, scientific uncertainty areas, and definitional problems, and finally, health policy and services priorities, we address the current situation of the concept, to achieve betterment and adjustment of PM. At each step of the analysis, we emphasize empirical evidence and major determinants of end results of care. The problem of the lack of evidence and the effectiveness gap, with topics from PM, is addressed. Finally, these observations are contextualized to the current situation of PM, emphasizing that bioethical imperatives need operational concepts to be translated to policies and services.

INTRODUCCIÓN

La medicina paliativa (MP), medida por su necesidad, crecimiento curricular y científico, acreditación médica y aceptación por pacientes y profesionales, crece [1] y se requiere ubicarla en el contexto de otros los desarrollos médicos.

Fuertes cambios sociodemográficos y económicos incrementan la necesidad y la demanda, pero dejando focos de población vulnerable sin cubrir. La MP, en sus dos grandes ramas: manejo del dolor y sufrimiento y cuidados al fin de la vida, introduce desafíos a la medicina curativa, en la evidencia científica y la definición de sus resultados de atención. [2]

La bioética permite introducir, aun pragmáticamente basados en la perspec-

tiva del principlismo, [3] al análisis empírico, una perspectiva evaluativa y meta-científica, que educa, clarifica y revierte sobre las tomas de decisiones clínicas personales y de gestión clínica, de servicios de salud y de políticas de salud. Pequeños matices conceptuales tienen grandes implicancias, sobre todo en políticas de salud.

El desarrollo histórico de la medicina paliativa fue cuidar los derechos, adaptar la práctica clínica, y desarrollar políticas al fin de la vida. [4] En este contexto se inserta el dilema de la eutanasia activa, [5] [6] asumiendo acá que el médico no debe matar. [7] [8] La OMS y la *The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* (WHAPC) excluyen la eutanasia de la medicina paliativa. [9] La respuesta más adecuada a los desafíos del fin de la

[1] Saunders DM. Preface. WHO. EU. *Palliative Care: The Solid Facts*. 2004; p.7.

[2] WHO. EU. *Palliative Care: The Solid Facts*. 2004.

[3] Beauchamp T, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press. 2013.

[4] Wolf SM, Berlinger N, Jennings B. Forty Years of Work on End-of-Life Care —From Patients' Rights to Systemic Reform. *NEJM*. 2015; 372:678-682.

[5] Olsen ML, Swetz KM, Mueller PS. Ethical Decision Making With End-of-Life Care: Palliative Sedation and Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Treatments. *Mayo Clinic Proceedings*. 2010; 85(10):949-954.

[6] Gawande A. Quantity and Quality of Life Duties of Care in Life-Limiting Illness. *JAMA*. 2016; 315(3):267-269. doi:10.1001/jama.2015.19206.

[7] Gaylin W, Kass L, Pellegrino E, Siegler M. 'Doctors Must Not Kill'. *JAMA*. 1988; 259(14):2139-2140.

[8] Yang YT, Curlin FA. Preserving the heart of medicine: why physicians should oppose assisted suicide. *JAMA*. 2015. doi:10.1001/jama.2015.16194.

[9] The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. (WHPCA) *WHPCA position paper on euthanasia and assisted dying*. May 2012.

vida es la promoción de una MP avanzada. La Eutanasia, creciente en las Américas, [10] cuestiona más a la sociedad actual y su ética vital, que, propiamente, a la muerte. [11] [12]

La des-humanización médica es un problema y la humanización es la solución. Esta casi-obviedad implica revisar toda la medicina y sus finalidades. La crisis combinada de seguridad-calidad de la atención médica, es una medida próxima de la crisis de humanización de la medicina. [13] Por tanto, la humanización en la MP, se puede evaluar por los avances en

la resolución de la crisis de calidad-seguridad en el cuidado del fin de la vida.

La tesis de este trabajo sobre la MP, es que para cerrar esta crisis calidad-seguridad y de humanización de la medicina, se requiere más énfasis en medios conceptuales y técnicos, que los habitualmente usados en bioética. Las directivas anticipadas y su impacto en la MP, se presuponen, y no serán analizados en este contexto. Los 6 objetivos de la calidad de IOM: seguridad, efectividad, centralidad del paciente, adecuación temporal, eficiencia y equidad, [14] [15] se convierten

[10] Parreiras Reis de Castro M, Cafure Antunes G, Pacelli Marcon LM, Andrade SL, Rückl S, Andrade AV. Euthanasia and assisted suicide in western countries: a systematic review. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2016; 24 (2): 355-67.

[11] Thomasma DC, Graber GC. *Euthanasia. Towards and Ethical Social Policy*. Continuum. 1990.

[12] Jackson E, Keown J. *Debating Euthanasia*. Hart Publishing, Oxford. 2012.

[13] J. Marcum, desarrolla la idea que el malestar por los malos servicios (crisis de la calidad) y el malestar por los problemas de seguridad de los pacientes -por ejemplo, muertes por iatrogenia médica- (crisis de la seguridad), combinadas en un solo problema (crisis de la calidad-seguridad) son una de las tantas manifestaciones y efectos de la deshumanización de la medicina moderna, especialmente en los países desarrollados. Tal crisis está muy documentada en múltiples documentos nacionales e internacionales. Sin embargo su vínculo íntimo con la deshumanización de la medicina no es tan compartido en la literatura internacional. El punto es particularmente interesante para la Argentina y Latino-América, que tienen malas notas en ambas dimensiones. Marcum JA. *Humanizing Modern Medicine An Introductory Philosophy of Medicine*. P&M, Vol. 99. 2008; VII.

[14] El *Institute of Medicine (IOM)*, publicó un documento muy importante, *Crossing the Quality Chasm: a New Health Care System for the 21st Century*. National Academy Press, 2001. En este documento se reformulan muchos de los conceptos básicos sobre la calidad de la atención médica, poniendo énfasis en sus déficits. En su deliberación se formularon 6 objetivos básicos: *seguridad, efectividad, centralidad del paciente, adecuación temporal (timeliness), eficiencia y equidad* [p. 11, recommendation 6]. El objetivo de la "seguridad" se refiere a que se intenta no hacer daño. El objetivo de "efectividad" que se intenta hacer un bien demostrado como tal. El objetivo de "centralidad del paciente" se refiere a las acciones intentan responder a las necesidades básicas del individuo. La "adecuación temporal (timeliness)", se refiere a proveer el servicio en el tiempo adecuado, por ejemplo, evitando retardos o esperas inadecuadas. La "eficiencia" se refiere a que se intentan acciones que proveen el mejor valor para el dinero utilizado, evitando desechos o basura innecesaria o modos improductivos de provisión de los servicios. El objetivo de la "equidad" se refiere a hacer acceder a todos a los beneficios proveídos por los servicios de salud [pp.41-54]. Es claro que estos objetivos tienen un fuerte componente ético. Pero su importancia, en el contexto de este artículo, radica en que son instrumentos conceptuales más fácilmente "operaciona-

en objetivos intermediarios entre los objetivos bioéticos y los resultados con los pacientes. [16] Enfatizaremos algunos procesos y ajustes de la MP para aplicar estos principios y servir a los pacientes, focalizando en la evidencia científica y otros medios "modernos" para este fin. Los medios de respuesta, ocurren en la clínica (evidencia, competencias, profesionalismo y una clínica actualizada, mejorada, y rejuvenecida para lograr cuidado adecuado del fin de vida por un adecuado entrenamiento en MP); la gestión clínica (evidencia y gerenciación de programas y proyectos de salud), en diseño y la extensión de los servicios de atención médica personal (sistemas de salud,

modelos de servicio, salud pública (SP) y políticas públicas, etc.), así como los ajustes en las "fronteras" de la medicina (relación con la espiritualidad, el autocuidado, la familia, la inserción y valoración comunitaria, el soporte social, la financiación y planificación de políticas sociales).

Dado el envejecimiento poblacional, la globalización y el alcance del tema, una evaluación de este tipo se justifica, para evaluar: 1. La necesidad de la MP; 2. Las respuestas actuales; 3. Las respuestas inciertas; 4. Mejoras posibles y su eventual sustentabilidad. Estas dos últimas variables son las que determinarán su

bles", es decir, capaces de ser convertidos en objetivos planificables y medibles, y por tanto, susceptibles de trasladarse a la operación de los servicios de salud, como lo requiere la ciencia de la calidad de la atención médica. Por ejemplo, el objetivo de efectividad [pp.46-48] -que consiste en proveer servicios que realmente hagan un bien al paciente, lo cual presupone que debe haber evidencia científica para poder argumentar que la intervención X hace un bien terapéutico o de otro tipo-, presupone el principio bioético de la "beneficiencia", que busca el realizar un bien al paciente. Además de alguna manera "permite medir" la capacidad de hacer más bien que mal en la acción X considerada. Por ejemplo, se puede estimar, sobre el conjunto de pacientes elegibles, cuantos han recibido la terapéutica considerada más efectiva. La misma argumentación se puede realizar para cada uno de los 6 objetivos del IOM previamente nombrados. Podemos, por tal razón, considerar estos objetivos formulados como medios para un fin, pero medios de naturaleza conceptual, que iluminan sobre el objetivo y su naturaleza. La manera como el concepto se articula con un acto, se traslada a medios, no solo conceptuales, sino medios técnicos. Por ejemplo, en el caso de la efectividad citado, a la importancia de que la ciencia evite sesgos y errores estadísticos, por medio de ensayos controlados aleatorizados de la intervención X o con el uso de técnicas meta-analíticas de evaluación de la intervención X. De tal forma, que un actor buscando realizar un bien basado en el principio de beneficiencia, tiene medios que podríamos considerar "intermediarios" en la cadena causal entre el principio bioético decidido y el resultado de la acción médica X realizada. Dichos resultados que se miden en cambios en el estado de salud del beneficiado (por ejemplo, reducción de una escala de dolor). La razón por la cual este artículo se escribe es porque estos objetivos son mucho más difíciles de ponderar y decidir en el caso de la MP, que en otros tipos y objetivos de práctica médica.

[15] Sharpe VA. "Promoting Patient Safety: An Ethical Basis for Policy Deliberation" *Hastings Center Report Special Supplement* 33, No. 5. 2003; S1-S20.

[16] Sulmasy DP. Health Care Justice and Hospice Care, *Hastings Center Report Special Supplement* 33, No. 2. 2003; pp. S14-S15.

futuro como problema de salud pública factible y sustentable.

MARCO ANALÍTICO

El objetivo de este breve análisis es revisar la lógica y fundamentación de las cuatro preguntas previamente definidas. La fundamentación bioética y la fundamentación científica, sostiene diseños curriculares, de políticas y de servicios. El análisis y método de este trabajo se basa en un planteo simple (ver, juzgar, actuar). Ver la necesidad de la MP, las respuestas desarrollados al día de hoy, finalmente juzgar medios y fines para mejorar, humanizando la atención.

La evidencia usada para este trabajo se basa en información secundaria de alta calidad de evidencia y métodos primarios adecuados (ponderada por la experiencia en la práctica clínica y de servicios). La evidencia empírica es el sustrato para la evaluación conceptual. La evidencia empírica se obtendrá de la mejor evaluación de las ciencias de soporte correspondientes (clínica, salud pública-SP, ciencias de la con-

ducta, economía, bioética empírica y filosofía de la medicina, etc.) según necesidad.

El marco analítico, focaliza en la mayor parte de la población mundial, ubicada en los países de desarrollo intermedio (Ingresos medianos-IM, IM-altos y IM-bajos), dejando para otro análisis más detallado las perspectivas de los países de desarrollo muy bajo y/o alto. La razón es que el 75 % de la población mundial se ubica en este segmento [17] y esta pobremente representado en la evidencia científica.

La variable tiempo se incorpora evaluando historia y presente; pero analizando un futuro posible de la MP. Nos limitaremos al contexto de adultos y ancianos, sin tocar la MP pediátrica. Finalmente adopta otras dos perspectivas temporales: 1) La perspectiva del desarrollo longitudinal, tiene creciente importancia explicativa sobre determinantes sociales y biológicos de la salud humana, y que se expresa en las trayectorias o carreras vitales, [18] y está en uso en medicina geriátrica y paliativa. [19] 2) La perspectiva de transición demográfica y epidemiológica, [20] que explica el envejecimiento poblacional.

[17] Country classification. World Bank, Countries. Disponible en: <http://data.worldbank.org/income-level/low-and-middle-income?view=chart>.

[18] Kuh D, Cooper R, Hardy R, Richards M, Ben-Shlomo Y. *A life course approach to healthy ageing*. Oxford Univ. Press. 2014.

[19] George LK. Conceptualizing and measuring trajectories. In Elder Jr. GH, Giele JZ (Eds.), *The craft of life course research*. New York, NY: The Guilford Press. 2009.

[20] Omran AR. The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. *World Health Stat Q*. 1998; 51: 99: 119.

NECESIDAD Y DETERMINANTES DE MEDICINA PALIATIVA

Veremos una serie de pasos y conceptos que determinan la medicina paliativa, determinados por razones sociodemográficas, epidemiológicas, de servicios de salud y sociales, y por la misma medicina y sus antecedentes históricos. La muerte y la preocupación por el cuidado al fin de la vida son universales. La muerte y el morir es un fenómeno complejo, biológico y demográfico, que está ética-, psicológica-, y socialmente- determinado y modulado, [21] habitualmente sintetizado como trayectorias de morir. Llamamos determinantes a los factores que inciden la carga de necesidad y en el uso de la MP. Llamamos modular a modificar o co-modificar un efecto en curso.

La carga de estadios precedentes a la muerte, resulta en una demanda clínica y

de servicios de salud significativa. Esta "necesidad", [22] se puede conceptualizar como la prevalencia de problemas (que, cuando es edad específica, aumenta en la ancianidad). [23] Por ello la demografía, las curvas de sobrevivencia y otras explicaciones sociales explican los principales fenómenos de la muerte y el morir. Los estadios precedentes a la muerte crean una nueva morbilidad, sufrimiento, declinación funcional, corporal y cognitiva, y dependencia progresiva de terceros. Este patrón, de enorme importancia en SP y servicios para los ancianos, [24] convierte a la MP en un tema de la geriatría y la gerontología científica.

No toda muerte es de ancianos, pero su gran mayoría lo es. Los costos de los fallecientes se concentran en la última década y en particular en el último año de vida. [25] Ha habido un desplazamiento de la edad mediana de muerte hacia la

[21] Marshall V, Levy JA. Aging and dying. In *Handbook of Aging and the Social Sciences*, third Ed., Academic Press, Inc. 1990; 245-260.

[22] Acheson RM. The definition and identification of need for healthcare. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1978; 32,10-15.

[23] Insua JT. Aspectos Económicos y Utilización de Servicios de Salud en enfermedades Cardiovasculares de los Ancianos. In Tronje J. (Ed). *Emergencias Cardiovasculares en el Geronte*. Cesarini Hnos, Buenos Aires. 2002; 393-439.

[24] Kaplan GA. Behavioral, Social and Socio Environmental factors adding years to life and life to years. In Hickley T, Speers MA, Prohaska TR (Eds). *Public Health and Aging*. John Hopkins Univ. Press. 1997; 37-52.

[25] Lubitz J, Cai L, Kramarow E, Lentzner H. Health, Life Expectancy, and Health Care Spending among the Elderly. *New England Journal of Medicine*. 2003; 349 (11): 1048-55.

ancianidad, la fracción de niños, jóvenes y adultos fallecientes se reduce. En el mundo un 69% de los 56 millones de muertes ocurren luego de los 60 años, 66% por enfermedad crónica no transmisible (ENT), ello ocurre predominantemente en los países de medianos ingresos (70% de la población). [26] [27] La creciente mortalidad geriátrica es secundaria al fenómeno de envejecimiento poblacional, de envejecimiento individual, y en parte resultado de las acciones médicas y de salud pública. A esto se agrega la masiva y muy veloz convergencia de la expectativa de vida al nacer en el globo en el curso de una generación, [28] y cruzando países de niveles de desarrollo muy dispar, [29] incluida Latino América y el Caribe (LAC). [30] Esta globalización de la vejez, genera un incremento de la doble carga de la transición epidemiológica.

El envejecimiento, unido a su asociado, la Enfermedad No Transmisible (ENT), es el factor determinante más poderoso de la necesidad de la desde la perspectiva epidemiológica. Gran parte de la mortalidad se debe a ENT (66%). A su vez esta dinámica de morbilidad tiende a ser diferente entre la enfermedad oncológica (que representa un 34% de los enfermos de MP) y la no-oncológica. [31] En particular la gran diferencia radica en las trayectorias de enfermedad y mortalidad, siendo la oncológica más predecible y estadificada que la no oncológica. [32] La enfermedad no oncológica, predominantemente ENT, crece, y se mezcla con la multi-morbilidad geriátrica. [33] El listado de estas enfermedades no-cancerosas es largo (por orden de frecuencia decreciente: cardiovascular (38,74%), Enfermedad Pulmonar Obstructiva

[26] Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006; 3(11): e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442

[27] WPCA/WHO. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life.* 2014.

[28] Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet.* 2013; 82: 1898–955.

[29] The Economist Intelligence Unit. Quality of death index 2015, ranking palliative care across the world. 2015. Disponible en: <http://www.economistinsights.com/healthcare/analysis/quality-death-index-2015>.

[30] Cotlear D. (Eds.). *Population aging: Is Latin America Ready?* The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. 2011.

[31] Gómez-Batiste X, Martínez Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Constante C, Mitchell GM. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliative Medicine.* 2014; 28 (4): 302 – 311.

[32] Gill TM, Gahbauer EA, Han L. Trajectories of disability in the last year of life. *N Engl J Med.* 2010; 362: 1173–1180.

[33] Barnett K, Mercer SM, Norbury M. Epidemiology of multi-morbidity and implications for health care, research and medical education: a cross-sectional study. *Lancet.* 2012; 380(9836): 37–43.

Crónica (EPOC) (10,26%), HIV/SIDA (5,71%), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) (4,59%), Enfermedad Renal Crónica (ERC) (2,02%), Cirrosis (1,70%), Alzheimer (1,65%), etc. El peso relativo de la demencia [34] [35] y de la fragilidad [36] en la epidemiología de la MP es creciente. El comportamiento y la necesidad de cada condición clínica difieren sustancialmente. [37] El proceso de enfermar, la conducta de enfermar, la fuerza incapacitante y las constelaciones sintomáticas varían en cada condición clínica.

La salud global post 2015 está dominada por el plan de los *Objetivos del Desarrollo Sostenible (SDG)*. En las recomendaciones de los SDG, el control de la mortalidad se focaliza en la mortalidad

evitable, definida como aquella <70 años de edad. [38] La mayor parte de la mortalidad se agrupa en torno a edades geriátricas. En un estudio reciente sobre 1,7 millones de varones y mujeres, se establecen los determinantes de dicha mortalidad. [39] Esta crucial decisión ética, no contempla la realidad, y es probablemente discriminatoria para la MP. Ciertamente, en términos preventivos, la mortalidad evitable tiene una cierta precedencia sobre la mortalidad no evitable. Pero desde el punto de vista paliativo, la realidad es la inversa, la mortalidad no-evitable, incluida la geriátrica, es la que motiva la MP. Con todo el DCP3, en su esfuerzo para establecer prioridades globales, sigue recomendando la MP, como una prioridad costo efectiva, para el cáncer global. [40]

[34] Schuster JL. Palliative Care for Advanced Dementia. *Clin Ger Med*. 2000; 16:373-386.

[35] Hurd MD, Martorell P, Delavande A, Mullen KJ, Langa KM. Monetary Costs of Dementia in the United States. *The New England journal of medicine*. 2013; 368(14):1326-1334. doi:10.1056/NEJMsa1204629.

[36] Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L, Fontecha B, Inzitari M, Blay C, et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: a pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med*. 2015 Apr; 6(2):189-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2015.01.002>.

[37] Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of Functional Decline at the End of Life. *JAMA*, Volume 289(18). 14 May 2003; p. 2387-2392.

[38] Norheim OF, Jha P, Admasu K, Godal T, Hum RJ, Kruk ME, Gómez-Dantés O, Mathers CD, Pan H, Sepúlveda J, Suraweera W, Verguet S, Woldemariam AT, Yamey G, Jamison DT, Peto R. Avoiding 40% of the premature deaths in each country, 2010-30: review of national mortality trends to help quantify the UN Sustainable Development Goal for health. *Lancet*. 2015; 385: 239-52.

[39] Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, et al. for the LIFEPAATH consortium. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet Published online January 31, 2017*. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7).

[40] Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, Gauvreau C, Horton S. Summary. Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, Horton S, editors. *Cancer. Disease Control Priorities*, third edition, volume 3. Washington, DC: World Bank. 2015.

La necesidad de la MP incluye la fracción sintomática de la prevalencia. En los trabajos originales de evaluación de necesidad de MP, se hizo un esfuerzo por evaluar la fracción de la medicina dominada por síntomas, por ejemplo, el síntoma dolor es variable, predominando en la morbilidad oncológica más que en la no-oncológica. [41]

Las trayectorias de muerte y el morir se describen con trayectorias de declinación en el tiempo. El proceso de enfermar, incapacitar, y sufrir al fin de la vida, está mejor descrito en la idea de las trayectorias de enfermar (con sus 3 patrones de trayectorias de muerte predominantes), es el sustento paliar y curar superpuestos, el modelo de servicios de la paliación simultánea y progresiva con la curación de la enfermedad. [42] La paliación y la rehabilitación se imbrican más de lo usualmente enfatizado. Este problema se incrementa en la declinación funcional de la MP no-cancerosa, donde la declinación funcional predice fuertemente la mortalidad. [43]

El resultado final es que la necesidad - compleja mezcla de prevalencia, demanda y oferta de servicios de salud-, se incrementa, medida como edad específica y como fracción total poblacional. Dado que el proceso de morir y el evento muerte se incrementa, la medicina paliativa se hace más relevante.

LA MEDICINA PALIATIVA HOY

La principal respuesta al morir se inició reconociendo la dignidad y autonomía de los afectados, y personalizando el cuidado médico y social, en relación al cuidado del paciente oncológico y el tratamiento del dolor. El paso siguiente fue el desarrollo de los cuidados de *hospice*. Luego la MP se extendió a toda la enfermedad crónica y la trayectoria de morir en toda la práctica médica, incluyendo aquellos de <15 y >15 años. Se requiere educación profesional para este fin, [44] la adecuación de los servicios, la calidad y prioridades para lograrlo, [45] y finalmen-

[41] Franks PJ, Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson E, Kite S, Naysmith A, Higginson IJ. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. *Palliative Medicine*. 2000; 14 (2): 93 – 104.

[42] Lynn J, Adamson DM. *Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age*. Arlington, VA, RAND Health. 2003.

[43] Smith AK, Walter LC, Miao Y, Boscardin WJ, Covinsky KE. Disability during the last two years of life. *Journal of the American Medical Association, Internal Medicine*. 2013; 173, 1506-1513.

[44] Case AA, Orrange SM, Weissman DE. Palliative Medicine Physician Education in the United States: A Historical Review. *Journal of Palliative Medicine*. March 2013, Vol. 16, No. 3: 230-236.

[45] Tulsky JA. Improving Quality of Care for Serious Illness Findings and Recommendations of the Institute of Medicine Report on Dying in America. *JAMA Intern Med*. 2015; 175(5):840-841. doi:10.1001/jamainternmed.2014.8425.

te la humanización de los cuidados. [46] Hoy, la MP es un movimiento global [47] y una prioridad de salud pública, en franca relación con los problemas de accesibilidad, calidad, costo, sustentabilidad y otros problemas del envejecimiento. Sin embargo su progreso ha sido difícil. [48]

La definición de la MP tiene ambigüedades (una revisión encontró 16 [49] y otra 23 definiciones de MP) [50] y además implicancias prácticas y organizativas múltiples. Casi todas adoptan una

filosofía común de controlar dolor y ofrecer cuidado en equipo a lo largo del curso de la enfermedad. [51] Adoptamos acá la definición sintética usada por IOM "personas con una enfermedad seria o condición médica que pueden irse aproximando a la muerte". [52] Se ha propuesto, a través de una posición de la WHPCA, [53] una definición de la medicina paliativa [54] y una definición de hospice. [55] La definición breve de MP es "aumentar la calidad de vida de las personas en proceso de morir". La definición de la WHO es

[46] El prólogo de D.C. Saunders (Ref.1), resume con sabiduría el estado actual de la cuestión de la medicina paliativa.

[47] Centeno C. International research: Comparison and collaboration to understand and promote palliative care. *Palliative Medicine*. Vol. 28(2) 99–100. 2014.

[48] Jennings B. Preface, *Improving End of Life Care: Why Has It Been So Difficult? Hastings Center Report Special Report* 35, no. 6. 2005; S2-S4.

[49] Hui D, Mori M, Parsons HA, Kim SH, Li Z, Damani S, Bruera E. The lack of standard definitions in the supportive and palliative oncology literature. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2012; 43(3):582-592.

[50] Pastrana T, Jünger S. A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine*. 2008; 22: 222–232.

[51] Cleary J, Gelband H, Wagner J. Cancer pain relief. In Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, Gauvreau CL, Horton S. Summary. Gelband, H, Jha, P, Sankaranarayanan R, Horton S, editors. *Cancer. Disease Control Priorities*, third edition, volume 3. Washington, DC: World Bank.2015; pp. 165-173.

[52] IOM (Institute of Medicine). *Dying in America: Improving quality and honoring individual preferences near the end of life*. Washington, DC: The National Academies Press. 2015.

[53] WHPCA. Defining Palliative Care. <http://www.thewhpc.org/resources/item/defining-palliative-care>.

[54] La definición de la OMS sobre establece que cuidados paliativos: "Proporciona alivio del dolor y otros síntomas angustiosos; Afirma la vida y considera al morir como un proceso normal; No tiene la intención de acelerar o posponer la muerte; Integra los aspectos psicológicos y espirituales de la atención al paciente; Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir lo más activamente posible hasta la muerte; Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a la familia a lidiar durante la enfermedad del paciente y en su propio luto; Utiliza un enfoque de equipo para atender las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo consejería de duelo, si está indicado; Mejorará la calidad de vida y también influirá positivamente en el curso de la enfermedad; Es aplicable temprano en el curso de la enfermedad, junto con otras terapias que están destinadas a prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluye las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar las complicaciones clínicas angustiosas". WHO Definition of Palliative Care. Available at: www.who.int/cancer/palliative/definition/en.

[55] Definition of hospice. Medline Plus. Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/hospicecare.html.

descriptiva de los componentes necesarios y el modo para lograr este objetivo. Estas definiciones clarifican las respuestas como se han desarrollado hasta el presente, permiten el consenso, que se difunde a las organizaciones que promueven la medicina paliativa, y de allí a las políticas y servicios.

Distintuir entre tratamiento y paliación es un avance ético y conceptual importante de la medicina moderna. [56] El clásico modelo de incorporación de cuidados paliativos simultáneamente con el tratamiento, hasta la migración final a soluciones puramente paliativas, es un modelo intuitivo muy valioso. [57] La idea de que la opción es terapéutica o paliación, se reemplaza por la idea de que la opción es terapéutica y paliación, adecuado al estadio de la enfermedad, [58] ya está conceptualmente incorporada. Pero la brecha de efectividad en la MP persiste, debido, en

gran parte a "la señal con ruido" de la incertidumbre y la complejidad social y conductual de la muerte y el morir, así como múltiples barreras organizativas, propia de la socialización de la vejez, se aplica directamente a la muerte y el morir. [59] Sin embargo la relación entre ambos conceptos, terapéutica y paliación, y sobre todo pensamiento médico al pie de la cama, es compleja, por ejemplo en cáncer. [60] Cuando se lleva a los servicios y uso de tecnologías, esta ambivalencia puede ser fuente de conflicto y/o divergencia de objetivos, aun dentro de la toma de decisiones médica. [61] Por lo tanto, en la práctica clínica, en la toma de decisiones de cobertura, y sobre todo en los modelos de personalización del cuidado, el problema requiere múltiples decisiones y sofisticación decisional.

El objetivo de la MP, se requiere que los cuidados al fin de la vida sean "cen-

[56] Gómez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Benito E. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)*. 2010 Jun 12;135(2):83-9. doi: 10.1016/j.medcli.2010.02.015.

[57] Rome RB, Luminais HH, Bourgeois DA, Blais CM. The Role of Palliative Care at the End of Life. *The Ochsner Journal*. 2011; 11(4):348-352.

[58] Eisman M, Quill TE. Palliative Care, Hospice, & Care of Dying. In Feldman M, Christensen JF (Eds.). *Behavioral Medicine. A Guide for Clinical Practice*. Lange. 2008; pp. 393-405.

[59] Hagestead GO. Social perspectives on the life course. In *Handbook of Aging and the Social Sciences*, third Ed., Academic Press, Inc. 1990; pp. 151-163.

[60] Hui D, et al. Concepts and definitions for "supportive care," "best supportive care," "palliative care," and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Supportive Care in Cancer*. 2013; 21:659-685.

[61] Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nature reviews Clinical oncology*. 2016; 13(3):159-171.

trados en las personas, orientados a la familia y basados en la evidencia". [62] La MP tiene dos principales métodos de acción: 1) decisiones ponderadas y 2) manejo de síntomas. Para su implementación se requiere un manejo interdisciplinario complejo, en un sitio de cuidado adecuado. Ambos métodos, fáciles de formular y difíciles de cumplir.

Su principal método es una ponderada toma de decisiones con los pacientes y las familias científicamente, fundada pero adecuada a los deseos, valores, y demandas de los pacientes. Esto incluye la misma evaluación de necesidad de medicina paliativa o *hospice*. [63] Este proceso de toma de decisiones compartida requiere: 1) evaluar pronóstico, funcionalidad, sobrevida y síntomas; 2) valores, preferencias y preocupaciones de los pacientes; 3) evaluación de opciones de manejo posibles; 4) evaluación de los malos y buenos efectos de cada opción; 5) evaluación de la capacidad del paciente para decidir y/o su tomador de decisiones más próximo. [64] Este requiere un arte comunicacional, que permita manejar las malas noticias y reacciones

emocionales, mucho tiempo de interacción de médico y paciente, con un especial cuidado en la inclusión de las familias. [65] A su vez esta toma de decisiones compartida, requiere por parte del profesional de dos componentes cognitivos diferentes: a) toma de decisiones bioética; y b) una toma de decisiones clínica, que usará componentes de muy diversas fuentes de pensamiento médico—evaluación de la narrativa del paciente, y un modelo básicamente hipotético-deductivo de diagnóstico, pronóstico y tratamiento—, y un uso sofisticado de la evidencia. Ambos componentes donde la brecha de cumplimiento es enorme. Si bien la MBE ha sido un hito que contribuye a clarificar el proceso y la calidad de la toma de decisiones, su desarrollo efectivo en MP dista de ser universal.

El manejo de síntomas, su principal foco de intervención, cuando la terapéutica es imposible o poco beneficiosa. Requiere: 1) evaluar la causa del síntoma; 2) tratar todas las causas reversibles; 3) evaluar todos los temas sociales, emocionales y espirituales del paciente; 4) ponderar las opciones terapéuticas, incluidas

[62] IOM (Institute of Medicine). *Dying in America: Improving quality and honoring individual preferences near the end of life*. Washington, DC: The National Academies Press. 2015.

[63] Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care. *J Palliat Med*. 2011; 14:17-23.

[64] Godlin S, Lynn J. Care near the end of life. In Cassell CK, Cohen H, Larson E, Meier D, Resnick NM, Rubenstein L, Sorensen LB. (Eds.), *Geriatric Medicine*, Springer-Verlag, New York. 1997; pp. 884.

[65] Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision-making: The pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*. 2012; 366; 9:780-781.

las no médicas, con el paciente; 5) prescribir medicaciones continuas para el síntoma y agregar medicación según necesidad para síntoma episódico. [66] Múltiples cuestiones emergen de este esquema, cuyos aspectos clínicos y farmacológicos, se encuentran en publicaciones y manuales correspondientes (por ejemplo, ACP), [67] logra focalizar y personalizar la atención.

INCERTIDUMBRES EN LA EVIDENCIA

La MP extiende sus demandas a las fronteras de la medicina clínica y los servicios de salud. La medicina paliativa requiere grandes refuerzos en el arte, ciencia, y el profesionalismo. La conciencia sobre el cuidado, desde la perspectiva prestadora médica y de enfermería, llegando a considerar el cuidado paliativo como un derecho humano. [68] Su correlato, desde la perspectiva de los propios pacientes, que es la adaptación a la enfermedad (coping) de la familia-comunidad, y de otras personas de soporte (como extendedores de servicios de cuidado del

sector social). Esta conciencia es correlativa, entre los profesionales y otros miembros del equipo de salud, con un incremento de la motivación y el compromiso para realizarlo, así como los conocimientos, actitudes, y habilidades. Incluida en esta posición está el compromiso de no abandono de los pacientes y gestión de cuidados. El incremento del profesionalismo es fuertemente necesario, dado que todos los indicadores de profesionalismo muestran claro deterioro y hay una difusión marcada de la irresponsabilidad y la falta de compromiso en la educación médica y en los esquemas de énfasis interprofesional. Todos estos componentes, propios de la medicina en general y de la promoción del profesionalismo, se agregan y fortalecen a la medicina paliativa.

La medicina moderna esta signada por la evidencia, que es la base de el cumplimiento de los objetivos de IOM, especialmente la efectividad, y la MP tiene dificultades con ella. Si bien en la medicina actual predomina la preocupación por el exceso de evidencia y los déficits en la traslación (*research practice gap*), [69] la

[66] Godlin S, Lynn J. Care near the end of life. In Cassell CK, Cohen H, Larson E, Meier D, Resnick NM, Rubenstein L and Sorensen LB. (Eds.), *Geriatric Medicine*, Springer-Verlag, New York. 1997; pp. 886.

[67] ACP. In The Clinic. *Palliative Care. Ann Int Med.* 2012; 7 Feb, 2012.

[68] Brennan F. Palliative Care as an International Human Right. *J Pain Symptom Management.* 2007; 33:494e499.

[69] Liang L. The Gap Between Evidence And Practice. *Health Affairs* 26, no.2. 2007.

Medicina Basada en la Evidencia (MBE) tiene algunos límites y déficits en el caso de la MP. [70] [71] Hay hambruna de evidencia, no solo de práctica, como ocurre en el resto de la medicina. [72] Una razón intuitivamente comprensible es que muchos resultados de MP son puramente cualitativos, mientras que la MBE requiere resultados cuantitativos. La razón más obvia de los límites de la MBE es que los ensayos controlados aleatorizados (ECAs), el *gold standard* de la MBE, son más difíciles de realizar (en una revisión solo 6% de los estudios fueron ECA). [73] [74] La investigación cualitativa [75] y la medicina narrativa compensan estos huecos de evidencia. Pero, más profundamente, el foco no-terapéutico de la paliación, que incluye objetivos no-primariamente-terapéuticos, tales como consolar familiares,

la simple presencia y el no-abandonar en el distress de los pacientes (rasgo común con la medicina geriátrica), desafía al modelo de la MBE que evalúa eficacia y efectividad principalmente terapéutica. [76] Además la MP es una intervención multi-componente o compleja que tiene complejidades propias. [77] El modelo esquemático (*framework*) de análisis de la evidencia se modifica sustancialmente por la inclusión de múltiples resultados humanísticos, intermediarios, y "calidad" del resultado final (muerte). Resultados no-de-salud (tales como paz, cobertura de cuidado, tranquilidad familiar, encuentro y sanación de relaciones conflictivas, apertura a la trascendencia, compañía en la soledad, etc.), son frutos directos y válidos de la MP. También, la MBE dirigida a estudios de pronóstico, calidad de vida

[70] Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for Improving Palliative Care at the End of Life: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2008; 148:147-159.

[71] Singer AE, Goebel JR, Kim YS, Dy SM, Ahluwalia SC, Clifford M, Dzung E, O'Hanlon CE, Motala A, Walling AM, Goldberg J, Meeker D, Ochotorena C, Shanman R, Cui M, Lorenz KA. Populations and Interventions for Palliative and End-of-Life Care: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine.* Vol. 19, No. 9. September 2016: 995-1008.

[72] Glaziou P, Haynes B. The paths from research to improved health outcomes. *EBM* 2005; 10: Feb.

[73] Hui D, Parsons HA, Damani S, Fulton S, Liu J, Evans A, De La Cruz M, Bruera E. Quantity, design, and scope of the palliative oncology literature. *Oncologist.* 2011; 16(5):694-703.

[74] Bouça-Machado R, Rosário M, Alarcão J, Correia-Guedes L, Abreu D, Ferreira JJ. Clinical trials in palliative care: a systematic review of their methodological characteristics and of the quality of their reporting. *BMC Palliative Care.* 2017; 16:10. doi:10.1186/s12904-016-0181-9.

[75] Sulmasy D, Sugarman DP. The many Methods of Medical Ethics, (ot thirteen ways of looking at a blakbird), In Sulmasy D, Sugarman DP (Eds), *Methods in Medical Ethics*, Georgetown. 2001; pp.3-18.

[76] Visser C, Hadley G, Wee B. Reality of evidence-based practice in palliative care. *Cancer Biology & Medicine.* 2015; 12(3):193-200. doi:10.7497/j.issn.2095-3941.2015.0041.

[77] Leipzig R, Whitlock E, Wolff T, Barton M, Michael Y, Harris R, Petitti D, Wilt T, Siu A for the U.S. Preventive Services Task Force Geriatric Workgroup. Reconsidering the Approach to Prevention Recommendations for Older Adults. *Ann Intern Med.* 2010; 153: 809-814.

relacionada a la salud (CVRS), y modelos sobre intervenciones complejas y resultados múltiples deben ser expandidos para dar respuestas válidas en MP. Este modelo esquemático debe ser expandido. [78] Las múltiples dificultades metodológicas comentadas tienen hoy opciones, pero se requiere mucho trabajo para mejorarlas, por ejemplo, incluyendo normas sobre intervenciones complejas. [79] Finalmente, la MBE tiene un componente normativo implícito, que puede no coincidir con la bioética clínica de la toma de decisiones compartida. [80] [81] Un capítulo complejo, está representado por la prevención cuaternaria, [82] que intenta reducir el daño producido por la medicina, ya por medicalización, sobre-diagnóstico o sobre-tratamiento [83] o sub-diagnóstico /trata-

miento. [84] Estos ajustes de la MBE para MP están en curso. [85]

MEJORAS POSIBLES

Hay mejoras en los campos clínicos y de los servicios de MP para ser "centradas en las personas, orientadas a la familia y basadas en la evidencia". [86] Reduciendo las brechas de conocimiento (evidencia), de práctica (brecha investigación-servicios) y de desarrollo inequitativo de los servicios, para personas (centralidad del paciente y familias) y para poblaciones (equidad), se van focalizando las áreas que emergen como prioritarias para mejorar la MP y hacerla sustentable y accesible.

[78] Aoun SM, Kristjanson LJ. Challenging the framework for evidence in palliative care research. *Palliative Medicine*. 2005; 19:461-465.

[79] Insua JT. En las fronteras de la ética de la investigación clínica: ajustando las normas al progreso. *Rev. Arg. Cardiol*. 2017; 85:129-132.

[80] Pastor García LM. Evidencia científica y discurso bioético. *Cuadernos de Bioética*. 2009; 20 (3): 453-469.

[81] Insua JT. What is the ethical or legal normativity of evidence based medicine and health care?: the case of Clinical Practice Guidelines (CPG). Un-published manuscript. 2013.

[82] De Vito EL. Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. *Medicina (B. Aires)*. 2013, 73 (2):187-190.

[83] Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug A, Glasziou P, Heath I, Nagpal S, Saini V, Srivastava D, Chalmers K, Korenstein D. (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet*. Published online. January 8, 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5).

[84] Saini V, Brownlee S, Elshaug A, Glasziou P, Heath I. Addressing overuse and underuse around the world. *The Lancet* (2017). Published Online. January 8, 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30946-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30946-1).

[85] Palliative Care. Reading List. http://sites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic712450.files//HGEI-Lancet_GAPCPC_Reading_List_Recommended_and_Additional_III.pdf.

[86] IOM (Institute of Medicine). *Dying in America: Improving quality and honoring individual preferences near the end of life*. Washington, DC: The National Academies Press. 2015.

Los caminos pragmáticos de adaptación a la complejidad clínica, en atención médica personal directa y las demandas de la medicina paliativa, [87] deben mejorar evidencia y aumentar accesibilidad en el sistema de salud y la población. [88] [89] Se pueden resumir estas acciones bajo dos componentes: educación en profesionalismo, aplicable a toda la medicina [90] y educación en medicina paliativa, [91] ambos grupos tienen las competencias y contenidos teórico-prácticos para realizar estos ajustes. [92] A pesar del creciente manejo del control de síntomas, la prevalencia de los síntomas entre los pacientes terminales está aumentando. [93]

Estas iniciativas incluyen múltiples modelos educación médica de grado y

pregrado, y manuales acreditados que generan un cuerpo de conocimientos de medicina paliativa y lo difunden. Todas las mejoras en la evidencia científica, que introducen complejidad de métodos, [94] en curso son un mecanismo de respuesta. [95] Una profundización en el manejo del contexto y profesionalismo—manejo en equipo de salud, familia, voluntarios, servicios sociales y domiciliarios, etc. En esta mejora está incluida la bioética clínica efectivamente aplicada.

Respecto a los tipos de pacientes, hay una clara necesidad de incrementar el conocimiento y manejo de MP de enfermedades no-oncológicas en curso de morir, también llamadas "situaciones de enfermedad avanzada y terminal (SEAT)".

[87] Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L, Fontecha B, Inzitari M, Blay C, et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: a pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med*. 2015 Apr; 6(2):189–94.

[88] Eisman M, Quill TE. Palliative Care, Hospice, & Care of Dying. In M.Feldman, Christensen JF (Eds.). *Behavioral Medicine. A Guide for Clinical Practice*. Lange. 2008; pp. 393–405.

[89] Institute of Medicine (IOM). *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. Washington, DC: National Academy Press. 1997.

[90] Members of the Medical Professionalism Project (ABIM foundation, ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine). Medical Professionalism in the new millenium: A physician Charter. *Ann Int Med*. 2002; 136:243–246.

[91] American Board of Internal Medicine. *Caring for the dying; Identification and Promotion of Physician Competence. Educational Resource Document and Personal Narratives*. ABIM. 1999.

[92] IOM (Institute of Medicine). *Dying in America: Improving quality and honoring individual preferences near the end of life*. Washington, DC: The National Academies Press. 2015; pp. 221–262.

[93] Singer AE, Meeker D, Teno JM, Lynn J, Lunney JR, Lorenz KA. Symptom trends in the last year of life, 1998–2010: A cohort study. *Annals of internal medicine*. 2015; 162(3):175–183. doi:10.7326/M13–1609.

[94] Aoun SM, Nekolaichuk C. Improving the Evidence Base in Palliative Care to Inform Practice and Policy: Thinking Outside the Box. *J Pain Symptom Manage*. 2014; 48:1222e1235.

[95] Abernethy AP, Aziz NM, Basch E, Bull J, Cleeland CS, Currow DC, et al. A strategy to advance the evidence base in palliative medicine: formation of a palliative care research cooperative group. *J Palliat Med*. 2010; 13:1407–13.

[96] Debido a su peso relativo son cuantitativamente predominantes, pero el cáncer es la entidad predominante en publicaciones y práctica.

GESTIÓN CLÍNICA Y POLÍTICAS DE SERVICIOS

La principal pregunta que domina los dilemas de la MP desde el punto de vista de las políticas, que se evidencia en el *Atlas de Medicina Paliativa* [97] es la desigual necesidad de y accesibilidad a la MP en la medicina global. Los BRICs (Brazil, Russia, India, China)- modelos de países ingresos medianos, se ubican en todos los niveles de necesidad de MP estimados por la OMS (baja, moderada baja, moderada alta, y alta necesidad-según prevalencia estimada. Es interesante que LAC se ubica

en el primer cuarto con una prevalencia estimada de MP de 272-281/100 000 niños y adultos). [98] [99] La literatura de fortalecimiento de servicios de salud en países de desarrollo intermedio, muestra deficiencias significativas en los servicios. [100] [101] Por tanto, la necesidad de fortalecerlos es un imperativo de mejora y acceso. Esta mejora se puede hoy enfatizar el concepto de escalabilidad de los servicios. [102] La experiencia de los países desarrollados ilumina solo parcialmente las acciones necesarias en contextos de desarrollo diferentes.

Definir las políticas que se deben promover para expandir la MP en los sistemas de salud, depende de su contexto: sistemas desarrollados o poco desarrollados. En los países desarrollados, la tendencia creciente es la integración de los

[96] McNamara B, Rosenwax LK, Holman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage*. 2006; 32:5-12.

[97] WPCA/WHO. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. 2014.

[98] WPCA/WHO. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. 2014; p.13.

[99] Goss PE, Lee BL, Badovinac-Crnjevic T, Strasser-Weippl K, Chavarri-Guerra Y, St Louis J, Villarreal-Garza C, et al. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *Lancet Oncol*. 2013; 14: 391-436.

[100] Swanson RC, Cattaneo A, Bradley E, Chunharas S, Atun R, Abbas KM, et al. Re-thinking health systems strengthening: key systems thinking tools and strategies for transformational change. *Health Policy Plan*. 2012; 27(suppl 4):54-61.

[101] Adam T, de Savigny D. Systems thinking for strengthening health systems in LMICs: need for a paradigm shift. *Health Policy Plan*. 2012; 27 (suppl_4): iv1-iv3. doi: 10.1093/heapol/czs084.

[102] Nanne E, Smith S, Hartwig K, Mmbando P. Scaling Up Palliative Care Services in Rural Tanzania. *J Pain Symptom Manage*. 2010; 40:15e18.

servicios, [103] [104] su adecuada localización [105] y la reducción del costos de las transiciones, [106] como ocurre típicamente con la demencia terminal. [107] La integración de los servicios esta poco representada en los países de desarrollo intermedio (por ej. Argentina está en la categoría 3 de accesibilidad a la medicina paliativa, categoría donde está el 7,6% de los países). [108] En los países IM-M y B, la constricción de los recursos, hacen más compleja la toma de decisiones sobre costo-efectividad, calidad y accesibilidad, particularmente por el problema de la doble carga de la enfermedad. [109] [110] Característicamente estos países tienen

poca representación de atención prolongada institucional, menor desarrollo de complejidad en hospitales, y mayor dependencia de fondos de bolsillo en la comunidad. En estos países, la tendencia creciente es a favorecer la inclusión de pacientes, la accesibilidad y cerrar la brecha del no-cuidado—especialmente a medicación analgésica y disponibilidad de opioides, así como crear capacidades para realizarlo. [111]

La organización y provisión de servicios son en esencia un mecanismo para extender la acción clínica. El problema, es

[103] Siouta N, Van Beek K, van der Eerden ME, et al. Integrated palliative care in Europe: a qualitative systematic literature review of empirically-tested models in cancer and chronic disease. *BMC Palliative Care*. 2016; 15:56. doi:10.1186/s12904-016-0130-7.

[104] Van Beek K, Siouta N, Preston N, et al. To what degree is palliative care integrated in guidelines and pathways for adult cancer patients in Europe: a systematic literature review. *BMC Palliative Care*. 2016; 15:26. doi:10.1186/s12904-016-0100-0.

[105] Emmanuel EJ, et al. Managed Care, hospice use, site of death, and medical expenditures in the last year of life. *Arch Int Med*. 2002; 162:1722.

[106] Aldridge MD, Hasselaar J, Garralda E, van der Eerden M, Stevenson D, McKendrick K, Centeno C, Meier DE. Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*. Vol. 30(3). 2016; 224–239.

[107] Callahan CM, Tu W, Unroe KT, LaMantia MA, Stump TE, Clark DO. Transitions in Care among Older Adults with Dementia in a Nationally Representative Sample of Older Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015; 63(8):1495–1502. doi:10.1111/jgs.13540.

[108] Lynch T, Connor S, Clark D. "Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update." *Journal of Pain and Symptom Management* 45. 2013; (6): 1094–106.

[109] Boutayeb A. The double burden of communicable and non-communicable diseases in developing countries. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2006; 100, 191–199.

[110] Oud L. Predictors of Transition to Hospice Care Among Hospitalized Older Adults With a Diagnosis of Dementia in Texas: A Population-Based Study. *Journal of Clinical Medicine Research*. 2017; 9(1):23–29. doi:10.14740/jocmr2783w.

[111] Goss PE, Lee BL, Badovinac-Crnjevic T, Strasser-Weippl K, Chavarri-Guerra Y, St Louis J, Villarreal-Garza C, et al. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *Lancet Oncol*. 2013; 14: 391–436.

que para hacerlo se requieren financiación [112] y competencias en gestión de servicios, incluyendo de la calidad y costos. [113] Lo más obvio es la propia gestión de los modelos de *hospice*, dado que se multiplican variantes organizativas que divergen del *hospice* original. [114] [115] En el caso particular de la MP, especialmente en la paliación "en toda" atención médica, el problema se hace más complejo, como, por ejemplo, incorporar la medicina paliativa en los hospitales, [116] avanzando hasta la incorporación en modelos de gerenciación de enfermedad. [117] La complejidad ocurre por dos razones principales: 1) la MP está en la interfaz entre el sistema de salud y la familia-comunidad-sociedad, por tanto, entre

servicios de salud y servicios sociales. 2) la integración de servicios de salud, [118] y la taxonomía de organización de los servicios no hospitalarios del continuo de atención [119] –domicilio, centros de salud, consultorios, etc. (que tienen distintos nombres en distintos países), [120] es un problema subyacente. Estos dos problemas afectan especialmente a la planificación de la MP como problema de salud pública. En USA, se requiere modelos financiadores, [121] y dar servicios en el espacio en el continuo de atención entre el hospital y el *hospice* con modelos domiciliarios, incluyendo domicilio, centros de atención primaria, e institucionalización prolongada (equivalente a *nursing homes* en USA); [122] en el

[112] Balabanova D, McKee M, Mills A. Good health at low cost' 25 years on. What makes a successful health system? London: London School of Hygiene Et Tropical Medicine. 2011.

[113] Cutler D. *The Quality Cure*. Univ.California Press. 2014.

[114] Barhydt-Wezenaar N. Home care and Hospice. In Jonas S (Ed.). *Health Care Delivery in The United States*. Springer. 1986; pp. 237-262.

[115] National Hospice and Palliative Care Organization. NHPCO's Facts and Figures Hospice Care in America. 2015.

[116] Center to Advance Palliative Care (CAPC). THE CASE for Hospital Palliative Care. (https://media.capc.org/filer_public/06/90/069053fe-12bf-4485-b973-d290f7c2ecbf/thecaseforhospitalpalliativecare_capc.pdf) (Accessed 2017-02-18).

[117] Emanuel L, Alexander C, Arnold RM, Bernstein R, Dart R, Dellasantina C, Dykstra L, Tulsy J. Integrating palliative care into disease management guidelines. *J Palliat Med*. 2004; 7(6):774-83.

[118] People-centred and integrated health services: an overview of the evidence Interim report. World Health Organization. 2015.

[119] Miller G. Hospice. In *The continuum of long-term care: An integrated systems approach*, ed. C.J. Evashwick, 98-108. Albany, NY: Delmar Publishers. 1996.

[120] Saltman RB, Figueras J (Eds). *European Health Care Reform. Analysis of current strategies*. WHO Regional Publications, European Series, Numb.72. Copenhagen. 1997.

[121] Huskamp H, Stevenson D. Financing Care at the End of Life: Ensuring Access and Quality in an Era of Value-Based Reforms. In A Report of the Aspen Institute Health Strategy Group, *Improving End of Life Care*. 2016; pp.61-79.

[122] Meier D. Care at the end of life. In A Report of the Aspen Institute Health Strategy Group, *Improving End of Life Care*. 2016; pp. 39-57.

ámbito español hay experiencias de integración pública de servicios en curso. [123] Estos problemas se replican en otras sociedades. La deconstrucción de la medicina organizada, por el avance de las tecnologías de la información, agrega tanto posibilidades como problemas, difíciles de gerenciar. [124]

La identificación de las mejores formas organizativas de la MP es un tema de investigación no cerrado. Especialmente en ancianos, gran parte de estos servicios se agrupan organizativamente en hospitales, [125] y el gran capítulo de cuidados subagudos o post-agudos, de los cuales *hospice*

es una parte. [126] [127] Los cuidados paliativos en cáncer, por ejemplo, en el caso de UK, se distribuyen entre *hospice* (14%), atención hospitalaria (50%), domicilio (29%), y "geriátricos" (*nursing homes*) (7,3%). [128] [129] Hay evidencia consistente del beneficio de los cuidados al fin de vida en atención domiciliaria paliativa [130] pero solo 1 de 4 personas fallecen en domicilio en UE. [131]

Si bien no hay acuerdo sobre la definición de gestión clínica, podemos pensar la atención médica personal y la gestión clínica, como un continuo, donde esta última aumenta complejidad de acciones

[123] Garralda E, Hasselaar J, Carrasco JM, et al. Integrated palliative care in the Spanish context: a systematic review of the literature. *BMC Palliative Care*. 2016; 15:49. doi:10.1186/s12904-016-0120-9.

[124] Topol E. *The Creative Destruction of Medicine*. Basic Books. 2012.

[125] The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA*. 1995 Nov 22-29; 274(20):1591-1598. Erratum in: *JAMA*. 1996 Apr 24; 275(16):1232.

[126] Torrens PR. *The American Health Care System. Issues and Problems*. Mosby, St. Louis. 1978.

[127] Weissert WG, Mathews Cready C, Pawelak JE. The Past and Future of Home- and Community-Based Long-Term Care. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4. 2005; pp. 1-71.

[128] Addington-Hall J, McCarthy M. Dying from cancer: results of a national population-based investigation. *Palliative Medicine*. 1995; Vol 9, Issue 4, pp. 295 - 305.

[129] Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016, Issue 2. Art. No.: CD009231. doi: 10.1002/14651858.CD009231.pub2.

[130] Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; (6):1-279. doi:10.1002/14651858.CD007760.pub2.

[131] Hall S, Petkova H, Tsouras AD, Costantini M, Higginson IJ. *Palliative care for older people: better practices*. World Health Organization, EU regional Office. 2011.

médicas (con personal, habilidades, recursos tecnológicos y financieros), extendiendo los beneficios clínicos a los pacientes y familias [132] y expandiendo el profesionalismo y el impacto de la acción a equipos, sitios de práctica y ambiente organizativo. [133]

Desde los servicios las preguntas se refieren a efectividad, costos, costo-efectividad, y /o calidad, en resumen, investigación en resultados de la atención (IR), (*outcomes research-OR*) en MP [134] y ahora, en la "medicina de valor" (*value based medicine*) [135] o decisiones de buena factura técnica sobre optimización de valor en medicina. [136] [137] Por ejemplo, los 3 niveles de resultados de valor en medicina (Nivel 1: el estado de salud logrado—sobrevida, grado de recuperación de la salud; Nivel 2: proceso de

recuperación— en tiempo de recuperación y dis-utilidad de los tratamientos; Nivel 3: sustentabilidad de los tratamientos-recuperación, consecuencias a largo plazo de las terapias), [138] todos ellos, son inherentemente problemáticos e inadecuados para las MP. Hay un valor inherente al proceso de cuidado, su calidad, y su humanidad, que emerge en la MP, mostrando la limitación de la medicina basada en el valor como está formulada, y resaltando el principio de vulnerabilidad como central. [139]

La sustentabilidad y los costos generan siempre la pregunta ética del racionamiento en la salud, que en MP tiene el doble agravante de la vulnerabilidad, incluida la edad avanzada, y el escaso beneficio en salud. [140] El predecible colapso del sistema financiador debido al

[132] Insua JT. Gestión Clínica, Dirección Médica Moderna y Gestión de Cuidados Clínicos. Desarrollo de Instrumentos de Gestión como Estrategia de Cambio. Proc. I Jornadas de Economía y Gestión de Salud. Univ. Nac. Rosario. 2002; pp. 41-72.

[133] Lesser C, Lucey CR, Egner B, et al. A Behavioral and Systems View of Professionalism. *JAM*. 2010; 304(24):2732-2737.

[134] Epstein RS, Sherwood LM. From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed. *Ann Int Med*. 1997; 124:832-37.

[135] Bae JM. Value-based medicine: concepts and application. *Epidemiology and Health*. 2015; 37:e2015014. doi:10.4178/epih/e2015014.

[136] Pham B, Krahn M. End-of-Life Care Interventions: An Economic Analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*. 2014; 14(18):1-70.

[137] Gage H, Holdsworth LM, Flannery C, Williams P, Butler C. Impact of a hospice rapid response service on preferred place of death, and costs. *BMC Palliative Care*. 2015; 14:75.

[138] Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010; 363:2477-2481.

[139] Pellegrino E, Thomasma DC. *Helping and Healing: Religious Commitment in Health Care*. Georgetown. 1997; pp.54-66.

[140] Insua JT. *Ethics, the Elderly and Managed Care: Towards an Analytic Framework on Rationing*. Masters Thesis, MSSM. 1991.

envejecimiento poblacional, así como a la disolución de la familia por la baja natalidad, [141] incrementa la importancia de la efectividad y la costo efectividad de las intervenciones de la MP. El costo al fin de la vida, estimado entre 9-13% del costo médico, es un telón de fondo la economía de cuidados al fin de la vida. [142] [143]

Medir la calidad de atención en MP requiere varios desarrollos. [144] [145] [146] [147] Medir la calidad requiere métodos y modelos conceptuales para

medir el beneficio en paliación, [148] [149] a pesar de la intangibilidad de los resultados al fin de la vida. Viendo el problema como Salud Pública Basada en la Evidencia (SPBE), por ejemplo, el conjunto de indicadores PEACE [150] (un conjunto de mediciones estandarizadas muy útiles, tales como el número de pacientes a quienes no se les evalúa el dolor o las náuseas, y el número que mejoran el síntoma por tratamiento, etc.) y el desarrollo de *Guías Para La Calidad* de la MP. [151] Los países desarrollan varios programas

-
- [141] Lueddke GR. *Global Population Health and Well Being in the 21st Century*. Springer. 2016; pp. 83-113.
- [142] Aldridge, MD, Kelley AS. The Myth Regarding the High Cost of End-of-Life Care. *American Journal of Public Health*. 2015; 105(12):2411-2415.
- [143] Bremner KE, Krahn MD, Warren JL, Hoch JS, Barrett MJ, Liu N, Barbera L, Yabroff KR. An international comparison of costs of end-of-life care for advanced lung cancer patients using health administrative data. *Palliative Medicine*. 2015; 29: 918-9.
- [144] Lorenz K, Lynn J, Morton SC, et al. End-of-Life Care and Outcomes. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2004 Dec. (Evidence Reports/Technology Assessments, No. 110.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK37517/>
- [145] Mularski RA, Dy SM, Shugarman LR, et al. A Systematic Review of Measures of End-of-Life Care and Its Outcomes. *Health Services Research*. 2007; 42(5):1848-1870. doi:10.1111/j.1475-6773.2007.00721.x.
- [146] Dy SM, Aslakson R, Wilson RF, Fawole OA, Lau BD, Martinez KA, Vollenweider D, Apostol C, Bass EB. Improving Health Care and Palliative Care for Advanced and Serious Illness. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. Evidence Report No. 208. (Prepared by Johns Hopkins University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10061-I.) AHRQ Publication No. 12(13)-E014-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. October 2012. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
- [147] Gysels M, Higginson IJ, eds. *Improving Supportive and Palliative Care for Adults With Cancer. Research Evidence Manual*. London: National Institute for Clinical Excellence. 2004. <http://guidance.nice.org.uk/CSGSP/>.
- [148] Rosenfeld K, Wagner NS. Measuring quality in end-of-life care. *Clin Ger Med*. 2000; 16(2):387-400.
- [149] Lorenz K, Lynn J, Morton SC, et al. End-of- life care and outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2004 Dec ;(110):1-6.
- [150] Schenck AP, Rokuske FS, Durham DD, Cagle JG, Hanson LC. The PEACE Project: identification of quality measures for hospice and palliative care. *J Palliat Med*. 2010; 13: 1451- 9. [PMID: 21155640]
- [151] National Consensus Project for Quality Palliative Care. 2008. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. <http://www.nationalconsensusproject.org>.

para cerrar la brecha de la calidad. [152] Para lograr la centralidad del pacientes, se intenta progresivamente la incorporación de la experiencia de los familiares y cuidadores, [153] quienes valoran diferente que investigadores y hacedores de políticas la idea de la salud. [154]

La costo-efectividad, migrando hacia medicina basada en el valor, resuelve solo parcialmente los presupuestos utilitarios de estos análisis. Las ilusiones de reducción de costos al fin de la vida son muy probablemente marginales, aunque es un área donde las discusiones técnicas previenen las conclusiones prematuras. [155] [156] Hay múltiples intentos de evaluar la costo-efectividad de medidas y subtipos de MP, por ejemplo, la costo efectividad de distintos subtipos y modelos de servicios a lo largo del continuo de atención. El problema central de los países de desarrollo intermedio y bajo es la no comparabilidad de los programas.

La pregunta sobre el imperativo bioético de realizar MP, aunque no redujera costos, es siempre válida. J. Eisenberg, señaló, referida a la costo efectividad de la prevención en el anciano, [157] [158] que la prevención no reduce costos, sino que crea valor, calidad médica y humaniza la atención. Igual argumento se aplica a la MP.

CONCLUSIÓN

Desde el punto de vista bioético la mejora, el progreso y la expansión de la MP es un objetivo con gran consenso y que humaniza la medicina. Las respuestas dadas por la medicina paliativa, de acuerdo a estas observaciones van en la dirección correcta.

La traslación de ideales bioéticos a políticas, gestión clínica y servicios de MP requiere mejorar los instrumentos conceptuales y su base empírica. La evalua-

[152] Grant M, Elk R, Ferrell B, Morrison RS, von Gunten CF. Current Status of Palliative Care, Education, and Research. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2009; 59(5):327-335. doi:10.3322/caac.20032.

[153] Robinson J, Gott M, Ingleton C. Patient and family experiences of palliative care in hospital: What do we know? An integrative review. *Palliative Medicine*. 2014, Vol 28(1) 18-33.

[154] Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2016; 5:e010091. doi:10.1136/bmjopen-2015-010091.

[155] Emanuel EJ. Cost Savings at the End of Life: What Do the Data Show? *JAMA*. 1996; 275(24):1907-1914.

[156] Emanuel EJ, Emanuel LL. The economics of dying – the illusion of cost savings at the end of life. *N Engl J Med*. 1994; 330:540-544.

[157] Eisenberg JM. The economics of prevention in the elderly. Lavizzo-Mourey R, Day SC, Diserens D, Grisso JA (Eds). *Practicing Prevention in the Elderly*. Stantley Belfus, Philadelphia. 1989; pp. 197-207.

[158] Hogan C, Lunney J, Gabel J, Lynn J. Medicare beneficiaries costs of care in the last year of life. *Health Affairs (Millwood)*. 2001. 20:188-195.

ción de la MP, desde el punto de vista empírico, sobre cuáles son los mejores métodos o medios para ejercerla tiene déficits para mejorar. El acople entre la necesidad, la situación actual de la MP, las áreas de la MP todavía inciertas en evidencia y operaciones, y finalmente, las opciones futuras requieren un proceso decisional más complejo. La brecha de necesidad se amplía y la demanda global es creciente dadas las fuerzas socio demográficas subyacentes. También emerge con claridad que el gran problema de las brechas y de la accesibilidad, intra- o inter-países, un tema de equidad no resuelto en la medicina global. La carga de mortalidad es creciente y empujada por las mismas fuerzas, ya señaladas.

La humanización puede dar pasos importantes con mejoras en objetivos específicos de servicios y políticas, especialmente en países de desarrollo intermedio. Hay gran espacio para avanzar la evidencia científica, la personalización de servicios, y la calidad-seguridad del cuidado. La evaluación de los métodos y prioridades entre ellos introduce mayor complejidad bioética y requiere expansión de competencias para realizarlo. Estos principios de respuesta esbozados delinean las mejoras

prioritarias, tal como se revisó arriba, estas abarcan políticas macro-, meso- y micro-niveles de servicios, profesionalismo y ciencia médica paliativa, calidad, gestión y servicios. Se debe recalcar que es el conjunto de los servicios, y solo el conjunto, contribuye a la humanización de la medicina en el ámbito de los cuidados al fin de la vida. Claramente se confirma la visión que la crisis de la calidad es una forma de medir la humanización de la medicina, [159] y mejorarla.

Los conceptos "intermedios", entre los principios bioéticos y las normas de calidad, expresados por el IOM, [160] desarrollados para cerrar la brecha de calidad, son particularmente útiles para trasladar conceptos bioéticos a los servicios de salud y la clínica. Dichos principios en el caso de la MP requieren ajustes entre ellos: la centralidad del paciente, para medicina personalizada, es axial, hay además, un conflicto inevitable entre la centralidad del paciente y la accesibilidad a los cuidados. La brecha eficacia y efectividad es el problema más serio entre los criterios intermedios sobre beneficio. La seguridad de los pacientes tiene un peso relativo muy alto dado el grado de vulnerabilidad de los cuidados al fin de la vida.

[159] Marcum JA. *Humanizing Modern Medicine An Introductory Philosophy of Medicine*. P&M, Vol. 99. 2008; pp. 301.

[160] IOM. *Crossing the Quality Chasm: a New Health Care System for the 21st Century*. 2001.

La respuesta cultural y social al fin de la vida requiere conciencia y empatía. [161] La MP es básicamente una respuesta ética, la respuesta de *Dame Cicely*

Saunders, por ejemplo, es un verdadero prototipo ético. [162] Tal espíritu puede trasladarse mejor a los servicios en el caso de la MP.

[161] Rifkin J. *La Civilización Empática*. Paidós Estado y Sociedad. 2010.

[162] Saunders C. A personal therapeutic journey. *BMJ*. 1996 Dec 21-28; 313(7072):1599-1601.

LA EDICIÓN GENÉTICA HUMANA EL *ENHANCEMENT* Y LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Fecha de recepción: 20/09/2017

Fecha de aceptación: 02/10/2017

Prof. Dr. Héctor Jorge Padrón

hypadronseoane@gmail.com

- Investigador
- Director de Proyectos La cuestión salud-enfermedad, en el Centro de Ciencias de la Salud B. Houssay
- Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Humanas (UNVM - Córdoba)

Palabras clave

- Hombre
- Curar
- *Enhancement*

Key words

- Man
- Cure
- *Enhancement*

RESUMEN [1]

En este trabajo se intenta considerar las nociones de la *curación* y del *enhancement* en relación con un debate actual y complejo que se desarrolla en torno a las propuestas del *posthumanismo* y del *transhumanismo*, [2] donde se cuestiona la antropología filosófica y, sobre todo, la ontología del hombre que pertenecen a la expresión y el desarrollo de una filosofía realista. [3]

ABSTRACT

This work considers the notions of healing and enhancement in the context of a current and complex debate about the proposals set forth by the post-humanism and the trans-humanism where the anthropological philosophy and also and above all, the ontology of man, which are part of the expression and the development of realistic philosophy are questioned.

"La salud es un *hábito* al servicio de la vida y de la libertad de la persona que consiste en la capacidad física para realizar con la mínima molestia y si fuera posible con gozo, los proyectos útiles del sujeto".

Pedro Laín Entralgo

"*Ancora Uomo*" Michele Farisco

1. UN TEXTO NO SIEMPRE RECORDADO

Gustav Anders, [4] en el prólogo a la 5ª edición de su obra: *Die Antiquiertheit des*

Menschen, [5] describe una situación que –en nuestra opinión– no ha perdido un inquietante significado actual: (1) como seres humanos no estamos a la altura de la *performance* de aquellos que son *nues-*

[1] El presente artículo está basado en la ponencia del autor en el marco del Workshop "Entre curación y enhancement: edición genética humana" organizado por la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica Argentina "Santa María de los Buenos Aires" el 30 de agosto de 2017.

[2] Ver Hottois G. et Missa J.N. *Encyclopédie du trans/posthumanisme. L'humain et ses préfixes*, Paris, Vrin, 2015. Ver además, Hottois G. *Le transhumanisme est-il un Humanisme?*, Paris, Vrin, 2014.

[3] Ver Laferrière J.N. *El cuerpo humano a debate: reflexiones jurídicas*, 2017. Texto que corresponde a la *Lectio Inauguralis* del Año Académico 2017 en la Facultad de Derecho, Cátedra Internacional Ley Natural y Persona Humana, PUCA, Buenos Aires, 21 de marzo, 2017. En este importante trabajo hay advertencias y desarrollos reflexivos respecto al *posthumanismo* y el *transhumanismo* en relación con las perspectivas de la *curación* y el *enhancement* respectivamente. Ver además, Laferrière J.N. *La edición genética humana, el art. 57 del Código Civil y Comercial y los límites de las Biotecnologías en Revista de Derecho de la Familia y las Personas*, No 57, Junio 2016.

[4] Gustav Anders fue el pseudónimo de Günter Sigmund Stern. Este fue hijo del Dr. en Medicina William Stern– quien publicara en 1906 el primer volumen de una obra titulada *Person und Sache (Persona y Cosa)*. El noble ejemplo de este médico-filósofo educó a su hijo Günther en el respeto incondicional a *la realidad* de la dignidad humana de cada hombre.

[5] Ver n. 2, arriba.

tros "productos" tecnocientíficos; (2) *producimos más* de lo que podemos *imaginar y tolerar*; (3) creemos que lo que *podemos hacer* tecnocientíficamente, en efecto, *debemos hacerlo*". [6]

Anders decide formular algunas advertencias destinadas a los eventuales lectores de su obra. La *primera* de ellas se refiere al *carácter* de su reflexión filosófica que llama significativamente *filosofía coyuntural* (*Gelegenheitsphilosophie*). En efecto, el autor declara que los textos que siguen a la Introducción de su obra en dos volúmenes *no* son ensayos literarios, ni tampoco ensayos filosóficos en el sentido académico usual; se trata -insiste el autor- "de una manera de filosofar que tiene por tema *la situación actual*, pero no sólo como *objeto*, ya que lo que pone en marcha a este filosofar es "el *carácter opaco e inquietante* de los elementos de nuestro *mundo actual*". [7]

La *segunda advertencia* en cierto modo procede de la primera. Dado el carácter *obligado* que presentan ciertos

productos de nuestro mundo tecnocientífico contemporáneo es posible hacer, por lo menos, *dos lecturas* respecto de la mencionada *obligatoriedad* de determinados *productos*. Por una parte, la expresión se puede entender en el sentido de que tales productos *son de consumo obligado* en un mercado determinado y, por otra parte, se puede entender que el carácter *obligatorio* de determinados productos tecnológicos que son un *aparato*, hace que si uno de esos productos *faltara* de manera sistemática, en realidad, se pondría en crisis *el sistema de los aparatos*. Anders ve, con razón, que en un *mundo de aparatos* no existen *aparatos aislados*. En efecto: "cada aparato singular es, a su vez, sólo una pieza [...] sólo un fragmento en el sistema de los aparatos; un trozo que, en parte, *satisface necesidades* de otros aparatos y, en parte, con su propia existencia -a su vez- *impone necesidades* a otros aparatos". [8]

Ciertamente, no se trata de afirmar que este *sistema de aparatos*, este *macro-aparato* es simplemente un *medio* -entre otros- que está ahí *disponible* para la *libre*

[6] Ver Anders G. (1979) *Die Antiquiertheit des Menschen*. I. Wien 5fte Aus. Verlag C.H. C.H. Beck oHG, Munchen, 2012. Ver también, Anders G. *La obsolescencia del hombre*, Vol. I. *Sobre el alma en la época de la segunda revolución industrial*, trad. al esp. Pérez J.M., Valencia, Editorial Pre-Textos, 2011. Prólogo a la 5ª edición. En adelante todas las citas se hacen a partir de esta última edición. Ver además, Anders G. *Hombre sin mundo*, Valencia, Editorial Pretextos, 2007. Se trata de una obra filosófica que reúne y estudia los textos consagrados de grandes escritores y artistas: Brecht, Broch, Döblin, Heartfeld, Grosz y Kafka.

[7] Ver *Id. Ibid.*, 25.

[8] Ver *Id. Ibid.*, 20.

fijación de una finalidad determinada. Lo que ocurre en *esta óptica* es que el *sistema aparato* es *nuestro mundo*. Y recuerda Anders: "[...] *mundo* es algo más que *medio*", "categorialmente es otra cosa". [9]

La suma de cada una de las advertencias y exigencias señaladas por Anders respecto del texto de su obra hace que aparezca un fenómeno muy poco apreciado en el mercado actual de las publicaciones: un "estilo inactual de exposición". [10]

Sin embargo, la ocasión privilegiada de poder realizar varias reediciones de su obra en dos volúmenes, permitió a Anders corregir significativamente el *subtítulo original* de su obra: "*Sobre el alma en la época de la segunda revolución industrial*" y, entonces, colocar en su reemplazo: "*Sobre las metamorfosis del alma en la época de la segunda revolución industrial*". [11] Ahora bien, señalado esto, podemos preguntarnos hoy ¿en qué consisten estas *metamorfosis del alma* respecto de las características de una época histórica como la nuestra? El propio Anders ha respondido anticipadamente. Desde el punto de vista que concierne, ante todo, a *la época actual* parece posible reconocer dos síntomas: por una parte, (1) la *agudi-*

zación y la *ampliación* crecientes del orden de aparición y circulación de los más diversos *productos tecnocientíficos*; (2) una relativa imposibilidad para estar continua y completamente *actualizados* respecto de los resultados de los diversos y numerosos *productos tecnocientíficos* disponibles.

Anders declara que, como consecuencia de las características señaladas, se instala una cadena de reemplazos sucesivos de productos que se proponen como más refinados y eficaces que los anteriores en plazos temporales cada vez más cortos. Este dispositivo presupone una enorme *plasticidad* en el hombre que consume y administra -en diversos sentidos- dichos productos. Sin embargo, el ejercicio eficaz de la *plasticidad* mencionada no puede evitar que aparezca una peculiar *disimetría* por un lado, entre *la necesidad* de seguir el ritmo de la transformación que se impone a los *productos tecnocientíficos* en circulación y utilización y, por otro, nuestra *propia capacidad de asimilación y operación* sobre éstos.

Una mirada no menos atenta descubre en nuestra situación una peculiar pasión y una libertad *prometeicas* que impulsan

[9] Ver *Id. Ibíd.*, 20.

[10] Ver *Id. Ibíd.*, 25.

[11] Ver *Id. Ibíd.*, 32.

a producir siempre *algo nuevo* que, a su vez, reclama una *renovada plasticidad*. Y aquí Anders se pregunta si *esta plasticidad* humana puede ser *manipulada indefinidamente* [12] y esto mismo implica otra cuestión no menos importante, a saber: si el hombre mismo puede ser *remodelado* también del mismo modo.

Parece, además, que esta última cuestión no es ante todo y solamente metodológico-epistemológica sino, más bien, *antropológico-ontológica* en el sentido de verificar de manera *epocal* un discernimiento sobre los límites de las capacidades y del *estatuto* del hombre.

2. DEL PASAJE DEL ORGULLO PROMETEICO A LA VERGÜENZA PROMETEICA

Anders estima que lo que se puede llamar el *orgullo prometeico* comporta al menos dos operaciones: por una parte, la producción de *dispositivos tecnocientíficos* cada vez más poderosos y refinados en términos de resolución; por otra parte, una voluntad de rechazar un conjunto de *límites* para el hombre que proceden del carácter *dado* de su naturaleza humana finita, el denominado *natum esse*, el ser

nacido, el hecho de que *procedemos* no sólo de *otros seres*, sino que, además, como efecto de nuestro nacimiento podemos recibir un número de determinaciones y limitaciones más o menos severas en términos de disposiciones o aún enfermedades que heredamos en el orden psico-biológico-social y, no menos, también recibimos aquellos límites que proceden de las características de una época histórica y una cultura dadas.

En atención a este estado de cosas mencionado surgió la propuesta de un hombre que *se hace a sí mismo*, en cuanto a la realidad de *un hombre autónomo* que, por una parte, intenta *tecnocientíficamente* llevar lo más lejos posible los *límites* que *le impone lo dado* en el orden individual de su propia naturaleza humana respecto de las *enfermedades*, los *dolores*, los *sufrimientos*, su peculiar *desamparo*, así como *las formas deletéreas* que puede instalar en su existencia el *aislamiento* que habrá que distinguir cuidadosamente de la *soledad* y, en el límite, el *factum* de su propia *muerte* y; por otra parte, todo aquello que se le impone como límites que proceden de la realidad histórica de un orden político-social y del desarrollo de su participación activa en un Estado de derechos y deberes ciudadada-

[12] Ver *Id. Ibid.*, 33.

nos que garantice no sólo su libertad sino sobre todo la realización de su bien propio en términos de su perfección humana posible. [13]

Sin embargo, en otro sentido es manifiesto que ante la *performance* de determinados *aparatos tecnocientíficos* producidos por el hombre, en cuanto a *fuerza, velocidad y precisión* el hombre se experimenta a sí mismo inferior a sus resultados operatorios tecnocientíficamente. De este modo, se inicia un proceso de *desertización del hombre* y por esta vía, entonces, este hombre comienza a *emigrar al sistema de valores* de los instrumentos tecnológicos y de sus resultados específicos. [14]

Admitido esto, hay algo más grave aún: una forma de *la vergüenza prometeica* hace que el hombre se experimente en

su ser humano no sólo como un *aparato con otros aparatos* sin duda mucho más *refinados y eficaces operatoriamente* sino que, además, este hombre se descubra a sí mismo como un *ser aparato para otros aparatos*. [15]

Anders sostiene que el proyecto de la *Human Engineering* aplicada al hombre – en el sentido más amplio– de ninguna manera está preocupada por estudiar y discernir lo que la *naturaleza del hombre* es sino que, ante todo, quiere conocer los niveles de posibilidad e inestabilidad hacia los cuales su realidad humana puede ser *operada* a fin de desplazar y conocer su *performance* en una eventual relación con nuevos aparatos tecnológicos. Se trata, en el límite, de contar con un *ser del hombre para los aparatos y sus promesas*. [16]

[13] Ver Vigo A. *Praxis como modo de ser del hombre. La concepción aristotélica de la acción racional en Filosofía de la acción. Un análisis histórico sistemático de la acción y la racionalidad en los clásicos de la Filosofía* (Gustavo Leiva Editor), Madrid, Universidad Autónoma Metropolitana-Editorial Síntesis, 2008. pp. 53-85.

[14] Ver Anders G., *Ob. cit.*, 41. Aquí se verifica lo que Anders denomina la "*Dingscham*", la vergüenza por parte del hombre prometeico de no ser en sus operaciones tan perfecto o eficaz como lo son –de manera creciente– los productos o instrumentos que él mismo produce. Este estado espiritual y el proceso que comporta ha sido denominado *Verdinglichung*, traducido ordinariamente como *reificación* y, más recientemente, *cosificación*, pero en ambos casos con un significado antropológico idéntico. La idea de lo que Anders quiere decir aquí queda ejemplificada en la expresión verbal de un oficial de la Fuerza Aérea Norteamericana, *instructor de vuelo*, dirigida a sus jóvenes cadetes: "el hombre, tal como ha sido creado por la naturaleza, es una *faulty construction*, una construcción fallida". Ver Anders G. *Ob. cit.*, p. 47. En resumen: en la medida en la que un hombre conduzca un dispositivo extremadamente tecnificado como un avión de combate u otro actual de uso civil, *su realidad humana* debe ser considerada siempre como una fuente –más o menos trágica– de posibles de *errores*.

[15] Ver Anders G., *Ob. cit.*, 48.

[16] Ver *Id. Ibid.*, 54.

3. EL RETO DEL POSTHUMANISMO

Michele Farisco en su bello libro titulado *Ancora uomo* [17] ha estudiado de manera amplia y acuciosa el fenómeno del llamado *posthumanismo*, y lo ha hecho en una perspectiva a *doble faz*: científica y la antropológico-filosófica. [18]

Farisco señala que el término *posthuman* fue utilizado explícitamente por primera vez por Ihab Hassan en relación con los trastornos antropológicos del s. XX. Hacia fines de los años 70. Este autor escribía:

"[...] en el estado actual, el *posthumanismo* podría aparecer de manera diversa como un dudoso neologismo, el último slogan, o simplemente como otra imagen del odio recurrente del hombre hacia sí mismo. Sin embargo, el *posthumanismo*

podría también aludir a un potencial de nuestra cultura, referirse a una tendencia que intenta ser algo más que una moda [...] debemos comprender que la forma humana –incluso el deseo humano y cada una de sus representaciones externas– debe cambiar radicalmente y que, por tanto, debe ser concebida de nuevo [...] quinientos años de humanismo deben encaminarse hacia un final, de tal manera que el humanismo da luego algo de sí que debemos sin reserva alguna llamar *posthumanismo*". [19]

Posteriormente, hacia el comienzo de los años ochenta, el término *posthuman* se afirmó junto al término *transhuman*, en ciertos estratos de la teoría robótica [20] y de la literatura denominada *fantacientífica*. Por otra parte, el término *posthumano* adquirió relieve propio en el ámbito de la teoría y de la praxis artística. [21]

[17] Ver M. Farisco. *Ancora uomo. Natura umana e postumanesimo*. Vita e Pensiero (PV), Milano, 2011.

[18] Ver *Id.*, *Ob. cit.*, II. *È morto l'Uomo ¡Vivano gli uomini!*, 2. *Genesi della nozione di posthuman*, p. 61–67. III. *Declinazione del postumanesimo*. pp. 69–122.

[19] Ver Hassan I. *Prometheus as Performer: Toward a Posthumanist Culture?* In Benamou M., Caramella C. (eds.) *Performance in Postmodern Culture*, Coda Press, Madison, 1977. p. 212. Citado por Farisco, *Ancora uomo...Ob. cit.* p. 61.

[20] Señala Farisco que los primeros lugares de formulación del concepto de *transhuman* entendido como fase de transición hacia una forma de vida posthumana, es decir por lo menos postbiológica, se pueden reconocer en Gibson W. *Neuromanie*, trad. it. Crossato G. e Sandrelli S., Nord. Milano, 1984; Drexler F. *Engines of Creation. The Comming Era of Nanotechnology*, Anchor Books, 1987; Moravec H. *Mind Children. The Future of Robot and Human Intelligence*, Cambridge, Harvard University Press, 1988; Huxley J. *Eugenic in Evolutionary Perspective* in "Perspectives in Biology and Medicine", 6, (1963) 2, pp. 155–187.

[21] Farisco señala para una panorámica de la estética del término *posthuman* a Deitch J. (1992). *Posthuman*, Idea Books, Amsterdam, Macri T. *Il corpo postorganico. Sconfinamenti della performance*, Genova, Costa e Nolan, 1996.

Jeffrey Deitch fue el curador de una muestra denominada *Posthuman* que se presentó en el Museo de Arte Contemporáneo de Laussane en 1992 y, en octubre del mismo año, la muestra se ofreció en el Castello di Rivoli, en Torino. Si, como conviene aquí y propone Farisco, se dejan *metodológicamente* de lado los contenidos específicamente artísticos del evento, resulta muy importante destacar la síntesis de Deitch que aparece en el Catálogo de la muestra en Torino:

"El mundo emergente en el cual la cirugía plástica, la reconstrucción genética y la incorporación de componentes electrónicos se convierten en una praxis común, bien pronto podrá ser asumido como un estadio ulterior de la evolución darwiniana del ser humano. Tales innovaciones tecnológicas comenzarán también a alterar radicalmente la estructura de las interacciones humanas [...] La era moderna podría ser definida como el período del descubrimiento del yo, la era postmoderna, en la cual vivimos, puede ser entendida como un período transitorio de desintegración del yo... quizá la era post-humana que

comienza a entrecruzarse en el horizonte estará caracterizada por la reconstrucción del yo". [22]

A partir de esta enunciación, Deitch señalaba *la necesidad* de una *nueva ética* y una *nueva antropología*. [23]

Como advierte Farisco, aquí no se trata del hecho de *una corriente estética* entre otras ni, tampoco de una más o menos exaltada *moda tecnófila*. [24] Lo que aquí ya está *en juego* es un *cambio antropológico* sostenido por "el impacto actual de las tecnociencias, en especial: los aportes de la robótica, la informática y la bio-neuro-tecnología en la configuración de una subjetividad actual". [25]

El hecho nuevo antropológicamente significativo es *el itinerario* hacia una *subjetividad híbrida, conjuntiva*, y lo que es preciso recoger –señala Farisco– es que el proceso de *reconstrucción del yo* no se desarrolla solamente en el plano *teórico* sino que lo hace en el plano más inmediato de las experiencias de los desarrollos biotecnológicos que conciernen a la *identidad corpórea humana* y, junto con

[22] Ver Vettese A. *Capire l'arte contemporanea dal 1945 ad oggi*. Torino, Umberto Allemandi e C., 1998, p. 299.

[23] Ver Farisco M., *Ancora uomo...Ob. cit.*, p. 62.

[24] Ver, *Id. Ibid.*

[25] Ver, *Ibid.*

ella, que pertenecen a *la identidad psicológica y espiritual* vía injertos de órganos no-humanos, implantes tecnoinformáticos en el cuerpo humano, etc. y, por este camino, al inicio de *un proceso de virtualización del cuerpo humano* como una entidad cada vez *más autónoma* de modo tal que a través de una multitud y diversidad de prácticas que se aplican al cuerpo del hombre, *se expresa una necesidad actual* de los seres humanos de *hacerse artifices de sí mismos*.

En todo caso, el punto a destacar consiste en que aquí se trata de *una voluntad* que deliberadamente *no presupone una identidad previa*, una *forma sustancial* y una *sustancia* correspondiente sino, ante todo, *la realidad de un proceso inestable y continuo de construcción y de transición* no simplemente líquido sino *magmático* "con algunas zonas francas de solidificación". [26]

Conviene recordar que el concepto de *posthumano* se manifestó primero en *la experiencia del arte*.

Lo importante -indica Farisco- es advertir el vínculo que atraviesa horizontalmente la *deshumanización* del arte, la *deshumanización tout court* y la *tecnologización* del mundo, advertida y señalada por Jacques Ellul en su obra sobre la técnica. [27] En efecto, el estudioso declara allí que hemos pasado "de *un mundo orgánico* en el cual la *simbolización* era una función adecuada y correspondiente con el ambiente, a *un sistema tecnológico* en el cual *la creación de símbolos* no tiene ni lugar ni sentido". Parece manifiesto, entonces, el carácter *antihumano e inhumano* que *puede* asumir lo *posthumano*. [28]

4. ¿SOMOS VERDADERAMENTE POSTHUMANOS?

Esta pregunta no sólo pertinente sino incisiva es propuesta por Farisco en su obra citada [29], además esta pregunta se inserta en un capítulo final de su obra que lleva por título *Siempre el hombre*.

[26] Ver Farisco M., *Ob. cit.*, p. 63, particularmente p. 67.

[27] Ver Ellul J. *L'empire du non sens. L'art et la société technicienne*, Paris, P.U.F., 1980.

[28] Ver la reserva que señala Farisco en su obra citada, p. 65. Sin embargo el Autor admite que en el caso de Ellul así como de Anders, se trata de una señal atendible respecto de los riesgos no sólo *semánticos* sino *antropológico-ontológicos* del *sistema tecnológico*. Conviene no olvidar la cita de Ellul. (1954) *La técnica. Rischio del secolo*, trad. it. di C. Pesce. Milano, 1968, p. 145: "la técnica se apresta a *rehacer* enteramente la vida en su conjunto *porque estaba hecha mal*".

[29] Ver Farisco M., *Ancora uomo...Ob. cit.*, Capítulo sexto, pp. 195-215.

La primera *restricción* respecto del itinerario que supone el prolijo examen histórico conceptual de la noción de *posthumano*, consiste en admitir que referirse a la expresión *posthumano* en términos unívocos es *casí* imposible y que, por lo menos, resulta *reductivo*. [30]

Si, por otra parte, el examen se limitara a las dos concepciones principales y notoriamente discutidas actualmente: *posthumanismo* y *transhumanismo*, habría que señalar inmediatamente que el denominado *transhumanismo* concibe lo *posthumano* como el resultado final de la *superación del hombre* tal como es actualmente, afirmando como *principio intrínseco* del ser del hombre *su despliegue* en el proceso del devenir.

Por su parte, el *posthumanismo* –que fuera definido en su ascendencia *evolucionista*– concibe lo *posthumano* como la designación del ser del hombre en términos de "*devenir en relación*", donde sin embargo y en última instancia *no* parece tutelarse completamente la *prioridad del ser sobre el devenir* en los procesos de su desarrollo y su relación con diversos productos tecnológicos.

El riesgo explícito en la primera aproximación se halla implícito en la segunda y consiste: (1) en *no reconocer la especificidad del sujeto*; (2) *sacrificar la identidad a la "indistinción"*, la cual –respecto de las visiones *dualistas* y *dialécticas* del cuerpo humano y a favor del prestigio completo de *la mente*– corre peligro de incurrir en *la denigración de lo humano* y en la afirmación de *lo humano incorpóreo*.

Se ha subrayado justamente que la perspectiva *posthumanista* se apoya en una epistemología *post-positivista* y *anti-realista*, en el sentido de que según esta última el conocimiento no es la *aprehensión* y el *reconocimiento* de la realidad objetiva sino, ante todo, *una modalidad constructiva* de la misma realidad.

Como se recuerda, en el ámbito de la teoría social contemporánea –tanto en los *Social Science Studies* cuanto en el de los *Cultural Studies*– las categorías usuales hacen referencia a la unión continua e invasiva de *naturaleza* y *artificio*. Este hecho hace que dichas realidades se denominen *híbridos*, *cuasi objetos*, *cyborgs*, mientras que los "eventos" que ponen en acto tales realidades se llamen "*implosiones*" y "*superación de confines*". [31]

[30] Ver *Id.*, *Ob. cit.*, p. 195.

[31] En esta perspectiva de análisis Farisco cita a Winner L. *Resistance is Futile: The Posthuman Condition and its Advocates* in H.B. Baille – T.K. Casey (eds.), MIT. Cambridge Mass, 2005. p. 396.

Parece, entonces, que la reflexión sobre el *posthumanismo* conduce a una salida *nominalista* en el sentido de que *las diferencias* entre hombre, animal y máquina -homologadas en la ley común de la *transformación, hibridación-* se resuelven en *transformaciones lingüísticas* en lugar de proceder de *distinciones ontológicas*. Se percibe, además, una dinámica de *disolución de la identidad* que naufraga en *el flujo de las mutaciones hibridantes*. En este punto, Farisco subraya la posibilidad de una *condición paradójica*, a saber: que sean *tutelados sólo los mutantes*, es decir aquellos que se hallan en *continua mutación* [32] por sobre aquellos que no han mutado.

En esta perspectiva de análisis *anti-realista*, el hombre ya no es definido por *una propiedad común* o *esencia* sino que la única condición que se reconoce *común* a todos los hombres es, precisamente, la de *ser un resultado* de continuas *prácticas de construcción/modificación artificiales*. [33]

Así, entonces, el elemento común de las diversas expresiones de *lo posthuma-*

no es la concreción de cada forma de ser como *una concreción temporaria*. De tal modo, cualquier intento de formular una *constante* o bien una *estabilidad ontológica* es considerado un *artificio indebido*, el cual -se dice- procede de una *interpretación cultural* de la *naturaleza humana* en lugar de percibir en ella un carácter intrínseco.

Pero hay más y más grave aún: la *normalidad-estabilidad identitaria* reconocible en los diversos humanismos es entendida por el *posthumanismo* como consecuencia de la *exclusión del otro*, en suma: como una operación solipsista arbitraria.

Sobre la base del pensamiento de G. Deleuze el *posthumanismo* intenta afirmar *un continuum* a través del mundo mineral, vegetal, animal, o bien un *igualitarismo posthumanístico* allí donde, precisamente, la visión humanista proponía una concepción disyuntiva de la relación hombre-mundo enriquecida por la experiencia y la teoría de un orden jerárquico en las relaciones de ser de las diversas realidades que componen el *hólon* dinámico hombre-mundo.

[32] Ver Sommaggio P. *Uomo postumano. I rischi di uso ideologico della genetica* in "Diritto e Questioni pubbliche", 8, 2008. pp. 213-247.

[33] Ver en un sentido rigurosamente metafísico y especialmente atento a los retos del pensamiento contemporáneo sea filosófico sea científico, Forment E. *El acto de ser en la distinción hombre persona de Santo Tomás de Aquino* [en línea] *Sapientia*, Vol. 71, Fasc. 237, 2015. Disponible en <http://biblioteca.digital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/acto-de-ser-distinción-hombre-persona.pdf>.

Conviene recordar -de la mano de Farisco- que el *posthumanismo* -de ascendencia evolucionista y delezuziana- se concibe como Zoé más que como *Bíos*, es decir *Vida simplemente* que *engloba* toda expresión humana y que, como tal, impide la pretensión de una identidad estable y reconocible ontológicamente.

Una formulación sintética de lo *posthumano* contiene la absolutización de la *hibridación* como tal y, además, la *confusión* con el otro que implicaría la anulación de *toda forma identitaria definible*.

Las intenciones explícitas del posthumanismo han sido las de *liberar* la identidad humana de *todo artificio metafísico*, de *todo procedimiento categorial* elaborado a fin de interpretar e inmovilizar la *esencia*. Sin embargo, sería prudente examinar *las pretensiones* del *posthumanismo* respecto de la verificación de sus resultados. Pensamos aquí en las observaciones críticas documentadas en el importante trabajo de A. Miah. [34]

Por su parte, la retórica *transhumanista* está fundada sobre la separación y la

sumisión de la Zoé. En efecto, ésta primero debe ser *transformada* y después *trascendida* a favor de la *multitud de formas posibles* que el hombre está en condiciones de darle a Zoé, la Vida desnuda, a través de la polifonía de su *hacer tecnocientífico*.

Llegados aquí, convendría recordar -con igual modestia que rigor- que el *devenir* debe ser *devenir de algo o de alguien*; que el *devenir* sin duda comporta una *forma*, pero que ésta, tal como reconoce Pierre Hadot: "[...] no es *Gestalt*, una configuración inmóvil sino *Bildung* esto es *formación y crecimiento*". [35]

5. LAS PROPUESTAS DEL *TRANSHUMANISMO*

En el Seminario intensivo dedicado a la noción de "*transhuman*", desarrollado en la Universidad de Yale, el 26 de junio del 2003, Nick Bostrom, Profesor de Filosofía de Oxford -quien aparece como el mayor teórico del "*transhuman*"- ha indicado una serie de definiciones sobre lo *transhumano*: [36]

[34] Ver Miah A. *A Critical History of Posthumanism* in Gordijn R. Chadwick (Eds.), *Medical Enhancement and Posthumanity*, Springer Science + Business media V.V. Dordrecht, 2008. pp. 71-94.

[35] Ver Hadot P. *Le voile d'Isis. Essai sur l'histoire de l'idée de Nature*, Collection NRF, Essais, Paris, Gallimard, 2004. p. 260.

[36] Ver Farisco M., *Ob. cit.*, pp. 168 ss.

"*Transhumanismo*": "El movimiento intelectual y cultural que afirma la posibilidad y el deseo de *mejorar* fundamentalmente *la condición humana* a través de la razón aplicada al desarrollo de tecnologías –disponibles y futuras– a fin de *eliminar el envejecimiento e incentivar capacidades humanas intelectuales, físicas y psicológicas*". [37]

Además, el "*transhumanismo*" comporta "el estudio de las ramificaciones, las promesas y los peligros potenciales de las tecnologías que harán *superar las limitaciones humanas fundamentales*, así como *los problemas éticos* involucrados en el desarrollo de tales tecnologías". [38]

En relación con la diferencia entre *transhuman* y *posthuman*, Bostrom define al primero como "alguien con capacidad moderadamente desarrollada" [39] y al segundo, como "alguien cuyas capacidades de base *exceden* de una manera tan radical aquellas capacidades propias de las criaturas humanas hoy que éste no pueda ser inequívocamente humano respecto de nuestros estándares corrientes". [40]

En consecuencia, el *posthumano* es un *transhumano* que ha llegado a un estadio evolutivo *que ya no es humano* como resultado de diversos apoyos (tecnológicos) externos e internos: *Nanotecnología molecular, Ingeniería genética; Inteligencia Artificial, medicamentos para el control de los estados de ánimo; terapias anti-envejecimiento; interfaces neurológicas; instrumentos para la gestión de la información; medicamentos para el incremento de la memoria; computador portátil endosable; innovaciones de carácter económico; técnico y cognitivo.*

A partir del Manifiesto de *The Transhumanist FAQ*, redactado por Bostrom, en el 2003, [41] la *vida posthumana* se caracteriza por los siguientes rasgos:

- *una mejor calidad*: el hombre no deteriorará con la edad, sino que adquirirá una indefinida juventud y vitalidad;
- *una mejor capacidad intelectual*: cada uno será más inteligente que cualquier genio actual;

[37] Ver <http://www.nickbostrom.com/ppt/introduction.ppt>. Aquí aparece el texto presentado en el Seminario de Yale, citado por Farisco M., *Ob. cit.*, p. 168, n.5.

[38] Ver Bostrom N., *Ibid.* La cursiva en el texto es nuestra.

[39] Ver *Id. Ibid.*

[40] Ver *Id. Ibid.*

[41] Ver Bostrom N. *The Transhumanist DAQ*; v 2.1, 2003, Disponible en: <http://www.transhumanism.org/index.php/WTA/faq/>.

- *una mejor calidad del cuerpo*: si aún se tuviera un cuerpo físico, se estará en condiciones de *modificarlo según los propios deseos*; se podrán efectuar copias de seguridad de sí mismo y transmitir las a la velocidad de la luz;

- *una mejor capacidad sensorial*, facultad y sensibilidad especiales: nuevas modalidades cognoscitivas y mejor sensibilidad para la música, el humor, el erotismo, la espiritualidad, la belleza...;

- *un autocontrol afectivo*: mejor bienestar subjetivo, autocontrol, capacidad para *elegir* las propias emociones, por ejemplo conservando el vínculo romántico con el propio *partner*, "ajado por el tiempo".

Hay que subrayar que de este *escenario teórico* -que constituye el trasfondo a imponentes empresas económicas tales como la *criónica*, *life-extension*, una cierta dirección de la *nanotecnología*- emerge *una tecnología* subordinada al único fin de *implementar el bienestar del individuo humano* a través de *la corrección de los errores y los límites de la naturaleza humana*. La progresiva intrusividad de la tecnología y la consecuente *hibridación hombre-máquina* son subordinadas al control superior del sujeto humano.

Por otra parte, se declara que la *contingencia* y la *causalidad* serán *eliminadas* en nombre de la omnisciencia de un ser -el *posthuman*- para quien en adelante *trascendencia*, *esperanza* y *fe* son sólo *absurdidades* ligadas a retrógradas visiones pre-científicas del mundo. En suma: *la tecnología ahora sirve para corregir la naturaleza madrastra*, la cual ha tratado al hombre de manera severa convirtiéndolo en prisionero de límites demasiado estrechos frente a los cuales el hombre *tiene el deber moral de rebelarse* con la propia *inteligencia tecnocientífica*. [42]

Ahora bien, si esto es así -indica Farisco- los teóricos del *transhuman* quedan "encerrados dentro de los límites demasiado estrechos de los antiguos dualismos *hombre-naturaleza*; *cultura-naturaleza*, también dentro del *dualismo* reciente *hombre-máquina*, ya que la relación entre ambos no es *conjuntiva-hibridativa*, sino simplemente *sustitutiva*. En efecto, este *posthuman*, como señala agudamente el título del libro de Moravec dedicado a la Inteligencia Artificial -*Mind Children*- es sólo hijo del ingenio humano que, según los teóricos del *transhumanismo*, se convertirá en protagonista de *un parricidio epocal*: la muerte del hombre y el nacimiento del *post-hombre*. [43]

[42] Ver Farisco M., *Ob. cit.*, p. 169.

[43] Ver *Id.*, *Ob. cit.*, pp. 169-170.

Según la opinión de Marchesini, [44] en los términos precedentes, el *transhumanismo* y el *posthumanismo* terminan utilizando formas más o menos fraudulentas de *hiperhumanismo*, ya que su fin es *mejorar indefinidamente* -hasta cambiarlas en otra cosa *esencialmente superior*- *las capacidades humanas actuales* a través de una obra de *potenciamiento-retorcimiento* de la condición humana. [45]

Señala Farisco, con razón, que la alteración tecnológica es tal que no se excluye -más bien lo contrario- un futuro respecto del deceso del hombre biológico - como lo conocemos actualmente- para dar paso al *nuevo ser ¿humano post-biológico, post-orgánico, post-identitario, post-humano* (post-real)? [46]

6. CONTRA LO INHUMANO

Parece que *el límite mayor* que presenten las posiciones *transhumanistas*, así como el concepto de *posthumano*, está

representado -en opinión de Farisco- [47] por la tendencia a proponer *la dimensión corpórea* del hombre como *un lastre y un límite* que sería necesario *redefinir* y, tendencialmente, eliminar para, así, alcanzar un estadio evolutivo correspondiente digno de las *extraordinarias capacidades mentales* del ser humano. [48] Es también Farisco, quien declara que "detrás de esta oposición al *cuerpo humano* -que en ciertas expresiones puede llegar a *su desprecio*- se anida una *concepción dualista* para la cual lo que verdaderamente señala la *identidad humana* es *sólo la mente*". Ahora bien, los resultados recientes de las investigaciones de las ciencias neurobiológicas han demostrado *la imposibilidad* de concebir la *mente humana* como una realidad *desvinculada* de *su cuerpo vivido*. Más aún, sobre el plano filosófico es posible afirmar *el carácter imprescindible del cuerpo humano* para intentar la definición de la identidad compleja del hombre. [49]

Entre los teóricos actuales del *transhumanismo* -en términos no necesaria-

[44] Ver Marchesini R. *Il tramonto dell'uomo. La prospettiva post-umanista*, Bari, Edizioni Dedalo, 2009.

[45] Ver Dey M. *Velocità di fuga. Cyberculture a fine millennio*, trad. it. M. Tavosannis, Felinelli, 1997. pp. 320-334. Ver especialmente el Parágrafo I, del Capítulo Sexto. *La politica cyborg del corpo: obsolescenza corporea ed esse postumani*. Allí se lee: "Hay algo absolutamente norteamericano en esta filosofía hecha de expansión sin límites, autotransformación, tecnología inteligente, orden espontáneo y optimismo dinámico que reconcilia el *reduccionismo mecanicista* de las teorías de la inteligencia con *el celo evangélico y siempre positivo para el potencial humano*".

[46] Ver Farisco M., *Ob. cit.*, p. 171.

[47] Ver *Id.*, *Ob. cit.*, espec. p. 179.

[48] Ver *Id.*, *Ob. cit.*, p. 172.

[49] Ver *Id.*, *Ob. cit.*, p. 173.

mente *postbiológicos*- es preciso citar a K. Hayles, quien ofrece instrumentos conceptuales precisos para encuadrar *la cuestión del cuerpo humano* en relación con los problemas provocados ya por las tecnologías recientes. La pensadora norteamericana se aparta, con razón, de la posición de Foucault, quien *reduce* el cuerpo humano a una simple *práctica discursiva*, y afirma con vigor que los cuerpos humanos tienen una *concreción corpórea* que de ninguna manera puede ser disuelta en la realidad del *discurso*. Esta *concreción* del cuerpo humano de la que habla Hayles es una *concreción singular*, la cual se expresa en su conocida distinción entre *body*-cuerpo- y *embodiment*-corporeidad o encarnación- y, en tal sentido, declara Hayles: "la *corporeidad* difiere del concepto de *cuerpo* por el hecho de que *el cuerpo* es siempre normativo respecto de cualquier conjunto de criterios [...] Diversamente del cuerpo, *la corporeidad* es contextual, correlativa a la especificidad del lugar, del tiempo, de la fisiología y de la cultura, los cuales en su conjunto constituyen *el contexto de la acción*. La *corporeidad* no coincide jamás con el cuerpo...". [50] Esto explica que en tanto el cuerpo humano se someta a

prácticas de normalización -como es el caso del diagnóstico médico, que transforma el cuerpo humano en una realidad *registrable*- la *corporeidad* es siempre contextual, específica, contingente, original. Y por todo esto es *irreductible* a la información. Y así, mientras el cuerpo humano puede desaparecer -no sin signos de protesta- a través de la información acuciosa de sus datos, la *corporeidad* *resiste* porque se halla indisolublemente ligada a las circunstancias y, entonces, a *la historia* de una persona". [51] Por otra parte, la *irreductibilidad* de la corporeidad a los términos de la mera información implica la *irreductibilidad del mismo cuerpo* a una suma de información, ya que a causa de su concreción *la corporeidad* debe encarnarse en una dimensión material específica, la cual no puede concebirse como *un simple pedazo de materia inerte* como lo demuestran -Merleau Ponty y también Bourdieu- sus *prácticas incorporadas*, aquellas acciones codificadas por la memoria corpórea como *performances* y repetidas hasta convertirlas en *habituales*, p. ej. la dactilografía. [52]

Si esto es así, el *cuerpo humano* se manifiesta como *necesario* para que se dé

[50] Hayles K. *How We Became Posthuman? Virtual Bodies in Cybernetics, Literature and Informatics*, Chicago, University of Chicago Press, 1999. p. 196.

[51] *Id.*, *Ob. cit.*, pp. 197-198.

[52] Para el punto expuesto aquí ver Farisco M., *Ob. cit.*, p. 174.

una *corporeidad* del hombre, y es imprescindible para que se pueda hablar de *un hombre*. [53] Finalmente, como concluye Farisco, la lógica interna del *transhumanismo* implica la *subordinación* de la *naturaleza* entendida como *lo que se da* – interna o externamente al hombre– a la *cultura* entendida como acción transformadora del hombre, ante todo, en términos de *in-estabilidad* por sobre la *estabilidad* y, a su vez, la *estabilidad* traducida en dispositivos tecnocientíficos que configuren por intrusión cada vez más completamente la naturaleza humana.

Es preciso señalar aquí filosóficamente lo que Farisco llama un error de perspectiva según el cual se afirma que "el pensamiento (la actividad intelectual) esencialmente es *manipulación racional de símbolos mentales o de ideas*". [54] Ahora bien, *si* el pensamiento fuera efectivamente *sólo* una manipulación mental –la cual la *Filosofía de la Mente* define como "*funcionalismo computacional*", la estructura sobre la cual está implementado podría ser –de manera indiferente– *biológica o electrónica*, de modo tal que *el*

cerebro humano sería, finalmente, *sólo un soporte accidental y no necesario* para la inteligencia humana.

Marchesini ha visto con toda claridad el *límite insuperable* de la Inteligencia Artificial que la hace esencialmente diferente de la Inteligencia Humana y no comparable con ella: se trata del hecho de que la Inteligencia Artificial está implementada en términos de "sistemas formales", según las reglas de la lógica binaria y del álgebra de Boole. Ahora bien, *un sistema formal* no presenta (a) *ambigüedades, matices*; (b) es independiente del *medio*, (c) puede ser tratado por medio de algoritmos y, entonces, explica sincrónicamente. [55]

Un sistema formal presenta una estructura binaria del tipo *todo o nada* –como fue el caso de la máquina de Turing– y su validez lógica *no* depende del medio sobre el cual es implementado, Para los sistemas formales se habla de *isocronía y autoreferencia*, de modo que dichos sistemas para funcionar no tienen nada que aprender fuera de sí mismos. [56]

[53] Ver las reservas importantes respecto de las conclusiones de Hayles que expone puntualmente Farisco, *Ob. cit.*, pp. 174-175 en el sentido en que Hayles sostiene que la *plasticidad* del hombre *no requiere un sí mismo esencial*.

[54] Ver Haugeland J. *Intelligenza artificiale: el significato di un'idea* (1985), trad. it. di Sala V., Torino, Bollati Boringheri, 1998. p. 11.

[55] Ver Marchesini. *Post-human. Verso nuove modelli di esistenza*, Torino, Bolati Broingheri, 2002. p. 346.

[56] Ver Farisco M., *Ob. cit.*, pp. 176-177.

Resumiendo drásticamente las condiciones de la inteligencia del hombre sobre el texto de Pepperell, donde este autor dice conciencia, Farisco dice inteligencia, y éstas son: [57]

1. La inteligencia no es reductible, no está exclusivamente restringida al cerebro.

2. La inteligencia es función de un órgano no un órgano.

3. No se puede comprender la inteligencia estudiando sólo el cerebro.

4. La mente y el cerebro actúan conjuntamente para producir la inteligencia. No hay pensamiento puro *aislado del cuerpo*. Para funcionar *el cerebro debe necesariamente estar conectado con el cuerpo* [...] La inteligencia es un resultado que emerge de la cooperación de un cerebro y de un cuerpo; *nosotros pensamos con todo el cuerpo*". [58]

Parece posible, entonces, concluir que el pensamiento humano es *un fenómeno complejo y no reductible a una implementación artificial que tome en cuenta solamente el aspecto abstracto-racional*. "El pensar se genera a partir de la confluencia de factores, niveles y dinámicas bastante

más complejas: (1) de la vasta e intrincada organización del encéfalo; (2) de sus vínculos con el cuerpo entero, el cual percibe, siente, absorbe informaciones y reacciona frente a éstas; (3) de las interacciones constantes con el ambiente en el cual el cuerpo está inmerso y se mueve; (4) del fluir del tiempo que escande la vida del cuerpo, la cual es el cuerpo". [59]

Por estas razones no parece plausible *un escenario de sustitución de lo humano por parte de lo tecnológico* sino, más bien, la progresiva e inevitable *hibridación* de lo humano con lo tecnológico.

Conviene recordar la advertencia de Biuso: "No serán las máquinas las que se convertirán en *inteligentes* sino que será nuestro cuerpo el que asumirá en su propio interior el poder *perceptivo y computacional de las máquinas*". [60]

Dicho esto, la cuestión decisiva consiste en aclarar y precisar los límites de *la hibridación* para que ésta sea compatible con una identidad *abierta* del hombre y con la indeclinable tutela de *su dignidad personal*.

[57] Ver *Id. Ob. cit.*, pp. 179-180. Farisco advierte que donde Pepperell habla de conciencia, él se refiere a la inteligencia.

[58] Ver Pepperell R. *The Post-Human condition. Consciousness beyond the brain*, Intellect Books, Exeter, 1997.

[59] Ver Biuso A.G. *Cyborgsofia. Introduzione alla filosofia del computer*, Il Pozzo di Giacobe, Trapani, 2004. p. 33.

[60] Ver Biuso A.G., *Ob. cit.*, p. 48, las cursivas son del autor.

A partir de las ponderadas reflexiones de Pierre Lévy [61] queda claro que el papel de la informática y de las técnicas de comunicación no consiste en *reemplazar al hombre* ni tampoco aproximarse a una hipotética inteligencia artificial [62] sino en favorecer las construcciones de colectivos inteligentes en los cuales la potencialidad social y cognitiva de cada uno puedan desarrollarse recíprocamente.

Señala Farisco [63] que la Antropología de la técnica de Lévy, concentrada sobre el nexo radical del cambio antropológico y el desarrollo tecnológico, tiene el mérito no menor de *reconectar la cuestión ética* retomada en términos de la *hospitalidad y del encuentro*. Lévy "entiende *lo virtual* como un nodo de tendencias y de fuerzas que acompañan una cierta situación" y allí "correlaciona lo virtual a la *dinamicidad* más que a la estaticidad, en suma: a *lo posible*, esto es a una realidad estática todavía no actualizada". [64] Lo importante aquí es que Lévy declara que la *virtualización* del cuerpo por medio de las operaciones tecnológicas no promueve y no es una "des-

encarnación" sino más bien una *re-invencción*, una vectorialización, una heterogénesis de lo humano. [65]

Sobre la base de estas premisas, Lévy propone una moral de la "hospitalidad" – propia de los hombres del desierto y de los peregrinos– mediante la *hospitalidad* aquel que está *separado*, que es *extranjero* es *acogido*, *integrado*, *incorporado a una comunidad* [...] En un mundo en constante movimiento en el cual todos son llevados a cambiar, la hospitalidad se convierte en la moral *par excellence*. [66]

Es manifiesto que aquí se hace totalmente pertinente la reserva de Farisco: ¿cuál es el límite para un proceso metamórfico que no sea aniquilamiento de la misma subjetividad? Sin duda, la distinción de Hayles entre *body and embodiment*, que evoca la conocida distinción fenomenológica entre *Körper* und *Leib* es útil aquí. En efecto, se indica así la posibilidad de *una ampliación de la identidad* en términos de *hospitalidad* y de *inclusión* a nivel de la *corporeidad (Leib)* como estructura de relación con la alteridad.

[61] Ver Lévy P. (1995). *L'intelligenza collettiva: per una antropologia del cyberspazio*, trad. it. Colo M. e Feroldi D., Feltrinelli, Milano, 2002.

[62] Ver Lévy P., *Ob. cit.*, p. 31.

[63] Ver Farisco M., *Ob. cit.*, p. 188.

[64] Ver *Id.*, *Ob. cit.*, *Ibid.*

[65] Ver Lévy P. (1995) *Il virtuale*, trad. it. di M. Colo-M. Di Spora, Feltrinelli, Milano, 1997. p. 73.

[66] Ver Lévy P., *La intelligenza collettiva*, *Ob. cit.*, p. 46.

Naturalmente que aparece aquí la cuestión de los límites éticos, a saber: "cuánto cambio, cuánta hibridación puede soportar el cuerpo del hombre sin comprometer la experiencia de sí mismo del hombre, sin infringir aquella corporeidad que dice siempre *autoreconocimiento*, aun de un yo abierto y hospitalario". [67]

La sustitución total o parcial del cuerpo biológico del hombre puede -sostiene Farisco- causar un proceso de simplificación carencia, un empobrecimiento de la experiencia de los sentidos, extrapolando la complejidad de su experiencia en nombre de la programación y el control del arteificio". [68]

Por el contrario, *la crispación del devenir* respecto del ser del hombre en términos tecnocientíficos, expone al hombre al peligro de una deriva *nihilista* y, en el límite, impide la proclamada *superación tecnológica* del hombre actual. Se comprende, entonces, el sentido de las advertencias de Piero Barcellona y de Bruno Romano quienes subrayan el riesgo del *posthumanismo* como una concepción

reduccionista y determinista. [69] Para Barcellona, la época *posthumana* es la del *fin de la diferencia y el tiempo de la insignificancia del lenguaje antropológico*. Así entonces, en un *naturalismo evolutivo* de integración de la naturaleza del hombre con los resultados de la técnica, *la única ley* que parece valer es la de *la guía tecnológica de la evolución* en el programa integrador *hombre-técnica*, y esto quiere decir: *superar los límites impuestos a la condición material del hombre*.

Lo *posthumano* se configura como *post-sujeto*, ya que éste será objeto de imputación del lenguaje, o de la técnica o de la economía y, en todo caso, será "una simple expresión de *lo impersonal*". [70]

Es posible compartir la opinión de Longo [71] -Farisco lo hace- en el sentido de afirmar que *una codificación completa* de la inteligencia humana a través de una reducción a *software*, teóricamente transferible también a un computador no es posible, en cuanto la mente humana se estructura según un sentido no reproducible tecnológicamente porque *se halla*

[67] Ver Farisco M., *Ob. cit.*, p. 189.

[68] Ver *Id. Ibid.*

[69] Ver Barcellona P. *L'epoca del postumano: lezione magistrale per il compleanno di Pietro Ingaro*, Troina, Città Aperta, 2007. p. 13. Ver además Romano B. *Fondamentalismo funzionale e nichilismo giuridico, Postumanesimo, "noia", globalizzazione: Lezioni 2003-2004*, Torino, Giappichelli, 2004.

[70] Ver Barcellona P., Garuffi T. *Il furto dell'anima. La narrazione post-umana*, Dedalo, Bari, 2008.

[71] Ver Longo G.O. *Il Simbionte. Prove di umanità futura*, Meltemi, Roma, p. 61 Ver además G.O. Longo. *Homo technologicus*, Meltemi, Roma, 2004.

ligada a un cuerpo determinado. La inteligencia humana es siempre una inteligencia en un cuerpo humano.

Eliminar el cuerpo biológico del hombre en términos de "*transhuman*" y "*posthuman*" como proponen algunos teóricos Bostrom, Moravec, More, como *la meta más deseable* para el hombre, de manera tal que así se saciaría *su sed de vida*, no tiene ningún sentido humano. Eliminar el cuerpo humano no es concebible ni siquiera como *potenciamiento* ya que supone su drástico empobrecimiento en sus relaciones interpersonales y consigo mismo reducidas a meros estereotipos.

Por otra parte, Farisco recuerda que el sentido de la existencia humana que el hombre recibe de su corporalidad junto con su inteligencia puede representar una de las principales defensas de *la titularidad de la dignidad y derechos del ser humano, impidiendo su instrumentalización*. [72] Declara Farisco: es en virtud de *nuestro cuerpo* que nosotros podemos - sin sombra de duda- reivindicar la titularidad

de derechos sobre nosotros mismos. Si nuestro cuerpo humano fuera *codificado* es decir: reducido a un código incorporado, será violada nuestra más concreta y profunda intimidad.

La cuestión, finalmente consiste en cómo evitar los riesgos *el empobrecimiento* de la humanidad del hombre. Quizá, admitiendo que *lo humano* no queda *reducido* al hombre solamente, ya que la *humanidad del hombre señala* desde ella misma hacia lo sobre-humano como su *tangente* e implicaría lo *posthumano* en el ser y el obrar del hombre en el orden de su perfectibilidad. [73] En todo caso, el programa *transhumanista*, particularmente en sus retos, debe ser confrontado con la realidad de *la persona humana* y la totalidad viviente de sus exigencias, su proyecto y su destino. [74]

Entre tanto, falta *lo más difícil*: hacer dialogar entre sí los aportes de las ciencias -Física, Biología, Neurociencias- y la diversidad de las Tecnociencias, con las perspectivas denominadas *humanísticas*:

[72] Ver Farisco M., *Ob. cit.*, p. 182.

[73] Ver Signore M. *La natura umana e la sfida della complessità* in P. Grassi- A. Gatti, *La natura del uomo. Neuroscienze e filosofia a confronto*, Milano, Vita e Pensiero, 2008. pp. 165-182.

[74] Ver Widow Lira, J.L. "Persona Humana y Naturaleza: los desafíos del transhumanismo" [en línea] Semana Tomista, Persona y Diálogo Interdisciplinar. XL, 7-11 septiembre 2015. Sociedad Tomista Argentina. Facultad de Filosofía y Letras, UCA. Disponible en <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/ponencias/persona-naturaleza-transhumanismo-widow.pdf>.

Filosofía, en especial la Metafísica, la Psicología, la Sociología y, no en último término, la Teología.

Habrà que reconocer -mientras que esta tarea enorme se realiza- que todo diàlogo presupone *condiciones explícitas*, y que la apologética de las mutaciones e hibridaciones tecnocientíficas propuestas -no sólo teóricamente- posee una matriz *materialista operatoria* sobre el plano ontológico y *reduccionista* sobre el plano antropológico-ético. Ahora bien, si esto es así y bajo estas condiciones, cuál es el *umbral* que debería ser *traspasado* para determinar el pasaje de *lo humano a lo posthumano*. Y pregunta Farisco: "¿y si estuviéramos hablando siempre del hombre?..." El punto, en todo caso, es decisivo cuando se trata evaluar el acto de *curar* (*therapeuo*) y el acto del *enhancement* según las condiciones explicadas antes. En efecto, en el primer caso el acto médico de *curar* -desde Hipócrates- presupone la Naturaleza como un verdadero Todo y, por otra parte, la naturaleza del hombre, en una verdadera y profunda *consonancia*

con la primera. Pero hay y más hondo: *therapeuo* significa claramente intentar *curar* al hombre que sufre y, además, *honrarlo* en su ser persona dignísima a la cual *el pensar y el curar* le deben su mejor atención y compasión.

Respecto de las posibilidades y las promesas del *Transhumanismo* conviene recordar aquí el pensamiento de E. Levinas, respecto de todo lo que ya se *puede hacer* y lo que *se espera poder hacer* en materia de *enhancement* en un futuro próximo: "[...] no maten el médico que hay en cada uno de nosotros, no me refiero a aquellos que por sus estudios, han obtenido su *título* de médico, sino a la capacidad de compasión que se halla en cada uno de los hombres frente al dolor y los sufrimientos de su prójimo".

Finalmente, parece que todos los dispositivos tecnocientíficos de *enhancement* *sirven* y entonces *se ordenan a la dignidad inalienable de la persona que sufre* o todavía no son humanos.

ANÁLISIS BIOÉTICO DE LA APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EDICIÓN SOBRE EL GENOMA HUMANO

Fecha de recepción: 11/10/2017

Fecha de aceptación: 17/11/2017

Mg. Dra. Silvia Anselmino

- Profesora Universitaria de Filosofía. UCA
- Licenciada en Filosofía UCA
- Certificado de Estudios Superiores en Bioética FLACSO
- Magister en Ética Biomédica. Instituto de Bioética Facultad de Ciencias Médicas, UCA
- Docente del Magíster de Ética Biomédica Instituto de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas, UCA
- Miembro del Comité de Ética del Hospital Materno Infantil de San Isidro: Dr. Carlos Gianantonio
- Miembro del Comité de Ética de la Investigación UCA
- Miembro del Comité de Ética del Instituto de trasplante de órganos CABA (2013-2014)

Dra. Graciela Moya

gracielamoya@uca.edu.ar

- Médica UBA
- Médica especialista en Genética Médica UNLP
- Magíster en Biología Molecular Médica UBA
- Magíster en Ética Biomédica. Instituto de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas, UCA
- Doctora en Biomedicina, Universidad de Extremadura, España
- Becaria del Dr. Edmund Pellegrino, Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington EE.UU
- Profesora con dedicación especial en el Instituto de Bioética, UCA
- Directora Médica de "Genos"
- Miembro Correspondiente de la PAV

Palabras clave

- Edición del genoma
- Genoma humano
- Principio de precaución

Key words

- Edition of the genome
- Human genome
- Precautionary principle

RESUMEN [1]

En los últimos años, las nuevas técnicas para la edición del genoma se han vuelto extremadamente precisas, simples y accesibles, pudiendo ser aplicadas sobre el genoma de todos los seres vivos, incluido el humano. Las autoras centran la discusión en los aspectos bioéticos de la edición del genoma humano en distintos escenarios potenciales, por un lado, su aplicación a nivel somático, en la edad fetal y adulta, para el tratamiento de enfermedades específicas; o bien la modificación del genoma germinal. Se discute también la finalidad de la edición del genoma humano en el campo terapéutico como en el mejoramiento de rasgos humanos y los aspectos bioéticos de las aplicaciones en la investigación y el uso clínico; como en los riesgos y beneficios del uso de esta técnica para nivel somático, germinal y embrionario.

Para que la transferencia de tales técnicas a la práctica clínica constituya un verdadero bien para la humanidad, deberían ser debatidas invocando el principio de precaución.

ABSTRACT

In recent years the new techniques for the edition of the genome have become extremely accurate, simple and accessible, being able to be applied on the genome of all living beings, including the human. The authors focus the discussion on the bio-ethical aspects of the human genome edition in various potential scenarios, on the one hand, its application at a somatic level, during fetal and adult age for the treatment of specific diseases; or for the modification of the germinal genome.

The purpose of editing the human genome in the therapeutic field is also discussed, as well as in the improvement of human traits and the bioethical aspects of the applications in research and clinical use; as in the risks and benefits of the use of this technique for somatic, germinal and embryonic level. For the transfer of such techniques to clinical practice to be a true good for humanity, they should be discussed invoking the precautionary principle.

[1] El presente artículo está basado en la ponencia de las autoras en el marco del XI Congreso latinoamericano y del caribe de Bioética organizado por la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (FELAIBE), cuyo tema central fue "Determinantes sociales de la salud y políticas públicas". Buenos Aires del 22 al 24 de junio de 2017.

INTRODUCCIÓN

La concepción de la ingeniería genética se ha desarrollado intensamente en los últimos años introduciéndose en el área de la terapia génica. En la actualidad distintos avances tecnológicos como el conocimiento más detallado del funcionamiento del genoma humano, el desarrollo de técnicas que hace que su edición sea sencilla y más específica, la posibilidad de cultivar embriones humanos por más de una semana, [2] la posibilidad de crear células iPS isogénicas, convergen generando nuevos desafíos científicos, técnicos y clínicos en el área de infertilidad, enfermedades genéticas y medicina regenerativa. Estos desafíos deben ser acompañados de un profundo análisis que permita definir los valores morales que puedan ponerse en riesgo, tanto en el diseño de protocolos de investigación como en su aplicación clínica.

Este trabajo describirá brevemente la técnica de edición del genoma, sus alcances y limitaciones actuales; analizará su aplicación a nivel somático y embrionario; y reflexionará sobre el valor del análisis bioético de la aplicación de estas técnicas en seres humanos, de manera que

se constituya en una garantía de protección y custodia del bienestar, derechos y dignidad del Hombre.

EDICIÓN DEL GENOMA

La búsqueda de la modificación del genoma de los organismos vivos no es un concepto nuevo. Comienza con manipulaciones sencillas, como la cruce selectiva de animales y plantas, hasta el descubrimiento de las enzimas de restricción en bacterias y arqueas, promoviendo el desarrollo de la ingeniería genética, con la finalidad de controlar y transferir segmentos de ADN entre organismos. Surgen así las primeras bacterias y ratones genéticamente modificados en los '70, con la posterior comercialización de las bacterias productoras de insulina en los '80. Desde ese momento, la posibilidad de modificar el ADN de los organismos vivos ha continuado progresando, creándose organismos genéticamente modificados para su uso en investigación, agricultura, industria biotecnológica y medicina. [3] La posibilidad de modificar el genoma de plantas y animales fácilmente promueve la idea de intervenir en el genoma humano para el tratamiento de enfermedades

[2] Plaza Reyes A, Lanner F. Towards a CRISPR view of early human development: applications, limitations and ethical concerns of genome editing in human embryos. *Development*. 2017; 144(1):3-7.

[3] Capecchi MR. Gene targeting in mice: functional analysis of the mammalian genome for the twenty-first century. *Nat Rev Genet*. 2005; 6(6):507-12.

genéticas, abriendo el campo para el desarrollo de las distintas técnicas conocidas como terapia génica. [4] Por el momento, estas técnicas han demostrado ser riesgosas, complejas y costosas, ello ha generado la búsqueda de nuevas estrategias más seguras y eficaces. El descubrimiento de las nucleasas bacterianas de secuencia específica [5] en los últimos años, ha permitido que las técnicas de edición del genoma se vuelvan extraordinariamente precisas, sencillas y accesibles. [6] Entre estas últimas, el sistema CRISPR/Cas9, [7] se impone como una novedosa tecnología de modificación del genoma conocida como edición genómica. Este sistema mediante el uso de una nucleasa bacteriana denominada Cas9 en combinación con

moléculas de ARN guía (gRNA), corta el ADN en sitios específicos del genoma, facilitando la modificación del ADN de los organismo, ya sea corrigiendo una mutación o introduciendo una nueva función. [8] Este complejo de nucleasas, que forma parte del sistema inmune de bacterias y arqueas, [9] genera la inducción de un daño en la doble cadena de ADN en un sitio específico generando así una modificación permanente del genoma en esa célula u organismo, [10] que luego es reparado por dos sistemas endógenos de reparación de ADN: uno conocido como Unión de Extremos no Homólogos (NHEJ) y otro como Recombinación Homóloga Directa (HDR, en inglés), sistemas tan complejos que aún continúan en estudio. [11] La com-

[4] Cavazzana-Calvo M1, Hacein-Bey S, de Saint Basile G, Gross F, Yvon E, Nusbaum P, Selz F, Hue C, Certain S, Casanova JL, Bousso P, Deist FL, Fischer A. Gene therapy of human severe combined immunodeficiency (SCID)-X1 disease. *Science*. 2000; 288(5466):669-72.

[5] Existe cuatro tipos diferentes de nucleasas de secuencia específica programables: meganucleasas, nucleasas zinc-finger (ZFNs), nucleasa efectora similar activadora de transcripción (TALENs) y nucleasas asociadas a CRISPR (Repeticiones Palindrómicas Cortas Agrupadas y Regularmente Espaciadas).

[6] Gaj T, Gersbach CA, Barbas CF. 3rd: ZFN, TALEN, and CRISPR/Cas-based methods for genome engineering. *Trends Biotechnol*. 2013; 31(7):397-405.

[7] Sander JD, Joung JK: CRISPR-Cas systems for editing, regulating and targeting genomes. *Nat Biotechnol*. 2014; 32(4):347-355.

[8] Krüger DH, Bickle TA. Bacteriophage survival: multiple mechanisms for avoiding the deoxyribonucleic acid restriction systems of their hosts. *Microbiological Reviews*. 1983; 47(3): 345-60.

Jinek M, Chylinski K, Fonfara I, Hauer M, Doudna JA, Charpentier E. A programmable dual-RNA-guided DNA endonuclease in adaptive bacterial immunity. *Science*. 2012; 337(6096): 816-21.

[9] Ishino YSH, Makino K, Amemura M, Nakata A. Nucleotide sequence of the *iap* gene, responsible for alkaline phosphatase isozyme conversion in *Escherichia coli*, and identification of the gene product. *J Bacteriol*. 1987; 169(12):5429-33.

[10] Tobita T, Guzman-Lepe J, Collin de l'Hortet A. From hacking the human genome to editing organs. *Organogenesis*. 2015; 11:173-182.

[11] Torres-Ruiz R, Rodríguez-Perales S. CRISPR-Cas9 technology: applications and human disease modelling. *Brief Funct Genomics*. 2017; 16(1):4-12.

presión de estos sistemas y su regulación es crítica para elegir la estrategia de edición del genoma, ya que ambos sistemas tienen limitaciones. El sistema de reparación NHEJ en mamíferos, está activo durante todo el ciclo celular y es más adecuado para la estrategia de disrupción de genes (knockout) en células y modelos animales. Aunque es un sistema menos preciso, es más eficiente y sencillo. El sistema HDR es sumamente preciso, aunque se activa sólo durante la etapa S/G2 del ciclo celular, y se considera como la estrategia más adecuada para la de introducción de genes (knock-in), y corrección de genes en sitios específicos, o generación de mutaciones. Sin embargo es un sistema de baja eficiencia y dependiente del ciclo celular. [12]

De todas maneras, el sistema CRISPR/Cas9 es altamente eficiente y versátil ya que permite la generación de mutaciones, deleciones de grandes segmentos de genoma, [13] knock-out de múltiples genes, [14] knock-in de genes, regulación de la expresión génica, translocaciones o inversiones de genes, [15] regulación epigenómica, [16] o marcado de genes, [17] con una eficacia variable que depende de la estrategia elegida y del tamaño del segmento génico a modificar. Por ello, ha sido adoptada rápidamente por los científicos para edición del genoma en un amplio tipo de animales, desde ratones a primates no humanos. [18] Pero debido a que es un sistema poco específico tiene muchas limitaciones técnicas en su aplicación, siendo este un punto de

[12] Torres-Ruiz R, Rodríguez-Perales S. CRISPR-Cas9 technology: applications and human disease modelling. *Brief Funct Genomics*. 2017; 16(1):4-12.

[13] Song Y, Lai L, Li Z. Large-scale genomic deletions mediated by CRISPR/Cas9 System. *Oncotarget*. 2017; 8 (4):5647-5647.

[14] Long LJ, Guo H, Yao D, Xiong K, Li YJ, Liu PP, Zhu ZY, Liu D. Regulation of transcriptionally active genes via the catalytically inactive Cas9 in *C. elegans* and *D. rerio*. *Cell Research*. 2015; 25 (5): 638- 641.

[15] Renouf B, Piganeau M, Ghezraoui H, Jasin M, Brunet E. Creating cancer translocations in human cells using Cas9 DSBs and nCas9 paired nicks. *Methods Enzymol*. 2014; 546:251-71.

[16] Hilton IB, D'Ippolito AM, Vockley CM, Thakore PI, Crawford GE, Reddy TE, Gersbach CA. Epigenome editing by a CRISPR-Cas9-based acetyltransferase activates genes from promoters and enhancers. *Nat Biotechnol*. 2015; 33(5):510-7.

[17] Chen C, Fenk LA, de Bono M. Efficient genome editing in *Caenorhabditis elegans* by CRISPR-targeted homologous recombination. *Nucleic Acids Research*. 2013;41(20):e193. doi:10.1093/nar/gkt805.

[18] Niu Y, Shen B, Cui Y, Chen Y, Wang J, Wang L, Kang Y, Zhao X, Si W, Li W, y cols. Generation of gene-modified cynomolgus monkey via Cas9/ RNA-mediated gene targeting in one-cell embryos. *Cell*. 2014; 156, 836-843.

análisis crítico cuando se intenta trasladarlo a la investigación en terapia génica en humanos. [19]

LIMITACIONES

Entre las limitaciones relacionadas con la edición del genoma se describen la generación de mosaicismos, debido a la edición incompleta, ya sea porque no involucre a ambos alelos o bien algunas células del organismo no llegan a ser modificadas. [20] Por ello es necesario que estos organismos modificados genéticamente sean genotipados y caracterizados para confirmar la edición de su genoma. Así es posible utilizar esta técnica a nivel experimental y elegir el clon modificado para los ensayos y descartar el resto. Esto limita, por el momento su uso en organismos multicelulares y especialmente en seres humanos en etapa embrionaria.

Otra limitación es el hallazgo de efectos "fuera del blanco" de corte, es decir

cortes en el genoma fuera de los sitios elegidos, que puede generar alteraciones en el funcionamiento de otros genes, que afecte el desarrollo del organismo o genere clones con diferente fenotipo. Ello limita la aplicación de esta tecnología en forma efectiva y segura. [21]

EDICIÓN DEL GENOMA HUMANO

En seres humanos la aplicación de la edición del genoma podría tener dos áreas diferentes de aplicación: la edición del genoma a nivel somático o a nivel germinal.

Se han desarrollado distintas estrategias de edición del genoma a nivel somático. Entre ellas es posible crear líneas celulares isogénicas pluripotentes inducidas (iPS) derivadas del mismo paciente para estudiar su fenotipo, comprender los mecanismos biológicos normales o patológicos, y para el desarrollo o monitoreo de fármacos en distintos ambientes genéticos. [22] En este campo existen diferentes líneas

[19] Tobita T, Guzman-Lepe J, Collin de l'Hortet A. From hacking the human genome to editing organs. *Organogenesis*. 2015; 11:173–182.

[20] Mianné J, Codner GF, Caulder A, Fell R, Hutchison M, King R, Stewart ME, Wells S, Teboul L Analysing the outcome of CRISPRaided genome editing in embryos: Screening, genotyping and quality control. *Methods*. 2017 Mar 28. pii: S10462023(16)302705. doi: 10.1016/j.jymeth.2017.03.016.

[21] Hay EA, Khalaf AR, Marini P, Brown A, Heath K, Sheppard D, MacKenzie A. An analysis of possible off target effects following AS9/CRISPR targeted deletions of neuropeptide gene enhancers from the mouse genome. *Neuropeptides*. 2016 Nov 4. pii: S01434179(16)301391. doi: 0.1016/j.npep.2016.11.003.

[22] Salsman J, Dellaire G. Precision genome editing in the CRISPR era. *Biochem Cell Biol*. 2017; 95(2):187–201.

as de investigación en enfermedad de Parkinson, [23] distrofia muscular de Duchenne, [24] Distrofia Miotónica, [25] en cáncer, [26] en organogénesis como modelo de estudio de enfermedades, o modelaje de enfermedades en animales. [27]

Actualmente existen ensayos en células iPS que utilizan estas técnicas en anemia sideroblástica, [28] talasemia, [29] déficit de alfa-1 antitripsina, [30] y en enfermedad de Alzheimer. [31] Se investigan tam-

bién estrategias para el tratamiento de enfermedades no genéticas, como el caso de un ensayo clínico para el desarrollo de células hematopoyéticas resistentes a HIV. [32] Actualmente, se desarrollan, en China, 7 líneas de investigación clínica en Fase I con técnicas de edición del genoma en cáncer cervical relacionado con HPV, cáncer hematológico en pacientes con HIV, cáncer de esófago, vejiga, próstata, renal, pulmón, y malignidades asociadas a Epstein Barr. [33]

[23] Soldner F, Laganieri J, Cheng AW, Hockemeyer D, Gao Q, Alagappan R, Khurana V, Golbe LI, Myers RH, Lindquist S, et al. Generation of isogenic pluripotent stem cells differing exclusively at two early onset Parkinson point mutations. *Cell*. 2011; 146 (2):318-31.

[24] Li HL, Fujimoto N, Sasakawa N, Shirai S, Ohkame T, Sakuma T, Tanaka M, Amano N, Watanabe A, Sakurai H, Yamamoto T, Yamanaka S, Hotta A. Precise correction of the dystrophin gene in duchenne muscular dystrophy patient induced pluripotent stem cells by TALEN and CRISPR-Cas9. *Stem Cell Reports*. 2015; 4(1):143-54.

[25] Li HL, Fujimoto N, Sasakawa N, Shirai S, Ohkame T, Sakuma T, Tanaka M, Amano N, Watanabe A, Sakurai H, Yamamoto T, Yamanaka S, Hott, A. Precise correction of the dystrophin gene in duchenne muscular dystrophy patient induced pluripotent stem cells by TALEN and CRISPR-Cas9. *Stem Cell Reports*. 2015; 4(1): 143-154.

[26] Piganeau M, Ghezraoui H, De Cian A, Guittat L, Tomishima M, Perrouault L, Rene O, Katibah GE, Zhang L, Holmes MC, et al. Cancer translocations in human cells induced by zinc finger and TALE nucleases. *Genome Res*. 2013; 23(7):1182-93.

[27] Tobita T, Guzman-Lepe J, Collin de l'Hortet A. From hacking the human genome to editing organs. *Organogenesis*. 2015; 11:173-182.

[28] Huang X, Wang Y, Yan W, Smith C, Ye Z, Wang J, Gao Y, Mendelsohn L, Cheng L. Production of Gene-Corrected Adult Beta Globin Protein in Human Erythrocytes Differentiated from Patient iPSCs After Genome Editing of the Sicklet Point. *Mutation. Stem Cells*. 2015; 33(5): 1470-1479.

[29] Yang Y, Zhang X, Yi L, Hou Z, Chen J, Kou X, Zhao Y, Wang H, Sun XF, Jiang C, Wang Y, Ga, S. Naive Induced Pluripotent Stem Cells Generated From beta-Thalassemia Fibroblasts Allow Efficient Gene Correction With CRISPR/Cas9. *Stem Cells Transl Med*. 2016; 5(1): 8-19.

[30] Yusa K, Rashid ST, Strick-Marchand H, Varela I, Liu PQ, Paschon DE, Miranda E, Ordoñez A, Hannan NR, Rouhani FJ, et al. Targeted gene correction of a 1 -antitrypsin deficiency in induced pluripotent stem cells. *Nature*. 2011; 478:391-4; PMID:21993621; <http://dx.doi.org/10.1038/nature10424>

[31] Paquet D, Kwart D, Chen A, Sproul A, Jacob S, Teo S, Olsen KM, Gregg A, Noggle S, Tessier-Lavigne M. Efficient introduction of specific homozygous and heterozygous mutations using CRISPR/Cas9. *Nature*. 2016; 533(7601): 125-129.

[32] Kang H, Minder P, Park MA, Mesquitta WT, Torbett BE, Slukvin II. CCR5 Disruption in Induced Pluripotent Stem Cells Using CRISPR/Cas9 Provides Selective Resistance of Immune Cells to CCR5-tropic HIV-1 Virus. *Mol. Ther. Nucleic Acids*. 2015; 4: e268. doi:10.1038/mtna.2015.42.

[33] Clinical trials <https://clinicaltrials.gov/ct2/results?term=CRISPR&Search=Search> [En línea. Consulta: 22-05-2017].

A nivel germinal se destaca el área de infertilidad como campo de estudio más propuesto, pudiendo aplicarse de maneras diversas. [34] Por un lado, permitiría diseñar estudios de investigación en embriones humanos con el objetivo conocer con más detalle la activación y desactivación de genes en las etapas precoces del desarrollo embrionario, los mecanismos que controlan la implantación embrionaria, la fisiopatología de enfermedades genéticas o anomalías congénitas. Por otro lado, permitiría modificar el genoma del ser humano en etapas muy tempranas de su vida antes del desarrollo de la organogénesis, ya sea corrigiendo mutaciones que afecten el desarrollo embrionario, o bien alterando el genoma normal en busca de nuevas combinaciones genéticas que mejoren el rendimiento biológico del ser humano.

El uso de esta metodología en embriones humanos se encuentra actualmente limitado científicamente, por la disponibilidad de embriones humanos y la forma en que analizan los resultados. Como en el desarrollo de nuevas tecnologías y su traslado a la medicina clínica es necesario la investigación en modelos animales, voluntarios sanos o pacientes, pero los modelos animales embrionarios no son totalmente adecuados para su traslación

en humanos. Por ello, sería necesario investigar estas técnicas en embriones humanos antes de ser aplicadas clínicamente. Entonces, habría diferentes categorías de seres humanos en etapa embrionaria que pueden ser utilizados para investigación: embriones no viables o no adecuados para tratamientos de infertilidad, embriones supernumerarios de tratamientos de infertilidad que ya no serán transferidos, o embriones creados específicamente para investigación por donación de óvulos y espermatozoides, con características genéticas específicas.

El estudio del desarrollo embrionario normal, requeriría investigar en embriones normales, por ello los embriones no viables o no adecuados no serían la primera opción, ya que tienen baja calidad biológica o un genoma anormal, lo que podría afectar el análisis e interpretación de los resultados. Los embriones residuales de los tratamientos de fertilidad se congelan o se descartan en un estadio de desarrollo embrionario más avanzado, ya sea en estado de mórula o blastocisto, por lo cual deberían modificarse muchas células con la posibilidad de que se desarrollen mosaicismos que alteren o invaliden el análisis de los resultados. Por ello, la creación de embriones con el propósito

[34] Plaza Reyes A, Lanner F. Towards a CRISPR view of early human development: applications, limitations and ethical concerns of genome editing in human embryos. *Development*. 2017; 144, 3-7.

de investigación sería una estrategia de investigación más adecuada para la obtención de resultados más fidedignos, ya que su genoma puede editarse en las gametas o en el estadio unicelular. [35]

Existen otras limitaciones en investigación con seres humanos en la etapa embrionaria, ya que estos embriones no serían transferidos y deben ser analizados en el transcurso de la primera o segunda semana del desarrollo, [36] sin conocerse con certeza como afectan las modificaciones genéticas en el niño nacido o en el adulto.

Estas limitaciones junto con las limitaciones propias de la técnica hacen por el momento, poco factible la transferencia de esta tecnología a la práctica clínica en la actualidad. [37]

La posibilidad de editar el genoma de todos los seres vivos, incluyendo al ser humano, genera controversias acerca de su uso correcto, ya que se interpreta que

tendrá implicancias directas en la vida de hombre y de la biósfera, no sólo en la actualidad, sino que estas modificaciones del genoma afectarán también a las futuras generaciones. [38]

Como todo proceso de investigación, básica, preclínica y posterior traslación a seres humanos, el uso de estas técnicas requiere no sólo un análisis detallado de su seguridad y eficacia, sino que más importante aún es establecer las características éticas de la investigación y los valores que entran en juego. En el campo de la edición del genoma el análisis tendrá distintos cuestionamientos si se trata de la edición del genoma a nivel somático o a nivel germinal, y distintas consideraciones si la finalidad es el tratamiento de enfermedades que aún no tienen tratamientos o el mejoramiento deliberado de un genoma normal.

La aplicación de las técnicas de edición del genoma para el tratamiento de

[35] Idem.

[36] Wilson D. The Making of British Bioethics. Manchester (UK): Manchester University Press; 2014. Chapter 4, 'Where to draw the line?' Mary Warnock, embryos and moral expertise. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248695/>

[37] Ishii T. Reproductive medicine involving genome editing: clinical uncertainties and embryological needs. *Reprod Biomed Online*. 2017; 34 (1):2731. Doi: 10.1016/j.rbmo.2016.09.009. Epub 2016 Oct 5.

[38] Committee on Science, Technology and Law; Policy and Global Affairs; National Academies of Sciences, Engineering and Medicine; Olson S, editor. International Summit on Human Gene Editing: A Global Discussion. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Jan 1. International Summit on Human Gene Editing: A Global Discussion: MEETING IN BRIEF. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343651/>

enfermedades a nivel somático se está investigando actualmente en Fase I y Fase II, particularmente en China (con una legislación más rápida y permisiva con los avances biotecnológicos). Estos protocolos buscan determinar la seguridad de la introducción de células somáticas con edición del genoma ex-vivo, en pacientes con cáncer en estadios avanzados que no responde a otros tratamientos, por el momento no buscan determinar como objetivo principal su eficacia en el tratamiento de estos pacientes.

Si bien la aplicación de estas técnicas en el mejoramiento del genoma normal por el momento no es una posibilidad concreta, la rapidez con la que estas técnicas se trasladan a la clínica y el impacto que generan a nivel social podrá generar presión para considerar su aplicación a situaciones no médicas. [39] La complejidad de la aplicación de estas tecnologías implicará un análisis bioético más profundo de los protocolos de investigación que impliquen una protección más amplia y sistemática de quienes participen en estos proyectos. Si bien estos proyectos pueden tener valor científico, clínico y social, y ser protocolos metodológicamente válidos, la protección de las perso-

nas participantes, en sus derechos, bienestar y dignidad, debe ser interpretada como prioritaria al avance tecnológico.

Respecto de su aplicación a nivel embrionario los cuestionamientos son más complejos, porque implica aspectos científicos y morales ya que estos embriones humanos a quienes se les ha modificado su genoma no son aptos para su transferencia. Desde la perspectiva científica, ello implica que no se conocerá como afectará la edición del genoma el desarrollo embrionario más allá del día 14, y por ello no se podrá constatar si altera de alguna manera el desarrollo fetal o la vida adulta. Desde la perspectiva moral implica la destrucción deliberada de aquellos embriones humanos, quienes fueron seleccionados particularmente para investigación. El primer cuestionamiento es fundamentalmente científico, ya que interroga la validez de una investigación en seres humanos de la que no conocerá en forma sistemática su desenlace final en su vida adulta. Es difícil justificar la decisión de modificar en forma irreversible el genoma del propio hijo en su vida embrionaria sin conocerse con certeza sus efectos en la vida adulta de

[39] Santaló J, Casado M. Documento sobre bioética y edición genómica en humanos. Ed. Universidad de Barcelona, Barcelona. 2016; p. 27.

esa persona. Aquí el cuestionamiento de determinar quiénes son los seres humanos que requieren mayor protección en este tipo de investigaciones, si son los padres quienes sufren la profunda angustia de tener hijos con riesgo elevado de patología hereditaria, o son los mismos embriones, sus propios hijos, quienes sometidos a esta necesidad de ser "sanos", son expuestos a técnicas de investigación de las que aún no se conocen sus consecuencias y que implican un riesgo mayor que el riesgo mínimo. [40] El cuestionamiento es, si la necesidad de tener un hijo relacionado biológicamente es tal que justifica, por un lado concebir a sus propios hijos mediante una técnica experimental, de la cual aún hay muy poca información; y fundamentalmente someter a otros seres humanos en etapa embrionaria, no aptos o no queridos para su transferencia, a procesos de investigación que permitan validar la eficacia y seguridad de estas técnicas. De hecho en 2015 Liang y colaboradores publican un primer trabajo de edición del genoma en embriones triploides. [41]

Si bien demostraron que es posible editar el genoma en embriones humanos, establecen que la eficacia es baja, que los

embriones editados eran mosaico y que se detectaron efectos fuera de blanco, concluyen que no sería posible predecir el resultado de la edición del genoma en el diagnóstico de preimplantación. A su vez la Autoridad de Embriología y Fertilización Humana (HFEA) en Reino Unido ha renovado la licencia de investigación en embriones sobrantes de fertilización asistida incluyendo la técnica de edición genética a un instituto de investigación en células estaminales embrionarias, aclarando que todos los ensayos deben ser aprobados por un comité de ética de investigación y que es ilegal transferir estos embriones con genoma editado a una mujer como tratamiento. [42]

CUESTIONAMIENTO

Las preguntas son:

¿Es lícito investigar en seres humanos en etapa embrionaria vivos, que deberán ser deliberadamente destruidos debido a que no se interpretan como aptos para ser transferidos a un útero materno?

¿Es lícito moralmente modificar la información genética a nivel somático o a

[40] Strong C. Minimal Risk in Research Involving Pregnant Women and Fetuses. *J Law Med Ethics*. 2011; 39(3): 529-538.

[41] Liang P, Xu Y, Zhang X, Ding C, Huang R, Zhang Z, Lv J, Xie X, Chen Y, Li Y, Sun Y, Bai Y, Songyang Z, Ma W, Zhou C, Huang J. CRISPR/Cas9-mediated gene editing in human tripronuclear zygotes. *Protein Cell*. 2015 May; 6(5):363-72.

[42] Human Fertility and Embriology Autorithy. [En línea. Consulta: 25/05/2013] <http://www.hfea.gov.uk/10187.html>

nivel embrionario como tratamiento de enfermedades o para alterar el genoma normal según el deseo de la propia persona o el deseo de los padres?

DISCUSIÓN

El hombre siempre se ha planteado la posibilidad de romper sus propios límites biológicos. Hoy esta posibilidad parece más cercana que nunca frente a los últimos adelantos de la ciencia y de la técnica en las ciencias de la vida que permitirían modificar el genoma humano propio y de las futuras generaciones. Si bien actualmente las técnicas de edición del genoma humano tienen impactantes aplicaciones en investigación biológica y biomédica básica, es su traslado a la clínica lo que genera mayores controversias. El riesgo se centra en los medios utilizados para lograr los avances de la ciencia y la aplicación de estas tecnologías en otras finalidades distintas que las de evitar la enfermedad, sino en el afán por la perfección biológica del ser humano. El dilema, como para otros avances tecnológicos, es la aplicación de esta tecnología para el beneficio de la humanidad en su conjunto.

La controversia respecto de la licitud de investigar en embriones humanos no es un tema nuevo, sino que se debate desde el inicio mismo de las técnicas de fertilización asistida. [43]

La controversia ética surge a partir de cómo se va a considerar el estatus moral de aquellos seres humanos en etapa embrionaria vivos pero "no aptos" o no deseados para transferencia al útero materno. Si se incluye o no a estos embriones humanos concebidos in vitro, como los miembros más indefensos de la familia humana [44] y si es necesario regular particularmente su protección.

Existen diferentes perspectivas acerca de la definición ontológica y moral del ser humano en la etapa embrionaria. [45] Si se reconoce que el ser humano en etapa embrionaria tiene un estatuto moral completo y objetivo, no es lícita cualquier actividad que lo exponga a riesgos de manipulación como la fertilización asistida, la selección embrionaria mediante el diagnóstico preimplantatorio, o la investigación en embriones con ninguna otra finalidad que sea para beneficio del

[43] Brown J. Research on human embryos - a justification. *J Med Ethics*. 1986; 12(4):201-6.

[44] Declaración Universal de Derechos Humanos, Preámbulo. UNESCO; 1948. [En línea. Consulta 10/04/17] <<http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018m.pdf> >

[45] Ciccone L. *Bioética: Historia, Principios, Cuestiones*. Madrid: Editorial Palabra; 2005.

mismo embrión. Interpreta como moralmente ilícita la destrucción deliberada de los embriones, porque define que la vida humana comienza en el momento de la fecundación y define al embrión humano como ser individual, concreto y único. Establece, entonces, su estatuto moral como una característica propia del ser, que deviene de su dignidad ontológica, una propiedad intrínseca de la naturaleza humana y de la que emanan los derechos atribuibles a todos los seres humanos. [46] El ser humano "es" persona en virtud de su naturaleza racional, no se "convierte en" persona debido al efectivo ejercicio de determinadas funciones (como son la capacidad de relacionarse, la sensibilidad o la racionalidad). El ser persona pertenece, entonces, al orden ontológico, no se puede adquirir ni disminuir gradualmente, independientemente de su estadio de desarrollo físico, intelectual, o social. [47]

En cambio otras corrientes interpretan que el ser persona y su dignidad vienen en grados, no todos los seres humanos tienen el mismo valor moral intrínseco, sino que el valor moral será un atributo adquirido o

perdido en forma cuantitativa. [48] Por ello, el estatuto moral se considera como una característica cuantitativa adquirida u otorgada. Por tanto, ser moralmente considerado por otros significa tener una posición moral o ser protegido por normas morales, incluyendo principios, reglas, obligaciones y derechos. [49]

Por lo tanto, el concepto de persona y el de su estatuto moral en etapas tempranas del desarrollo de la vida, puede interpretarse desde distintas corrientes de pensamiento y por tanto otorgarse un distinto respeto por la vida de los seres humanos por nacer.

Las modificaciones del genoma humano que pretenden ser terapéuticas, no son inocuas, ni están exentas de consecuencias desconocidas y como tales deben interpretarse en una perspectiva más amplia. La edición del genoma en células germinales o sus progenitoras y de las células embrionarias produce cambios permanentes en el ADN que será transmitido a las siguientes generaciones, con el riesgo de alterar el pool genético de la

[46] Eijek JW. Los criterios de la individualidad orgánica y el estatuto bioantropológico del embrión preimplantatorio. In Sgreccia E, Laffite J. eds. *El embrión humano en la fase de preimplantación, aspectos científicos y consideraciones bioéticas*, Pontificia Academia Pro Vita. Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos; 2008.

[47] Palazzani L. I significati filosofici del concetto di persona. In Ciccone L, *Bioética: Historia, Principios, Cuestiones*, Madrid, Editorial Palabra; 2005.

[48] Harris J. The concept of the Person and the value of life. *Kennedy Inst Ethics J*. 1999;9(4):293-308.

[49] Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 2009.

humanidad. Por ello, el debate no se circunscribe a las decisiones de una familia o una sociedad de aceptar o no experimentar en embriones humanos y modificar su genoma, abarca a la humanidad en su conjunto. Si se asume correr el riesgo de realizar modificaciones del genoma que pudieran afectar la naturaleza humana, no se trata sólo de una decisión autónoma, libre y particular, sino de una decisión que puede afectar la naturaleza biológica y ética de la especie, y la relación entre las personas actuales y las que vendrán. [50]

CONCLUSIÓN

El hombre no debe olvidar su naturaleza animal sometida a la finitud y a la muerte y debería reconciliarse con ella, es decir dejar de luchar contra ella para luchar a favor de ella, debe cobrar conciencia de su responsabilidad frente a las nuevas generaciones.

Esto no significa, en manera alguna, que debemos cerrarnos a los avances y prometedoras posibilidades que nos ofrece la ciencia, la cual pareciera vislumbrar el surgimiento de una nueva medicina. Hoy somos beneficiarios de la cura o tratamiento de muchas enfermedades,

aumento de la expectativa de vida, mejora del sufrimiento físico y emocional. [51] Significa más bien que debemos entrar en diálogo con la ciencia y sus avances, recibiendo el riquísimo aporte de cada disciplina, colocando a la filosofía como eje de posibles discusiones y como garantía de una mirada crítica. Todo esto teniendo el bien del hombre como objetivo irrenunciable y resguardando su dignidad e inevitable vulnerabilidad.

REFERENCIAS

Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 2009.

Brown J. Research on human embryos - a justification. *J Med Ethics*. 1986; 12(4):201-6.

Capecchi MR. Gene targeting in mice: functional analysis of the mammalian genome for the twenty-first century. *Nat Rev Genet*. 2005; 6(6):507-12.

Cavazzana-Calvo M1, Hacein-Bey S, de Saint Basile G, Gross F, Yvon E, Nusbaum P, Selz F, Hue C, Certain S, Casanova JL, Bousso P, Deist FL, Fischer A. Gene therapy of human severe combined immuno-

[50] Habermas J. El futuro de la naturaleza humana: ¿Hacia una eugenesia liberal?, Paidós, Barcelona. 2002; p.45.

[51] Kass LR. Ageless bodies, happy souls: biotechnology and the pursuit of perfection. *New Atlantis*. 2003; (1):9-28.

deficiency (SCID)-X1 disease. *Science*. 2000; 288(5466):669-72.

Chen C, Fenk LA, de Bono M. Efficient genome editing in *Caenorhabditis elegans* by CRISPR-targeted homologous recombination. *Nucleic Acids Research*. 2013; 41(20):e193. doi:10.1093/nar/gkt805.

Ciccone L. Bioética. *Historia, Principios, Cuestiones*. Madrid: Editorial Palabra; 2005.

Clinical trials <https://clinicaltrials.gov/ct2/results?term=CRISPR&Search=Search> [En línea. Consulta: 22-05-2017].

Committee on Science, Technology and Law; Policy and Global Affairs; National Academies of Sciences, Engineering and Medicine; Olson S, editor. International Summit on Human Gene Editing: A Global Discussion. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Jan 1. International Summit on Human Gene Editing: A Global Discussion: MEETING IN BRIEF. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343651/> [En línea. Consulta 10/04/17].

Declaración Universal de Derechos Humanos, Preámbulo. UNESCO; 1948. <<http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018m.pdf>> [En línea. Consulta 10/04/17].

Eijek JW. Los criterios de la individualidad orgánica y el estatuto bioantropológico del embrión preimplantatorio. In Sgreccia E, Laffite J. eds. *El embrión humano en la fase de preimplantación, aspectos científicos y consideraciones bioéticas*. Pontificia Academia Pro Vita. Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos; 2008.

Gaj T, Gersbach CA, Barbas CF. 3rd: ZFN, TALEN, and CRISPR/Cas-based methods for genome engineering. *Trends Biotechnol*. 2013; 31(7):397-405.

Habermas J. *El futuro de la naturaleza humana: ¿Hacia una eugenesia liberal?*, Paidós, Barcelona. 2002; p.45.

Harris J. The concept of the Person and the value of life. *Kennedy Inst Ethics J*. 1999; 9(4):293-308.

Hay EA, Khalaf AR, Marini P, Brown A, Heath K, Sheppard D, MacKenzie A An analysis of possible off target effects following AS9/CRISPR targeted deletions of neuropeptide gene enhancers from the mouse genome *Neuropeptides*. 2016 Nov 4. pii: S01434179(16)301391. doi: 0.1016/j.npep.2016.11.003.

Hilton IB, D'Ippolito AM, Vockley CM, Thakore PI, Crawford GE, Reddy TE, Gersbach CA. Epigenome editing by a CRISPR-Cas9-based acetyltransferase

activates genes from promoters and enhancers. *Nat Biotechnol.* 2015; 33(5):510-7.

Huang X, Wang Y, Yan W, Smith C, Ye Z, Wang J, Gao Y, Mendelsohn, L, Cheng L. Production of Gene-Corrected Adult Beta Globin Protein in Human Erythrocytes Differentiated from Patient iPSCs After Genome Editing of the Sickle Point. Mutation. *Stem Cells.* 2015; 33(5): 1470-1479.

Human Fertility and Embriology Autorithy. <http://www.hfea.gov.uk/10187.html> [En línea. Consulta: 25/05/2013].

Ishii T. Reproductive medicine involving genome editing: clinical uncertainties and embryological needs. *Reprod Biomed Online.* 2017 34 (1):2731. doi: 10.1016/j.rbmo.2016.09.009. Epub 2016 Oct 5.

Ishino YSH, Makino K, Amemura M, Nakata A. Nucleotide sequence of the iap gene, responsible for alkaline phosphatase isozyme conversion in *Escherichia coli*, and identification of the gene product. *J Bacteriol.* 1987; 169(12):5429-33.

Jinek M, Chylinski K, Fonfara I, Hauer M, Doudna JA, Charpentier E. A programmable dual-RNA-guided DNA endonuclease in adaptive bacterial immunity. *Science.*

2012; 337(6096):816-21.

Kang H, Minder P, Park MA, Mesquitta WT, Torbett BE, Slukvin II. CCR5 Disruption in Induced Pluripotent Stem Cells Using CRISPR/Cas9 Provides Selective Resistance of Immune Cells to CCR5-tropic HIV-1 Virus. *Mol. Ther. Nucleic Acids.* 2015; 4: e268. doi:10.1038/mtna. 2015; 42.

Kass LR. Ageless bodies, happy souls: biotechnology and the pursuit of perfection. *New Atlantis.* 2003; (1):9-28.

Krüger DH, Bickle TA. Bacteriophage survival: multiple mechanisms for avoiding the deoxyribonucleic acid restriction systems of their hosts. *Microbiological Reviews.* 1983; 47(3): 345-60.

Li HL, Fujimoto N, Sasakawa N, Shirai S, Ohkame T, Sakuma T, Tanaka M, Amano N, Watanabe A, Sakurai H, Yamamoto T, Yamanaka S, Hotta A. Precise correction of the dystrophin gene in duchenne muscular dystrophy patient induced pluripotent stem cells by TALEN and CRISPR-Cas9. *Stem Cell Reports.* 2015; 4(1):143-54.

Liang P, Xu Y, Zhang X, Ding C, Huang R, Zhang Z, Lv J, Xie X, Chen Y, Li Y, Sun Y, Bai Y, Songyang Z, Ma W, Zhou C, Huang J. CRISPR/Cas9-mediated gene editing in human tripronuclear zygotes. *Protein Cell.* 2015 May; 6(5):363-72.

Long LJ, Guo H, Yao D, Xiong K, Li YJ, Liu PP, Zhu ZY, Liu D. Regulation of transcriptionally active genes via the catalytically inactive Cas9 in *C. elegans* and *D. rerio*. *Cell Research*. 2015; 25 (5): 638- 641.

Mianné J , Codner GF , Caulder A , Fell R , Hutchison M , King R , Stewart ME, Wells S, Teboul L. Analyzing the outcome of CRISPRaided genome editing in embryos: Screening, genotyping and quality control. *Methods*. 2017 Mar 28. pii: S10462023(16)302705. doi: 10.1016/j.ymeth.2017.03.016.

Niu Y, Shen B, Cui Y, Chen Y, Wang J, Wang L, Kang Y, Zhao X, Si W, Li W, y cols. Generation of gene-modified cynomolgus monkey via Cas9/ RNA-mediated gene targeting in one-cell embryos. *Cell*. 2014; 156, 836-843.

Palazzani L. I significati filosofici del concetto di persona. In Ciccone L, *Bioética: Historia, Principios, Cuestiones*, Madrid, Editorial Palabra; 2005.

Paquet D, Kwart D, Chen A, Sproul A, Jacob S, Teo S, Olsen KM, Gregg A, Noggle S, Tessier-Lavigne M. Efficient introduction of specific homozygous and heterozygous mutations using CRISPR/Cas9. *Nature*. 2016; 533(7601): 125-129.

Piganeau M, Ghezraoui H, De Cian A, Guittat L, Tomishima M, Perrouault L, Rene O, Katibah GE, Zhang L, Holmes MC, et al. Cancer translocations in human cells induced by zinc finger and TALE nucleases. *Genome Res*. 2013; 23(7):1182-93.

Plaza Reyes A, Lanner F. Towards a CRISPR view of early human development: applications, limitations and ethical concerns of genome editing in human embryos. *Development*. 2017; 144(1):3-7.

Renouf B, Piganeau M, Ghezraoui H, Jasin M, Brunet E. Creating cancer translocations in human cells using Cas9 DSBs and nCas9 paired nicks. *Methods Enzymol*. 2014; 546:251-71.

Salsman J, Dellaire G. Precision genome editing in the CRISPR era. *Biochem Cell Biol*. 2017; 95(2):187-201.

Sander JD, Joung JK. CRISPR-Cas systems for editing, regulating and targeting genomes. *Nat Biotechnol*. 2014; 32(4):347-355.

Santaló J, Casado M. *Documento sobre bioética y edición genómica en humanos*. Ed. Universidad de Barcelona, Barcelona. 2016; p. 27.

Soldner F, Laganieri J, Cheng AW, Hockemeyer D, Gao Q, Alagappan R, Khurana V, Golbe LI, Myers RH, Lindquist S, et al. Generation of isogenic pluripotent stem cells differing exclusively at two early onset Parkinson point mutations. *Cell*. 2011; 146 (2):318-31.

Strong C. Minimal Risk in Research Involving Pregnant Women and Fetuses. *J Law Med Ethics*. 2011; 39(3): 529-538.

Tobita T, Guzman-Lepe J, Collin de l'Hortet A. From hacking the human genome to editing organs. *Organogenesis*. 2015; 11:173-182.

Torres-Ruiz R, Rodriguez-Perales S. CRISPR-Cas9 technology: applications and human disease modelling. *Brief Funct Genomics*. 2017; 16(1):4-12.

Wilson D. *The Making of British Bioethics*. Manchester (UK): Manchester University

Press; 2014. Chapter 4, 'Where to draw the line?' Mary Warnock, embryos and moral expertise. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248695/>

Yang Y, Zhang X, Yi L, Hou Z, Chen J, Kou X, Zhao Y, Wang H, Sun XF, Jiang C, Wang Y, Ga, S. Naive Induced Pluripotent Stem Cells Generated From beta-Thalassemia Fibroblasts Allow Efficient Gene Correction With CRISPR/Cas9. *Stem Cells Transl Med*. 2016; 5(1): 8-19.

Yuning Song, Liangxue Lai and Zhanjun Li. Large-scale genomic deletions mediated by CRISPR/Cas9 System. *Oncotarget*. 2017; 8 (4):5647-5647.

Yusa K, Rashid ST, Strick-Marchand H, Varela I, Liu PQ, Paschon DE, Miranda E, Ordonez A, Hannan NR, Rouhani FJ, et al. Targeted gene correction of a 1 -antitrypsin deficiency in induced pluripotent stem cells. *Nature*. 2011; 478:391-4.

LOS COMITÉS DE BIOÉTICA ASISTENCIAL: SITIOS DE ENCUENTRO Y DE ACOMPAÑAMIENTO

Fecha de recepción: 28/09/2017

Fecha de aceptación: 25/10/2017

Mg. Dr. Lenin de Janon Quevedo

ldejanonquevedo@uca.edu.ar

- Magister en Ética Biomédica (UCA)
- Especialista en Medicina Clínica (UCA)
- Profesor de Bioética e Investigador en el Instituto de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas (UCA)
- Médico de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital "Francisco Santojanni" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Presidente del Comité de Bioética del Hospital "Francisco Santojanni"
- Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

Palabras clave

- Comité de ética clínica
- Sistema sanitario
- Juicio moral

Key words

- Committees of clinical Ethics
- Health system
- Moral judgment

RESUMEN [1]

Los comités de bioética asistencial o ética clínica son un grupo de profesionales de la salud, de origen diverso, que se reúnen para analizar la bondad de las acciones de quienes implementan cuidados sanitarios. La motivación real del análisis es la búsqueda en *común unión* del "bien" ya que sus integrantes manifiestan una necesidad íntima e intransferible de buscar al bien perfecto y perfeccionador de sí mismo. Así los comités constituyen una oportunidad para que la Verdad trascendente ilumine la resolución de cuestiones morales complejas. Respetando su naturaleza propia, el artículo postula al comité como un sitio donde es posible trabajar en la difusión de la Palabra, crecimiento en la fe y practicando la caridad gracias a una pedagogía que incluye pluralismo, acogida y diálogo transformador, a fin de abordar interrogantes éticos producto del progreso biomédico y biotecnológico.

ABSTRACT

A committee of Bioethics, also called committee of clinical Ethics, is a group of healthcare professionals from diverse origin that brings together to analyze goodness of the personal actions when providing health-caring. The analysis is motivated by seeking of "what is good" in a *common unity* way, since the committee members feel an intimate and non-transferable need for pursuing the perfect and crowning good. Therefore, a committee represents an opportunity for the transcendent Truth to enlighten the solutions of complex moral issues. Bearing in mind the proper nature of the committees, this paper suggests that a committee is a place where it is possible to work on spreading the Word, while growing in faith, and practicing charity through applying pedagogy involving: pluralism, welcome, and transforming dialogue in order to tackle ethical questions derived from biomedical and biotechnological progress.

[1] El presente artículo está basado en la ponencia del autor en el marco del X Congreso de la Federación Internacional de Bioética Personalista cuyo tema central fue "La Bioética Personalista al servicio de la Dignidad del Hombre. Nuevos rumbos: de *Aparecida* a *Evangelii gaudium*". Buenos Aires del 13 al 15 de octubre de 2015.

"Asisto a las reuniones del comité con el mismo entusiasmo e interés que, cuando joven, asistía a las clases en la Facultad de Derecho"
Héctor [2]

INTRODUCCIÓN

En la obra la *República*, Platón nos cuenta que a Sócrates le preguntaron ¿qué era el bien?, pero éste no pudo contestar porque era algo demasiado elevado. En su lugar prefirió explicar un fruto del bien usando la analogía del sol, dueño de la luz: [3] así como la luz media entre el sentido de la vista y la posibilidad de que un objeto sea visto –argumentaba Sócrates– la verdad que proviene del bien y la esencia del ser iluminan el alma para que ésta conozca y comprenda. El bien permite comprender las cosas y a la vez añade esencia al ser, sin embargo, no es esencia, sino algo superior en dignidad y poder [4] puntualizó el filósofo.

Hay personas que al cuidar de la salud del otro deciden reunirse para responder dos simples preguntas: ¿qué decisión debo adoptar? y ¿cómo debo actuar? [5]

Ciertamente así es como nace un comité de ética asistencial, también llamado de bioética clínica, pero en realidad lo que convoca a estas personas es la búsqueda en *común–unión* del bien.

Pareciera ser que estos cuidadores en algún momento de sus vidas ya se toparon con el bien y, desde entonces, no quisieran apartarse de él. Es que hay un acontecimiento que marca una orientación determinante y da un nuevo horizonte a la vida de un individuo. Este acontecimiento no es una decisión ética ni tampoco una gran idea, sino que es producto del encuentro con "una Persona". [6]

Se trata de un encuentro con el Bien. El Fin último, perfecto y perfeccionador de sí mismo, [7] capaz de inspirarnos una relación amistosa [8] que no puede ser sino benevolente y mutua. [9] Un Bien

[2] Héctor es un abogado jubilado que aporta su gran experiencia en el ejercicio del derecho sanitario.

[3] JANNOT, A. Plato's Theory of Forms: Analogy and Metaphor in Plato's Republic, *Undergraduate Review*, 6, 2010, pp. 154-157.

[4] Cfr. PLATÓN. *La República*, 506 d, 508 a, 508 d, 509 b.

[5] UNESCO. *Creación de los Comités de Bioética*, París, Publicaciones UNESCO, 2005, p. 12.

[6] BENEDICTO XVI. *Deus caritas est*, 12, 2005.

[7] Cfr. DE AQUINAS, T. *Summa Theologiae*, I-II, q. 1, a. 5.

[8] *Ídem*. II-II, q. 23.

[9] Cfr. ARISTÓTELES. *Ética*, Libro VIII, Cap. II., Traducción de Patricio Azcárate, Buenos Aires, Losada, 2004, p. 291.

con rostro humano que es Bien-con-nosotros y cuyo encuentro es "un encuentro con los hermanos, un acto de unificación y responsabilidad hacia el otro y hacia los demás". [10]

Los comités de bioética son grupos humanos que se plantean y estudian minuciosamente determinados valores individuales o sociales, a través del examen de la propia conducta y de la de los demás. A tal fin consultan bibliografía especializada al igual que teología y filosofía. [11] Sus miembros proceden de diferentes profesiones sanitarias, del trabajo social, del administrativo-contable, de la pedagogía y de carreras humanísticas como la antropología, filosofía o teología, sin prescindir de la participación de un abogado perito en leyes de salud, un miembro de la comunidad y un especialista en Bioética. El trabajo grupal permite que el equipo supere las limitaciones - siempre posibles por nuestra condición individual- provenientes de la observación del mundo desde una perspectiva puramente personal. El grupo se reúne e

interactúa de forma tal que cada uno "aprovecha los puntos fuertes de sus colegas y de algún modo compensa sus puntos débiles". [12] Todos poseen diversos orígenes, todos hablan en sus propias lenguas, pero todos se integran al unísono y se entienden a la perfección, como emulando un moderno Pentecostés.

EL LEGADO DE APARECIDA

La Conferencia de *Aparecida* nos recordó a los laicos que también somos Iglesia: asamblea convocada por Cristo para llevar su testimonio al mundo entero, [13] enviados para dialogar y transformar. [14] Los laicos, en comunión con los pastores, somos corresponsables en la construcción de una sociedad conforme al Evangelio. [15]

Entonces ¡qué mejor que difundir ese testimonio entre personas ávidas de encaminar sus acciones hacia la verdad trascendente y, sobre todo, teniendo en

[10] BENEDICTO XVI. *Discurso inaugural en la V Conferencia General del Episcopado Latinoamericano y del Caribe, Aparecida, Brasil, 13-31 de mayo de 2007.*

[11] UNESCO, *Creación...op. cit. p. 13.*

[12] *Ídem. p.14.*

[13] BENEDICTO XVI. *Discurso inaugural...op. cit. p. 21.*

[14] V CONFERENCIA GENERAL DEL EPISCOPADO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE. *Documento Conclusivo, 282-283, Aparecida, 2007.*

[15] *Ídem.*

cuenta que tales acciones recaen directamente sobre el bien máspreciado entre los preciados: la vida humana!

No es extraño pensar que el interés en la Bioética provenga de una búsqueda individual, íntima e intransferible de satisfacer la necesidad de verdad. La naturaleza grupal de los comités hace posible encontrarse con la Verdad junto a los otros; y su peculiaridad asistencial permite aproximarse al Nazareno en el sufrimiento del enfermo y el afligido. Son ámbitos amables para proponer cual invitación la Palabra y reflexionar gracias a su ayuda. Cuando un miembro del comité se pregunte ¿qué debo hacer? es el momento de recordar la respuesta que –como dice Juan– el Maestro les respondió a sus discípulos: “vengan y lo verán”. [16]

LOS COMITÉS DE BIOÉTICA: ESPACIOS DE DIFUSIÓN

Esto no consiste en transformar un comité en un seminario teológico, y menos aún, que sus reflexiones evoquen sermones u homilias. De ser así estaríamos cometiendo un gran error. No olvidemos que la realidad terrena tiene una

autonomía legítima que son las “propias leyes y valores” de las cosas creadas y de la sociedad misma. Son esas leyes y valores que deberán ser descubiertos, ordenados y empleados. [17] En todo caso, consiste en pensar que la Palabra es el *gold standard natural* que previene la reducción de la Bioética en un mero acuerdo entre individuos; particularmente, cuando las reflexiones subjetivistas distorsionan el sentido del comité y lo encarrilan hacia el relativismo, olvidándose que el *com-mittere* es una misión indefectiblemente conjunta.

Considerando que las funciones propias de un comité son: recomendar, normar y educar y sin pretender interferir en sus características constitutivas, se podría trabajar en tres ejes conceptuales que, desde una respetuosa audacia, me he atrevido a denominarlos: Paulino, Petrino y Juanino.

Eje I o Paulino: el comité como areópago de la modernidad

Lo primero que Pablo de Tarso hizo al dirigirse a los atenienses fue reconocer sus virtudes elevadas para luego invitarlos a buscar el motor de lo existente en cada uno de ellos; recordándoles que, al ser el

[16] Juan 1, 39.

[17] Cfr. PABLO VI. *Gaudium et spes*, 36, 1965.

motor, el "origen" no puede ser producto de sus acciones, [18] de la misma manera en que el sucesor no puede engendrar a su predecesor.

Los comités de bioética son plataformas excelentes, y quizás unas de las mejores con que cuentan los estados modernos, para examinar y analizar las cuestiones morales complejas [19] que plantean los avances de la biomedicina y biotecnología. Ellos no están ajenos a gentiles contemporáneos como el secularismo, hedonismo, relativismo o utilitarismo; ni de tentarse con aplicar recetas que conciben la realidad como el simple rejunte de bienes materiales, problemas sociales, económicos y políticos "amputando la realidad fundante y por esto decisiva". [20]

Son espacios abiertos donde la razón permitirá demostrar que aquella realidad fundante y decisiva no es consecuencia del obrar humano, como sí lo son las leyes civiles o las posibilidades científico-técni-

cas, criterios únicos con los que hoy se pretende determinar la realidad.

Eje II o Petrino: la confianza en la persona humana "creatura"

Simón Pedro escribía que por la fe conocemos la Verdad y somos partícipes de su naturaleza divina. [21]

Un saber confiado es aquel que se ha obtenido *con-fidere*. Un conocimiento donde la razón no investiga ni demuestra lo que sabe. Es conocer sin dudar, sospechar u opinar, es pensar y asentir al mismo tiempo. [22] Es la confianza de un niño en la bondad contenida en las intenciones de su madre.

Lo dicho no pretende privar a los integrantes del comité del uso de la razón para encontrar la verdad. Una búsqueda sin discernimiento profundo conduciría a la dictadura del relativismo que tiene por última medida al "propio yo y sus antojos". [23]

[18] Cfr. *Hechos* 17, 22-29.

[19] UNESCO. *Creación...op. cit.* p. 17.

[20] BENEDICTO XVI. *Discurso inaugural...op. cit.*

[21] Cfr. *Segunda carta de Pedro*, 1, 3-4.

[22] Cfr. DE AQUINAS, T. *Summa Theologiae*, II-II, q. 2, a. 1.

[23] RATZINGER, J. *Homilía de la Misa "pro eligendo pontifice"*, Ciudad del Vaticano, 18 de abril de 2005.

Por el contrario, confiar es usar la razón para discernir que el ser humano no es apenas un animal superior, sino materia biológica superlativamente compleja, poseedora de un mapa genotipo-fenotipo único e irrepetible en su especie, soberana y fin en sí mismo y existente en unidad dual cuerpo/alma denominada "persona". Que la persona es "creatura" portadora de raciocinio, libre albedrío y dominio de sus actos que le permiten por sí misma dirigirse hacia el bien. [24] Que su naturaleza expresa al mismo tiempo una dimensión biológica, psíquica, social y espiritual. Y justamente esta condición de ser espíritu, persona y trascendencia, la separa del resto de criaturas dentro de una jerarquía donde no todos los seres vivos tienen el mismo plano, [25] ni la misma responsabilidad.

Confiar es echar raíces en el terreno de la incertidumbre: aquella posibilidad desconocida de la vida que ni las matemáticas con su razón probabilista, ni la filosofía con siglos de reflexión, han podido explicar su misterio. No es de extrañarse, pues para Einstein el misterio es

"un conocimiento de la existencia de algo que no podemos penetrar, de manifestaciones de la razón más profunda y de la belleza más radiante que son accesible solamente a nuestra razón en sus formas más elementales". [26]

Mientras tales formas racionales no encuentran respuestas al ¿por qué? de la enfermedad, o del fracaso del tratamiento, la confianza ofrece una respuesta al ¿hacia qué? (τέλεος-telos) y al ¿para qué? (ἄξιος-axios) de la existencia. No es una confianza irracional, todo lo contrario, propone un *logos* teleológico y otro axiológico que sirven de ayuda a la hora de comprender la existencia personal. Confiar es conocer bien que el individuo existe dentro de una dimensión histórica, pero "su plenitud no está en los límites de la historia". [27]

Eje III o Juanino: la caridad como modo de deliberación

El evangelio de Juan nos habla de un mandato: el amor. [28] Pero ¿cómo hablar

[24] Cfr. DE AQUINAS, T. *Summa Theologiae*, II-I, Prólogo.

[25] Cfr. SGRECCIA, E. *Manual de Bioética*, Madrid, BAC, 2009, p. 747.

[26] EINSTEIN, A. *The world as I see it*, 1949, Traducción del inglés propia. Disponible en: https://archive.org/stream/AlbertEinsteinTheWorldAsISeelt/The_World_as_I_See_it_AlbertEinsteinUpByTj_djvu.txt.

[27] WOJTYŁA, K. *El hombre y su destino*, Madrid, Biblioteca Palabra, 2005, p. 206.

[28] Cfr. *Juan* 13, 34.

de amor en el ámbito de las ciencias de la salud? ¿Cómo se lo define? ¿Cómo se lo mide? ¿Son amor y ciencia compatibles?

El amor está prácticamente excluido del lenguaje científico-técnico debido a que es considerado una categoría no empírica; sin embargo, la verdad se impone por sobre las modas racionalistas. Amor es: empatía, simpatía, compasión, compenetración, sintonía, misma onda y demás formas de llamar a la caridad que, efectivamente, nadie la midió ni la pesó, pero ¿podría alguien aseverar que alguna vez no la percibió?

La caridad se ofrece como hilo conductor de las funciones de un comité, pues con la "sal" que ella aporta es posible transformar las decisiones inteligentes -que se rinden a los pies del cálculo y la experimentación- en decisiones sabias. [29]

Es la sabiduría, y no solamente el conocimiento, la que permite resolver los interrogantes complejos que un comité analiza. El ingenio aportado por la sabi-

duría permite enfrentar tensiones derivadas de la pluralidad de los comités entre estas: la aridez del relativismo ético y la imposición de modelos bioéticos ajenos a la cultura local. La misma UNESCO ha advertido sobre el riesgo de un "imperialismo intelectual" [30] o "colonización ideológica" [31] que en último término es una irresponsabilidad. El personalismo tiene una respuesta concisa: sabe que "no se sirve a ideas, sino que se sirve a las personas". [32]

LA PEDAGOGÍA

Lo propuesto sería difícil de realizar si no se lo abordara de una manera adecuada y para esto es crucial la pedagogía. Me gustaría marcar unos cuantos puntos:

1. Los comités son mecanismos democráticos que dan cabida a diversos puntos de vistas. Estos pretenden armonizar "no solo los intereses de los pacientes, sino también los del personal médico" [33] y resto del equipo de salud. En este sentido es necesario

[29] Cfr. BENEDICTO XVI. *Caritas in veritatis*, 30, 2009.

[30] UNESCO. *Creación...op. cit.* p. 12.

[31] FRANCISCO. *Discurso ante la 70ª Asamblea General de las NNUU*, New York, 25 de septiembre de 2015.

[32] FRANCISCO. *Viaje Apostólico a Cuba, Homilía en la Plaza José Martí*, Ciudad de La Habana, 20 de septiembre de 2015.

[33] UNESCO. *Creación...op. cit.* p. 36.

[34] Cfr. BENEDICTO XVI. *Discurso inaugural...op. cit.*

- recordar la tradición cristiana de una sana laicidad que incluye pluralidad de posiciones políticas. [34] Ello permite la renovación y actualización de las estructuras justas, las que jamás se completan de modo definitivo. [35]
2. Educar en comunidad es seguir un modelo mariano de atención, servicio, entrega y gratuidad; abordaje insustituible para desarrollar el arte de escuchar y el arte de acompañar. [36] Las decisiones bioéticas implican cargas pesadas, no para la razón, sino para el alma. Es por esto que los profesionales y los pacientes deben ser escuchados desde la proximidad del corazón para conseguir una comunicación verdadera. [37]
 3. La apertura y pluralidad del comité no es sinónimo de inexistencia de límites. Sin límites no hay refugio posible, el grupo pierde proximidad y se hace imposible la acogida. El personalismo sabe que el ser evangélico es poder corregir y ayudar a crecer a una persona, reconociendo su error objetivo, pero sin emitir juicio sobre su responsabilidad y culpabilidad. [38] La misericordia de los miembros del comité se palpa en su decisión de no transformarse en la "policía de la ética". [39]
 4. Los laicos estamos convocados al diálogo transformador, por ende, cada caso que el comité analice, y siempre que la prudencia lo aconseje, puede ser la oportunidad para recordar el camino del Salvador: el gozo, cuando se trate de una embarazada o una vida recién iniciada; el poder transformador y luminoso de la recomposición de vínculos y afectos en cualquier momento de vida; el dolor en la angustia por la enfermedad; y la gloria en el sentido de trascendencia tan necesario para el moribundo.
 5. Finalmente, la moralidad vivida del hombre común es una experiencia arraigada a un entorno cultural pro-

[35] *Ídem*.

[36] Cfr. FRANCISCO. *Evangelii gaudium*, 169, 171, 2013.

[37] *Ídem*.

[38] *Ídem*, 172.

[39] UNESCO. *Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas*, París, Publicaciones UNESCO, 2006, p. 24.

[40] Cfr. BENEDICTO XVI. Discurso inaugural...op. cit.

pio, con valores también propios. En nuestra realidad latinoamericana, el alma de sus pueblos está encarnada en la religiosidad popular. [40] Por consiguiente, la participación del representante de la comunidad es indispensable para nutrir las decisiones con *sapientia populi* pues ahí también está la semilla del Verbo.

CONCLUSIONES

Los comités de bioética asistencial son un grupo diverso de profesionales de la salud que, ayudados por profesionales de carreras humanísticas, analizan

sus propias conductas en relación al bien. La necesidad de los miembros del comité por conocer lo que está bien convierte al grupo en un espacio propicio para conocer al Bien con rostro humano, lo cual acontece como encuentro entre hermanos. El encuentro es una oportunidad para el diálogo transformador en torno a tres ejes: la difusión de la Palabra entre los nuevos gentiles, la confianza en la persona como creatura, y la caridad como modo de deliberación. A tal fin se propone una pedagogía que consiste en: pluralidad política, vocación mariana de servicio, acogida, diálogo transformador y valoración de la sabiduría popular.

APORTES DEL PENSAMIENTO DE SAN AGUSTÍN A LA BIOÉTICA PERSONALISTA ONTOLÓGICAMENTE FUNDADA

Fecha de recepción: 27/09/2017

Fecha de aceptación: 21/11/2017

**Dra. María Agustina Toscani
Gómez**

matoscanig@gmail.com

- Abogada, Universidad Austral
- Maestranda en Ética biomédica, Instituto de Bioética, UCA

Palabras clave

- Agustín de Hipona
- Corporeidad
- Trascendencia
- Antropología
filosófica

Key words

- Augustine of Hippo
- Corporeality
- Transcendence
- Philosophical
anthropology

RESUMEN

En el presente trabajo se destaca la importancia de la doctrina de Agustín de Hipona para la Bioética personalista ontológicamente fundada. Sus pensamientos, su experiencia personal, y las contingencias existenciales que todo hombre debe afrontar, dan cuenta de que el ser humano es un ser creado para la trascendencia.

ABSTRACT

This paper addresses the importance of Augustine of Hippo's doctrine for Personalist Bioethics. His thoughts, his personal experience, as well as contingency factors in human lives, highlight that openness to transcendence belongs to the human person.

"Nos has hecho para ti y nuestro corazón está inquieto hasta que descanse en ti." [1]

1. LA HUIDA DEL HOMBRE CONTEMPORÁNEO.

El hombre contemporáneo es un ser en constante huida. A través de un activismo fútil, idealizado bajo la excusa de potenciarse a sí mismo, el ser humano cae en la paradoja de encontrarse lleno y vacío al mismo tiempo. Lleno de trabajo, de eventos, de hobbies. Lleno de compromisos sociales, bienes y placeres; vacío de afectividad profunda, vacío de sentido existencial.

El hombre huye del silencio, huye de la reflexión profunda, huye de la contemplación, huye de la persona que es. Huye de su interioridad e intimidad. Huye de la libertad, para huir de la responsabilidad. Renuncia a ser persona. Y es que "no hay nada más seductor para el hombre que el libre arbitrio, pero también nada más doloroso." [2]

El hombre moderno sufre el vacío existencial porque vive en la exterioridad.

[1] SAN AGUSTÍN DE HIPONA, *Confesiones*, Libro I, núm. 1.

[2] DOSTOIEVSKI, Fiodor, *Los hermanos Karamazov*, París, B. de la Pléiade, 1959, p. 276.

Se desliza por la superficie de los acontecimientos, se dispersa. Sin interioridad, sin recogimiento y la consecuente unificación en sí de lo vivido, no puede tomar perspectiva, se priva de la capacidad de mirarse a sí mismo y de mirar al mundo que lo rodea.

Philipp Lersch ha escrito: "El hombre moderno vive cuantitativamente, no cualitativamente; mide los contenidos de sus vidas por masas y extensiones expresables en números, no por profundidades en las que el hombre se siente tocado y que están más allá de lo mensurable (...) En el culto de la cantidad, el hombre se extravierte y derrama sobre la amplitud del mundo en vez de traer inmediatamente el mundo a lo hondo de su propia interioridad." [3]

"Tengo veintidós años. Poseo un título universitario, tengo un coche de lujo, gozo de una total independencia financiera y se me ofrece más sexo y prestigio del que puedo disfrutar. Pero lo que me pregunto es qué sentido tiene todo esto." [4] El psiquiatra Viktor Frankl, fundador de la Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia, más conocida como

Logoterapia, nos señala que la pérdida del sentido de la existencia brota no solo cuando alguien no puede satisfacer sus necesidades más básicas, sino y sobre todo, cuando éstas están perfectamente cubiertas. La sociedad de la opulencia no llega a satisfacer la necesidad más profunda, la voluntad de sentido. [5] "En su encíclica *Fides et ratio*, ha dicho el Papa que la verdad se presenta inicialmente al hombre como un interrogante: ¿Tiene sentido la vida? ¿Hacia dónde se dirige? (n° 26). Pero el hombre moderno es un ser radicalmente enfermo, incapaz de ponerse a sí mismo dicho interrogante. Experimenta, como dice Jean Cocteau por boca de uno de sus personajes, la gran enfermedad contemporánea que es «la dificultad de ser. Quizás sea éste el indicio más inquietante, porque radica en sus entrañas mismas. El hombre no sabe ya quién es ni a dónde va, camina en la oscuridad de la noche metafísica". [6]

El tedio mencionado por Frankl en la cita realizada, es el aburrimiento que actualmente se hace presente de manera avasallante en la sociedad. De allí el recurso creciente y desesperado a estímu-

[3] LERSCH, Philipp, *El hombre en la actualidad*, Madrid, Gredos, 1967, p. 46. Citado en: SÁENZ, Alfredo, *El hombre moderno*, Buenos Aires, Gladius, 2013, p. 23.

[4] FRANKL, Viktor E., *Ante el vacío existencial*, Barcelona, Ed. Herder, 1980, p. 28.

[5] Cfr. SÁENZ, *op. cit.*, p. 187.

[6] SÁENZ, *op. cit.*, p. 184.

los artificiales: drogadicción, perversiones, violencia, que intentan vanamente cubrir un vacío imposible de llenar. Como observa con acierto Ratzinger, estos fenómenos "reclaman la atención sobre una exigencia interior del ser humano que, al no encontrar respuesta justa, se hace valer en forma perversa". [7]

La huida de la intimidad ya había sido denunciada en el siglo IV por Agustín de Hipona: "No vayas afuera, regresa a ti mismo." [8] Y es que el hombre que huye de sí mismo "queda aprisionado en las mallas de una seudorealidad, de una chata e ingobernable exterioridad. Ha perdido contacto con su centro interior y con la interioridad de las demás personas y cosas (...) El camino hacia la interioridad personal y, desde ella, hacia la interioridad de las personas, cosas y situaciones de este mundo, es camino hacia el encuentro con la más sólida y furgente realidad." [9]

En el presente trabajo, se analizará el legado de San Agustín de Hipona, para luego realizar un proceso de inducción, desde su experiencia personal hasta las contingencias existenciales que todo

hombre debe afrontar, y que solo encuentran respuesta en la apertura del hombre a la trascendencia.

2. AGUSTÍN DE HIPONA.

La concepción antropológica de San Agustín (s. IV) se desarrolla dentro del esquema general de la teoría platónica del hombre, si bien se distancia del dualismo platónico al incorporar elementos propios de la concepción cristiana que van a dar a su pensamiento un carácter propio.

Agustín nació en el año 354 en la ciudad de Tagaste, actual Argelia, un enclave de civilización romana en África. Su padre Patricio era pagano, y su madre, Mónica, cristiana. Gracias a la educación que recibió, ascendió socialmente, pero también creció en vanidad. Durante su juventud tuvo un acercamiento a la filosofía de Cicerón, descubriendo la Verdad y la Sabiduría como metas alcanzables y deseables. "De repente, toda vana esperanza llegó a ser vil para mí y con increíble ardor de corazón anhelaba la inmortalidad de la sabiduría. Había comenzado a levantarme para volver a ti." [10]

[7] RATZINGER, Joseph, *El ocaso del hombre y el reto de la fe*. Madrid, ABC, 31 de Marzo de 1988, p. 27.

[8] SAN AGUSTÍN DE HIPONA, *De Vera religione*, citado por VELASCO SUÁREZ, Carlos A., *La huida de la intimidad*, Buenos Aires, Sabiduría Cristiana, 2010, p. 18.

[9] VELASCO SUÁREZ, *op. cit.*, p. 18.

[10] SAN AGUSTÍN DE HIPONA, *Confesiones*, Libro III, núm. 7.

"¡Cómo ardía, Dios mío, cómo ardía en deseos de volar desde lo terreno hacia ti! ¡Y no conocía lo que tú obrabas conmigo! Porque en ti está la sabiduría." [11]

Esta búsqueda incipiente de la trascendencia llevó a Agustín a leer la Biblia. Sin embargo, al no hallar en ella el lenguaje ciceroniano, no alcanzó a comprenderla, y se refugió en el maniqueísmo, secta que dio una respuesta temporal a sus inquietudes. Gracias a influencias maniqueas, alcanzó el puesto de retórico en la Corte de Milán. Fue allí donde conoció al Obispo Ambrosio, cuya retórica rica en contenido fue transformando lentamente su mente y su corazón.

Agustín rompió entonces con los maniqueos y se acercó a la Iglesia. En su búsqueda intelectual, comenzó a percibir la aclaración de su camino, pero a la vez, la enorme distancia que lo separaba del Ser perfecto. "Yo me hacía cada vez más miserable y tú más cercano." [12] "Respecto a mi vida temporal todo vacilaba y había que purificar el corazón de la vieja levadura; y me gustaba el camino

—el mismo Salvador—, pero todavía temía caminar por sus desfiladeros." [13] Agustín atraviesa un proceso de crisis. "¿Qué es lo que nos pasa? ¿Qué es esto que has oído? Se levantan los indoctos y arrebatan el cielo, y nosotros, con todo nuestro saber, faltos de corazón, ved que nos revolcamos en la carne y en la sangre. ¿Acaso nos da vergüenza seguirles por habernos precedido y no nos la da siquiera el no seguirles?" [14] "Manda el alma al cuerpo y le obedece al punto; se manda el alma a sí misma y se resiste. ¿De dónde este monstruo? ¿Y por qué es así?" [15]

El futuro doctor de la Iglesia se vio obligado a luchar con sus viejas tentaciones. Atravesando profundas angustias y desconsolados llantos, vio que solo tenía una alternativa: confiar en la gracia de Dios. Tomó las Escrituras al azar y leyó un pasaje de la epístola a los Romanos (Rm 13, 13-14). "Al instante, en efecto, al terminar esta sentencia, como si una luz de seguridad se hubiera derramado por mi corazón, se disiparon todas las tinieblas de la duda." [16]

[11] Id., núm 8.

[12] Id., Libro VI, núm 26.

[13] Id., Libro VIII, núm 1.

[14] Id., núm 19.

[15] Id., núm 21.

[16] Id., núm 29.

Tras su conversión, Agustín dejó de aspirar llegar a ser un gran sabio. Descubrió que la paz y la felicidad radican en la apertura a la trascendencia; en particular, en la relación con el Ser Infinito y Eterno: Dios. "Mas tú, Señor, te mostraste bueno y misericordioso, poniendo los ojos en la profundidad de mi muerte y agotando con tu diestra el abismo de corrupción del fondo de mi alma. Todo ello consistía en no querer lo que yo quería y en querer lo que tú querías." [17]

La experiencia personal de San Agustín refleja los sucesivos y constantes procesos de búsqueda y conversión que cada ser humano debe afrontar en su vida. Por más dificultades o interrogantes que se nos presenten acerca del inicio, transcurrir o final de nuestra vida, lo cierto es que hay contingencias existenciales: no se escoge nacer, ni dónde, ni cuándo. Pero si se nace, debe haber una razón incognoscible a la cual se está llamado. "Siendo la existencia

temporal, importa la responsabilidad con la que se asume la vida y por ende, la propia libertad." [18] "Es esta libertad espiritual, que no se nos puede arrebatar, lo que hace que la vida tenga sentido y propósito." [19] El solo hecho de ser persona nos coloca frente a la alternativa precisada por Gabriel Marcel: "S'accomplir ou se fuir", cumplirse o evadirse. [20]

3. APERTURA DEL HOMBRE A LA TRASCENDENCIA.

"A la persona humana pertenece la apertura a la trascendencia: el hombre está abierto al infinito y a todos los seres creados. Está abierto sobre todo al infinito, es decir a Dios, porque con su inteligencia y su voluntad se eleva por encima de todo lo creado y de sí mismo, se hace independiente de las criaturas, es libre frente a todas las cosas creadas y se dirige hacia la verdad y el bien absolutos." [21]

[17] Id., Libro IX, núm 1.

[18] LEHMANN OLIVEROS, Olga, *De la logoterapia a la bioética: herramientas para el abordaje psicológico*. Revista Red-bioética/ UNESCO, 2010, Vol. 1 (2), p. 37-49. [Disponible el 26/08/2017 en <http://redbioetica.com.ar/revista-redbioetica-unesco-no-2/>].

[19] FRANKL, Viktor E., *El hombre en busca de sentido*, 21° ed., Barcelona, Ed. Herder, 2001, p. 100.

[20] MARCEL, Gabriel, *Homo Viator*. París, Aubier, 1952, p. 115.

[21] Compendio de la Doctrina Social de la Iglesia, nro. 130. [Versión digital en el enlace: http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/justpeace/documents/rc_pc_justpeace_doc_20060526_compendio-dott-soc_sp.html].

San Agustín, concibe a la criatura como una mezcla de ser y no ser –sin dudas, un rastro del maniqueísmo–, entendiendo esta oposición como consecuencia del pecado original. Para él la verdad se puede conocer; ésta se encuentra dentro del hombre mismo, y es ahí, en el interior, donde vive la verdad, a la que se llega mediante una investigación con afecto espiritual. Es decir, el hombre necesita de la Gracia para iluminar su inteligencia y así conocer las verdades naturales. La verdad es armonía, y aunque está dentro de uno mismo, el que la contiene no es la verdad, pues la verdad no se busca a sí misma. [22]

“¡Tarde te amé, hermosura tan antigua y tan nueva, tarde te amé! Y he aquí que tú estabas dentro de mí y yo fuera, y por fuera te buscaba; y deforme como era, me lanzaba sobre estas cosas hermosas que tú creaste. Tú estabas conmigo, mas yo no lo estaba contigo. Me retenían lejos de ti aquellas cosas que, si no estuviesen en ti, no serían. Llamaste y clamaste, y rompiste mi sordera; brillaste y resplandeciste, y fugaste mi ceguera; exhalaste tu perfume

y respiré, y suspiro por ti; gusté de ti, y siento hambre y sed, me tocaste, y me abrasé en tu paz.” [23] Con un texto tan bello como éste, el que fue obispo de Hipona pone de relieve la necesidad de verdad y de paz que tiene la interioridad del hombre, al mismo tiempo que la vincula con los sentidos, con su corporeidad.

Agustín define al ser humano como un alma racional que se sirve de un cuerpo mortal y terreno. Para él el cuerpo es un mero instrumento al servicio del alma, hecha a imagen y semejanza de Dios. Esto dista de la concepción aristotélico-tomista, para la cual el ser humano es una indisoluble y sustancial unidad entre dos coprincipios: el corpóreo y el espiritual; y que entiende que todo humano es un cuerpo espiritualizado. [24] Sin embargo, la invocación al oído, a la vista, al olfato, y al gusto que el santo hace en la última cita, deja entrever cierta semilla de una antropología realista, proveniente no de una teoría sino del sentido común.

Esta antropología, desarrollada de manera brillante por Tomás de Aquino,

[22] Cfr. SAN AGUSTÍN DE HIPONA, *De la verdadera religión*, en FERNÁNDEZ, Clemente, *Los filósofos medievales I*, Madrid, BAC, 1979, Cap. XI, p. 296.

[23] SAN AGUSTÍN DE HIPONA, *Confesiones*, Libro X, núm. 38.

[24] Cfr. LUKAC DE STIER, María L., *Hombre: ni ángel ni bestia*. [Versión digital disponible el 15/05/2017. Acceso: http://www.sta.org.ar/xxxii/files/Lunes/Lukac_07.pdf]

también se manifiesta, en parte, cuando el africano se refiere al tema del conocimiento. Agustín declara, correctamente, que éste se genera por medio de los sentidos. Los sentidos perciben y siempre informan bien; transmiten al ánimo la impresión de lo que perciben, y la razón es la que a veces obra mal, siendo ésta la juez a la que se le trasmite la impresión producida por el sentido. "Si alguien cree que en el agua el remo se quiebra y al sacarlo de allí vuelve a su integridad, no tiene un mensajero malo, sino un mal juez." [25] La persona utiliza sus sentidos, mas interpreta con el uso de su inteligencia, potencia racional del orden del conocimiento. La inteligencia depende de los sentidos en la obtención de su objeto.

"Las leyes del conocer responden a las del ser." [26] Desde una postura realista, todo conocimiento se inicia en la experiencia: el conocimiento intelectual requiere del conocimiento sensible previo. "La persona está abierta a la totalidad del ser, al horizonte ilimitado del ser. Tiene en sí la capacidad de trascender los objetos particulares que conoce, gracias a su apertura al ser sin fronteras." [27]

Otro punto de contacto que se puede establecer entre la antropología agustina y la aristotélico-tomista se da en cuanto a la historicidad del hombre. San Agustín es el primer filósofo en describir la historia linealmente. Para los antiguos, la historia era cíclica. En cambio, para él, el inicio es la Creación, y el fin será la Parusía. El hombre, ser finito, participa de esta realidad del mundo, del transitar entre ambos puntos. Su alma es inmortal, pero no eterna, pues tiene un origen, no ha existido desde siempre.

La corporeidad sitúa al hombre en un tiempo y en un espacio. Por el cuerpo nos sometemos a las coordenadas de espacio y tiempo. El cuerpo nos permite experimentar físicamente la contingencia, [28] pues nuestro cuerpo es frágil y sufre y registra el paso del tiempo. Éste también deja su marca en nuestra alma. San Agustín considera que las potencias humanas son tres: inteligencia, voluntad y memoria. Por medio de la última es que se hace patente nuestra intimidad e identidad personal. No tiene en cuenta la dimensión corpórea.

"A lo largo de la vida el ser humano se transforma y cambia en sus dos dimen-

[25] Cfr. SAN AGUSTÍN DE HIPONA, *De la verdadera religión*, en FERNÁNDEZ, Clemente, *op. cit.*, Cap. XXIII, p. 299.

[26] SAN JUAN PABLO II, *Audiencia General*, 26 de Septiembre de 1979. [Disponible en: https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/audiencias/1979/documents/hf_jp-ii_aud_19790926.html]

[27] Ídem cita al pie número 22.

[28] LUKAC DE STIER, *op. cit.*, p.5.

siones, la exterior y la interior, en una suerte de juego entretrejado o relación concausal." [29] Nunca cambia nuestra identidad: siempre soy yo misma, pese a los cambios en mi cuerpo, en mi espíritu, mi personalidad; por el contrario, voy reafirmando mi identidad con cada cambio.

San Agustín, al introducir la historicidad y asumir que vivimos en el tiempo, o sea, que somos una realidad encarnada, se acerca –sin quererlo– a la idea de que el cuerpo y el alma son dos coprincipios, que unidos forman a la sustancia que es el hombre. Pero no llega a vislumbrar tal realidad; mantiene su visión negativa de la dimensión exterior del hombre.

Agustín entendía que el alma era prisionera de lo corporal y carnal. Por el pecado original, el alma se dirige hacia lo que no debe, y no hacia lo que debe, que es Dios, el Supremo Bien, Verdad y Belleza sin fin. Por eso en su obra "La Ciudad de Dios", sostiene que la historia se puede dividir en dos "ciudades": la ciudad de los hombres, del amor propio, del egoísmo, y la ciudad de Dios, del desprecio de uno mismo y el amor de Dios (*caritas*). En esto también hay un dejo del dualismo maniqueo.

Ahora bien, si el hombre, herido por el pecado original, no puede dejar de orientarse hacia el pecado, hacia el mal, ¿es realmente libre? El hiponense no niega la existencia del libre arbitrio. Define a la libertad como tendencia hacia el bien. Y considera que la voluntad humana no tiene la capacidad suficiente para librarse por sí misma de las consecuencias del pecado original ni para salvarse: es necesaria la gracia de Dios.

El hombre necesita humildad ("rechazo de sí mismo", diría Agustín) para aceptar abrirse a la trascendencia. Solo así podrá encontrar la paz, la Verdad, el Bien y la felicidad que es Dios mismo. Nada fuera de Dios puede colmar el vacío existencial del hombre. "Nos has hecho para ti y nuestro corazón está inquieto hasta que descanse en ti." [30]

4. APORTES A LA BIOÉTICA PERSONALISTA ONTOLÓGICAMENTE FUNDADA.

De acuerdo con Viktor Frankl, la búsqueda por parte del hombre del sentido de la vida constituye una fuerza primaria y no

[29] Ídem, p.7.

[30] Véase nota al pie número 2.

una "racionalización secundaria" de sus impulsos instintivos. [31] La incapacidad para desarrollar adecuadamente esta voluntad es la causa de frustración existencial.

A simple vista podría parecer que una antropología o filosofía que considere la apertura a la trascendencia es pura teología, exclusiva de ámbitos cristianos. Sin embargo, la apertura del hombre a la trascendencia está presente en la mayoría de las corrientes de pensamiento que han perdurado en el tiempo. Es eso, justamente, lo que verifica esta realidad innegable: el hombre está llamado a algo superior que él mismo. Cerrarse a la trascendencia deja al hombre desnudo, vacío, sin sentido.

El budismo, por ejemplo, busca la trascendencia a través del desprendimiento. El último y más complejo paso para lograrlo es "desprenderse de uno mismo". Alcanzado ese vacío, solo queda buscar en el Nirvana el fundamento del ser, en comunión con el ser absoluto. Allí radicaría la felicidad. Nótese la similitud con el autorechazo propuesto por la doctrina agustina, y la existencia de un ser absoluto a través del que se encuentra la felicidad. Pese a que el Nirvana viene a ser algo similar a "la conciencia de la divinidad", el

budismo se caracteriza por la carencia de una deidad creadora y omnipotente que se la causa primera de todo.

El materialismo filosófico marxista, que define al hombre como "la materia de grado más compleja", y que niega la dimensión espiritual de la persona, también deja abierta la puerta a la trascendencia. ¿Cómo es esto posible? En el camino de la utopía socialista, el hombre se autorrealiza como un adoquín que permitirá, eventualmente, el triunfo de la revolución.

El filósofo alemán Max Scheler sostuvo que el ser humano es el único ser que anhela una vida después de esta vida, y que ese rasgo es común a todas las culturas y a todos los tiempos. Por eso define al hombre como una unidad en la que se aprecian tres sustratos: el físico, el psicológico, y el espiritual, que relaciona la persona concreta con la trascendencia. [32] La antropología de Scheler va más allá y termina siendo panteísta. Afirma que todo el universo está impregnado del Espíritu Eterno (Dios); y presupone a un Dios que se autorrealiza en el cosmos y se reconoce a sí mismo en y por medio del hombre.

[31] Cfr. FRANKL, Viktor E., *El hombre...*, op. cit., p. 143-144.

[32] Cfr. SCHELER, Max, *El puesto del hombre en el cosmos*. Buenos Aires, Losada, 1938.

En los tiempos actuales, la realidad del hombre ya no se encuentra en jaque por parte de panteísmos materialistas o idealistas. Moviéndose al otro lado del péndulo, parece haberse cerrado toda apertura del hombre a la trascendencia. Así, Sartre, negando a Dios y la metafísica, puede manifestar que el hombre es "un ser para la nada", "una pasión inútil", [33] que vive absurdamente en el aquí y ahora. Se ha perdido el sentido de la existencia.

No debe ser extraño, entonces, que la humanidad huya de la intimidad, del silencio, de la responsabilidad. Huye de mirar cara a cara al vacío existencial.

La masificación, la negación del sufrimiento, del dolor, del envejecimiento y de la muerte, propias de la cultura actual, reflejan, inconscientemente, un anhelo profundo de ser eternamente pleno. Al no encontrar este afán respuesta en el alma o en Dios –ambas realidades negadas u olvidadas–, la única alternativa es eternizar el cuerpo y la juventud.

"Para la cultura contemporánea envejecer no es un proceso normal de todo viviente, del que el hombre pueda enor-

gullecerse, sino una patología que hay que ocultar y disimular. Esto se traduce en un uso indiscriminado de cirugía plástica y técnicas de todo tipo para disfrazar el paso del tiempo. Lo terrible de todo esto es, nuevamente, el rechazo de la propia corporeidad y sus cambios con las consecuencias anímicas y de relaciones interpersonales que ello supone." [34]

En el campo bioético, esta misma perspectiva se observa con las técnicas de procreación humana asistida. Mujeres de edad avanzada recurren a ellas para quedar embarazadas, cuando su cuerpo no lo consigue naturalmente. En muchos casos, hubo intentos previos de trascender en el ámbito académico o laboralmente. Al descubrir que eso no es posible, se busca trascender a través de un hijo. Para la ciencia de hoy, "querer es poder".

Otro ejemplo es la sobrevaloración de terapias naturales y exóticas como enea-grama, reiki, sofrología, y técnicas varias de autoayuda y autoliberación interior. Cual manotazo de ahogado, el ser humano intenta hallar la verdad, mas no se pregunta sobre la verdad de sí mismo. Entremezclando astrología, religión, filo-

[33] SARTRE, Jean Paul, *El ser y la nada*. Barcelona, RBA Coleccionables, 2004, p.638.

[34] LUKAC DE STIER, *op. cit.*

sofía y ciencia, solo consigue muchas respuestas parciales. Ninguna de ellas le brinda paz, pues carecen de capacidad de dar una respuesta definitiva al interrogante acerca del sentido de la vida.

San Agustín puede iluminar estas realidades actuales con dos aportes fundamentales: la historicidad del hombre y su apertura a la trascendencia y en particular, a la gracia. Es imposible reducir el hombre al "mundo": "El hombre no puede ser ni comprendido ni explicado hasta el fondo con las categorías sacadas del 'mundo', es decir el conjunto visible de los cuerpos. A pesar de esto también el hombre es cuerpo." [35]

Asumir la historicidad humana, la finitud propia, aceptarse a uno mismo con su grandeza y su miseria, es una tarea que la sociedad actual tiene pendiente. Torralba i Roselló sostiene que el *homo occidentalis* es el único animal que no acepta la historicidad de su ser y se obstina en fijar esta historia en su juventud. [36] La constante adulación del hombre, fruto de un antropocentrismo sin cúpula teocéntrica, deja al hombre solo, huérfano. Por más

voluntad y empeño que se vuelque en la búsqueda de la juventud, de la eternidad o la trascendencia, nunca podrá hacerlo solo, por sí mismo.

El pelagianismo [37] combatido por San Agustín se ha reeditado, y por eso, la apertura a la trascendencia y la doctrina de la gracia deben ser invocados, aun en ámbitos católicos. La sobrevaloración de los medios (tales como el dinero, títulos universitarios, o hasta técnicas de respiración) por sobre la verdad, desplazada por el relativismo; los valores morales amputados de una base objetiva; la moralidad reducida a la legalidad; son solo algunos ejemplos del voluntarismo existente en la sociedad.

"En una sociedad donde la libertad individual se entiende como un poder absoluto que justifica todo acto, la comprensión de este principio [libertad- responsabilidad] requiere de una contraparte, la responsabilidad, que le recuerde al individuo su propio límite. Esta nota pone un marco dentro del cual la libertad halla un cauce: existen cuestiones indelegables y responsabilidades de las que se debe dar

[35] SAN JUAN PABLO II, *Audiencia General*, 12 de Septiembre de 1979. [Acceso: https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/audiences/1979/documents/hf_jp-ii_aud_19790912.html]

[36] TORRALBA I ROSELLÓ, F., *Antropología del cuidar*, citado por LUKAC DE STIER, *op. cit.*, p.8.

[37] Según PELAGIO (siglo IV) el hombre puede salvarse del pecado de forma autónoma, por la fuerza de la voluntad e independientemente de Dios.

cuenta, y otras opciones que sobrepasan al sujeto mismo (sea el médico, el paciente, o quienes tienen la curatela del enfermo).” [38] Entre esas opciones que sobrepasan al hombre se encuentra la historicidad y la apertura a la trascendencia propias de su ser: el hombre es una criatura espiritual que participa de la espiritualidad perfecta pero goza de una espiritualidad limitada por el mismo cuerpo en que se encarna. “Aunque el hombre esté tan estrechamente unido al mundo visible, sin embargo la narración bíblica no habla de su semejanza con el resto de las criaturas, sino solamente con Dios (“Dios creó al hombre a imagen suya, a imagen de Dios lo creó...” : Gén 1, 27).” [39]

San Agustín permite aportar a la mesa de debate, desde una Bioética personalista ontológicamente fundada, esta riqueza y verdad del hombre: es un ser creado para la trascendencia. Una antropología no reduccionista ni deformante de la realidad del hombre, es ineludible para elaborar una filosofía moral objetiva y luego, una Ética biomédica al verdadero servicio de la vida y la persona humana, según la cual “*ens et bonum convertuntur*”.

5. BIBLIOGRAFÍA.

AGUSTÍN DE HIPONA, *Confesiones*. Buenos Aires, Ed. San Pablo, 2010.

Compendio de la Doctrina Social de la Iglesia. Disponible en: http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/justpeace/documents/rc_pc_justpeace_doc_20060526_compendio-dott-soc_sp.html

DOSTOIEVSKI, Fiodor, *Los hermanos Karamazov*. París, B. de la Pléiade, 1959.

FERNÁNDEZ, Clemente, *Los filósofos medievales I*, Madrid, BAC, 1979.

FRANKL, Viktor E. *Ante el vacío existencial*. Barcelona, Ed. Herder, 1980.

FRANKL, Viktor E. *El hombre en busca de sentido*. 21° ed., Barcelona, Ed. Herder, 2001.

JUAN PABLO II, *Audiencia General*. 12/09/1979. Acceso: <https://w2.vatican>.

[38] REVELLO, Rubén, *Bioética: la verdad que busca el bien*. Buenos Aires, EDUCA, 2010, p. 157.

[39] Ídem cita al pie 34.

va/content/johnpaulii/es/audiencias/1979/documents/hf_jpii_aud_19790912.html

JUAN PABLO II, *Audiencia General*. 26/09/1979 Disponible en: https://w2.vatican.va/content/johnpaulii/es/audiencias/1979/documents/hf_jpii_aud_19790926.html

JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Fides et ratio*. 14/09/1998. Acceso: http://w2.vatican.va/content/johnpaulii/es/encyclicals/documents/hf_jpii_enc_14091998_fides-et-ratio.html

LEHMANN OLIVEROS, Olga, *De la logoterapia a la bioética: herramientas para el abordaje psicológico*. Revista Redbioética/UNESCO, 2010, Vol. 1 (2). Disponible en el enlace: <http://redbioetica.com.ar/revista-redbioetica-unesco-no-2/>

LERSCH, Philipp, *El hombre en la actualidad*, Madrid, Gredos, 1967.

LUKAC DE STIER, María L., *Hombre: ni ángel ni bestia*. Versión digital disponible

el 15/05/2017. Acceso: http://www.sta.org.ar/xxxii/files/Lunes/Lukac_07.pdf

MARCEL, Gabriel. *Homo Viator*. París, Aubier, 1952.

RATZINGER, Joseph, *El ocaso del hombre y el reto de la fe*. Madrid, ABC, 31 de Marzo de 1988.

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

SÁENZ, Alfredo, *El hombre moderno*. Buenos Aires, Gladius, 2013.

SARTRE, Jean Paul, *El ser y la nada*, Barcelona, RBA Coleccionables, 2004.

SCHELER, Max, *El puesto del hombre en el cosmos*. Buenos Aires, Losada, 1938.

VELASCO SUÁREZ, Carlos A., *La huida de la intimidad*. Buenos Aires, Sabiduría Cristiana, 2010.

CHILE LEGALIZA EL ABORTO EN TRES CAUSALES

Dra. María Inés Franck

- Licenciada en Cs. Políticas (UCA)
- Abogada (UCA)
- Especialista en Doctrina Social de la Iglesia (UCA)
- Licenciada en Derecho Canónico (UCA)
- Secretaria Académica de la Facultad de Derecho Canónico (UCA)
- Profesora de Ciencias Políticas (UCA)

Dr. Jorge Nicolás Lafferriere

nicolas_lafferriere@uca.edu.ar

- Abogado por la Universidad de Buenos Aires (UBA)
- Doctor en Ciencias Jurídicas por la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA)
- Profesor de "Derecho Civil" (UBA - UCA)
- Profesor de "Bioderecho" de la Maestría en Ética Biomédica (UCA)
- Director de Investigación Jurídica Aplicada de la Facultad de Derecho (UCA)
- Director del Centro de Bioética, Persona y Familia

Palabras clave

- Aborto
- Objeción de conciencia
- Objeción de conciencia institucional

Key words

- Abortion
- Conscientious objection
- Institutional conscientious objection

INTRODUCCIÓN

El 3 de agosto de 2017 el Congreso de Chile aprobó el proyecto de ley que regula la despenalización del aborto, bajo la denominación "interrupción voluntaria del embarazo" en tres causales. La nueva ley no fue vetada por el Poder Ejecutivo y recibió el 21 de agosto el aval del Tribunal Constitucional en general, aunque se acogió una impugnación referida a la objeción de conciencia institucional.

El Tribunal Constitucional de Chile, que publicó su sentencia el 28 de agosto de 2017, rechazó por 6 votos a 4, dos requerimientos de inconstitucionalidad formulados por un grupo de senadores y un grupo de diputados (Roles 3729 y 3751-17-CPT) respecto a las tres causales de aborto (riesgo de vida de la madre, violación e inviabilidad del por nacer), mientras que acogió por 8 votos a 2 la impugnación del estatuto de la objeción de conciencia, de modo que ella puede ser alegada por toda persona interviniente (no sólo el plantel profesional) y también por las instituciones de salud. Igualmente hace lugar a la objeción contra la frase que obligaba a los profesionales a realizar abortos cuando sea inminente el vencimiento del plazo fijado por la ley. Es decir, no se obliga nunca a la persona a realizar abortos.

En esta breve nota comentamos los alcances de la nueva ley (2) y algunos elementos que surgen de la sentencia del Tribunal Constitucional en relación al estatuto de la persona por nacer en el derecho chileno (3).

2. LOS ALCANCES DE LA NUEVA LEY

2.1. Las tres causales

La ley realiza modificaciones al art. 119 del Código Sanitario, estableciendo que toda mujer, a partir de los 14 años de edad, puede autorizar la interrupción de su embarazo por un médico cirujano cuando:

- 1) La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida.
- 2) El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal.
- 3) Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que

no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación.

En este último supuesto, un equipo de salud especialmente conformado para estos efectos confirmará la concurrencia de los hechos que lo constituyen y la edad gestacional. En caso de concurrir esta circunstancia se proveerá a la mujer de la información necesaria para que pueda presentar una denuncia.

2.2. El consentimiento informado

La mujer (o su representante legal si correspondiera) deberá siempre manifestar en forma expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo.

El prestador de salud deberá proporcionar a la mujer información veraz sobre las características de la prestación médica, según lo establecido en los artículos 8 y 10 de la ley N° 20.584. Asimismo, deberá entregarle información verbal y escrita sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo la de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles. La información será siempre completa y objetiva, y su entrega en ningún caso podrá estar destinada a influir en la voluntad de la mujer.

2.3. Las menores de 14 años de edad

Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación. Además de su voluntad, se requerirá la autorización de su representante legal, o de uno de ellos, a elección de la niña, si tuviere más de uno. A falta de autorización, la niña, asistida por un integrante del equipo de salud, podrá solicitar la intervención del juez para que constate la ocurrencia de la causal. El tribunal resolverá la solicitud de interrupción del embarazo sin forma de juicio y verbalmente, a más tardar dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la presentación de la solicitud, con los antecedentes que le proporcione el equipo de salud, oyendo a la niña y al representante legal que haya denegado la autorización. Si lo estimare procedente, podrá también oír a un integrante del equipo de salud que la asista.

Además, cuando a juicio del médico existan antecedentes para estimar que solicitar la autorización del representante legal podría generar a la menor de 14 años, o a la mujer judicialmente declarada interdicta por causa de demencia, un riesgo grave de maltrato físico o psíquico,

coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad, se prescindirá de tal autorización y se solicitará al juez con competencia en materia de familia del lugar donde se encuentre la menor o la mujer declarada interdicta por causa de demencia una autorización judicial sustitutiva. Para efectos de este inciso la opinión del médico deberá constar por escrito. El procedimiento será reservado y no será admitida oposición alguna de terceros distintos del representante legal que hubiere denegado la autorización.

2.4. La objeción de conciencia

El proyecto estipula que "el médico cirujano requerido para interrumpir el embarazo (...) podrá abstenerse de realizarlo cuando hubiese manifestado su objeción de conciencia al director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa. De este mismo derecho gozará el resto del personal profesional al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención. En este caso, el establecimiento tendrá la obligación de reasignar de inmediato otro profesional no objetante a la paciente. Si el establecimiento de salud no cuenta con ningún facultativo que no haya realizado la manifestación de objeción de conciencia, deberá derivarla

en forma inmediata para que el procedimiento le sea realizado por quien no haya manifestado dicha objeción".

Además, "si el profesional que ha manifestado objeción de conciencia es requerido para interrumpir un embarazo, tendrá la obligación de informar de inmediato al director del establecimiento de salud que la mujer requirente debe ser derivada".

Finalmente, en el caso de que la mujer requiera atención médica inmediata e impostergable, invocando la primera causal (riesgo vital), quien haya manifestado objeción de conciencia no podrá excusarse de realizar la interrupción del embarazo cuando no exista otro médico cirujano que pueda realizar la intervención. Tampoco podrá excusarse si es inminente el vencimiento del plazo establecido en la tercera causal (la semana 12 de gestación luego de una violación). Este punto fue objetado y la sentencia del Tribunal Constitucional decidió modificarlo, como dijimos anteriormente.

También la ley sostenía que "La objeción de conciencia es de carácter personal y en ningún caso podrá ser invocada por una institución". Sin embargo, esta disposición ha sido objetada ante el Tribunal Constitucional, que acogió la impugnación.

3. ANÁLISIS DE LA SENTENCIA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL EN RELACIÓN A LA PERSONA POR NACER

3.1. Los conflictos constitucionales

En su sentencia el Tribunal Constitucional identifica cuatro conflictos constitucionales:

1) El legislador habría excedido su competencia, vulnerando el mandato del artículo 19, numeral 1, inciso segundo, de la Constitución, contraviniendo las bases en que se funda el Estado de Derecho.

2) El proyecto produciría profundas discriminaciones arbitrarias, contraviniendo el principio de igualdad ante la ley.

3) El articulado del proyecto vulneraría la libertad de conciencia y el derecho a ejercer la profesión médica y, desde allí, transgrediría la garantía esencial de los derechos.

4) El proyecto socavaría las bases de la institucionalidad, en cuanto no respeta el derecho de asociación y autonomía de los cuerpos intermedios. Unido a ello, contravertiría el principio de servicialidad del Estado.

Dada la extensión de la sentencia (297 páginas), nos concentraremos en analizar algunos aspectos vinculados con las razones esgrimidas por el TC para sostener la constitucionalidad de la norma invocada en relación a la persona por nacer y haremos primeras reflexiones bioéticas y jurídicas.

El principal obstáculo que debía enfrentar el TC para despenalizar el aborto es el texto mismo de la Constitución de Chile, que establece en el artículo 19.1.2 que la ley protege la vida del que está por nacer. Las argumentaciones del TC se orientan pues a reconocer una discrecionalidad al legislador en relación al derecho a la vida; en sostener que el por nacer no es persona para la Constitución; que el derecho a la vida no es absoluto; que la protección puede darse por distintos medios al derecho penal; y que no puede descuidarse a la mujer. Veamos a continuación estos puntos:

3.2. La discrecionalidad del legislador en relación al derecho a la vida

Un elemento decisivo en el razonamiento del TC es el que sostiene que el legislador tiene una cierta discrecionalidad al momento de legislar sobre el derecho a la vida. Para ello, cita dos sentencias del propio TC, una de las cuales se pro-

nunció sobre la constitucionalidad de la definición de muerte encefálica en relación a la ley de trasplantes de órganos (STC 220/1995) y la otra que se pronunció en contra de un decreto que establecía la píldora del día después (STC 740/2007). Para el TC, "el legislador tiene plena capacidad para normar situaciones vinculadas a la vida y la muerte de las personas, como tradicionalmente lo ha hecho". Y constató que "el Tribunal tiene dos doctrinas que no dialogan entre sí. La discrepancia principal tiene que ver con el rol de legislador". Como veremos, esta deferencia del TC hacia el legislador termina siendo decisiva para desamparar al por nacer, quitándole el rango de persona y afirmando que su derecho a la vida no es absoluto.

3.3. El estatuto jurídico del por nacer en la Constitución de Chile:

Un segundo eje del voto de cinco de los jueces que conforman la mayoría consiste en sostener que para la Constitución el por nacer no es persona. Así, afirman que la Constitución lo trata distinto que las personas. "La ley es la principal fuente de derecho. Sin perjuicio de lo que se dirá más adelante, la Constitución no le otorga al que está por nacer la categoría de persona. Ello no obsta a que sea un bien jurídico de la mayor relevancia".

Este voto de los cinco jueces resalta que el origen de la disposición constitu-

cional sobre proteger al por nacer se encuentra en el Código Civil, en su artículo 75. "Se trasladó la disposición que había en ese cuerpo legal a la Constitución". "Como se observa, a los nacidos el Código les denomina personas. Y a los que están por nacer, criatura. Y nunca a las personas los considera como si no hubiesen existido". Y continúan: "El Código Civil pone énfasis en el nacimiento para hacer una separación. (...) el que está por nacer es un bien jurídico, de mucha importancia para la Constitución. Por eso se refiere a él y le encarga al legislador su resguardo. El que está por nacer no necesita del estatuto de persona y distorsionar todo el resto del sistema constitucional y legal, para recibir protección. La Constitución lo relevó de aquello. No hay ninguna entidad que en nuestro sistema jurídico tenga esta posibilidad".

Para estos jueces, la dependencia de la madre resulta decisiva para negar al por nacer ese carácter de persona: "En este sentido, el análisis de este proyecto de ley implica examinar que hay una medida o decisión legislativa que pondera razonablemente, entre un derecho fundamental y un interés protegido legalmente. En este caso el legislador opta por maximizar la protección del derecho constitucional a la vida de la madre o de la mujer, como es la despenalización en circunstancias excepcionales por su gravedad y dramatismo. Ciertamente que el costo de interrumpir el embarazo y hacer cesar la gestación de

una vida humana con expectativas de alcanzar el estatus de persona, es alto y puede ser doloroso, pero de ningún modo puede compararse ni es proporcional al sacrificio de la vida de una persona plena, de una mujer o una madre con un proyecto vital en pleno desarrollo en el mundo, en el medio social y familiar. En un contexto donde el que está por nacer mantiene en el vientre materno una existencia común con la madre, sin vida individual ni autónoma, constituyendo una existencia condicionada al nacimiento y a la sobrevivencia un momento siquiera, parece necesaria y razonable la diferenciación entre una persona y un *nasciturus*, entre un sujeto jurídico pleno de derechos y deberes y un sujeto que es aún una expectativa de persona, una vida en ciernes, sin duda objeto de valoración por el derecho que lo protege durante el desarrollo gestacional".

Lo increíble del razonamiento, es que contradice expresamente la sentencia anterior 740/2007 sobre la píldora del día después en que había afirmado claramente que "el que está por nacer es una persona".

Como hemos dicho, la mayoría se compone de 6 jueces. 5 de ellos se pro-

nuncia en el sentido antes indicado. Sin embargo, el sexto juez, el ministro Domingo Hernández Emparanza, manifiesta su desacuerdo con sus otros cinco colegas justamente en lo referido al estatus jurídico del que está por nacer. Fue el profesor Hernán Corral Talciani quien nos advirtió sobre este punto, explicando que "el Ministro Hernández declara 'no compartir' que el concebido tenga la calidad de 'mero interés jurídicamente protegido [...] que no persona y, por ello, disponible por decisión de la mujer en caso de conflicto' (Nº 1, letra a), lo que reitera más adelante al sostener que las causales de aborto sólo pueden considerarse constitucionales en el estricto sentido de causales de justificación o exculpación penal, y 'en ningún caso porque el feto sea un mero interés jurídico y no un ser humano (Nº 2, letra b)". [1] El texto citado de Corral Talciani analiza a fondo el voto del ministro Hernández Emparanza y cómo este juez se diferencia de los otros cinco ministros de la mayoría, afirmando por ejemplo que la vida humana es un continuo que comienza con la concepción: "Hay allí ya una información genética completa, que solo debe desarrollarse durante el proceso gestacional y desplegarse a lo largo de la vida humana des-

[1] Corral Talciani, Hernán (2017), "El estatus del embrión humano en la sentencia sobre aborto del Tribunal Constitucional", Diario Constitucional, 4 de septiembre de 2017. Disponible en <http://www.diarioconstitucional.cl/articulos/el-estatus-del-embrión-humano-en-la-sentencia-sobre-aborto-del-tribunal-constitucional>.

pués del nacimiento, que no es sino continuidad del mismo proceso reproductivo y evolutivo" (Nº 1, letra a)".

Con razón Corral Talciani concluye que para el Ministro Hernández "el embrión humano es persona si entendemos este término, no en el sentido de la civilística decimonónica, sino como sujeto titular de derechos fundamentales y que es el concepto de persona que ha introducido el movimiento constitucionalista de postguerra y el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, fundado en la universalidad de la noción de dignidad humana, y que ha permeado también a la civilística más moderna". [2]

Por ello, concluye el jurista chileno que "el voto del Ministro Hernández, en lo referido al estatus del embrión humano, debe restarse de los otros cinco votos favorables a la constitucionalidad de las causales del proyecto y adicionarse a los cuatro votos disidentes partidarios de la inconstitucionalidad. De esta forma, un análisis detenido de la sentencia debe llevar a la conclusión de que en esta materia hubo un empate de cinco votos contra cinco. Al no ser procedente el voto diri-

mente del Presidente, habrá que entender que sobre este punto no hubo pronunciamiento del Tribunal Constitucional, y que ha de considerarse vigente el precedente de la sentencia rol Nº 740, de 2007". [3]

3.4. La protección de la vida no es absoluta para el TC

En continuidad con el tema anterior, el TC se pronuncia sobre el carácter no absoluto del "derecho a la vida" del por nacer. Para el TC, "la Constitución manda proteger la vida del que está por nacer. Como ya indicamos, no habla de proteger el derecho a la vida. (...) el derecho a la vida, no es un derecho de carácter absoluto, pues ningún derecho fundamental es un derecho absoluto, toda vez que los derechos fundamentales aceptan limitaciones, al exigirse su compatibilidad con la debida protección del ser humano y su dignidad, tal sería el caso de la legítima defensa, la pena de muerte y la interrupción del embarazo".

Este punto resulta particularmente grave si pensamos en lo decisivo que es el derecho a la vida y su centralidad en la lógica de los derechos humanos.

[2] Ídem.

[3] Ídem.

3.5. La protección de la vida no necesariamente tiene que ser penal

Otra línea argumental para sostener la constitucionalidad de la ley es que hay muchas formas de proteger la vida. Dice el TC: "la disposición constitucional del inciso segundo del numeral 1 del artículo 19 -la ley protege la vida del que está por nacer- envuelve una diferencia con la protección del derecho a la vida que la precede, en el inciso primero, puesto que al entregar su resguardo al legislador, tiene un margen de adaptación o de flexibilidad para abordar casos en que la interrupción deliberada del embarazo no se considere constitutiva de delito". Para el TC, la protección del por nacer "no puede significar ni desprotección, en el sentido que no existen medidas de todo tipo e indispensables en resguardo del no nacido; ni sobreprotección, en el sentido de medidas que vayan más allá de lo razonable y sacrifiquen derechos de otros".

El TC retoma la idea del "margen de apreciación" del legislador, para establecer el aborto, como un delito distinto al de homicidio y al infanticidio y tratarlo distinto en el Código Penal, incluso con penas menores al homicidio. Además, la protección "no puede reducirse al ámbito penal, toda vez que hay una serie de normativas, que no tiene este carácter y que se enmarcan dentro del mismo propósito. En efecto, nuestro ordenamiento jurídico

contempla normas que protegen la maternidad y otras normas que protegen al que está por nacer. Entre las normas que protegen la maternidad, se encuentra, por vía ejemplar, la protección y vigilancia del Estado durante el embarazo y hasta seis meses de nacido el hijo (Código Sanitario, artículo 16). Enseguida, toda la normativa laboral. Así, el embarazo no puede ser un factor para contratar, para permanecer en el trabajo o para renovar el contrato (artículo 194); el pre y post natal (artículo 195 y 197 bis); el permiso especial por enfermedad grave del niño menor de un año (artículo 199); el permiso especial por enfermedad gravísima del menor de 12 años (artículo 199 bis); el fuero maternal (artículo 201); el derecho a sala cuna (artículo 203); el derecho a dar alimentos (artículo 206). Después, se encuentra la normativa de seguridad social, como el bono por hijo en caso de jubilación (Ley N ° 20.255). Por su parte, entre las normas que protegen la vida del que está por nacer, también hay normas de distinto tipo. Desde luego, normas laborales. Por ejemplo, el pre natal (artículo 195); el descanso pre natal complementario por enfermedad (artículo 196); el derecho a pedir cambio de funciones durante el embarazo (artículo 202); el permiso de hasta tres días para el trabajador que sufra la muerte de un hijo en período de gestación (artículo 66, Código del Trabajo). También existen normas de reconocimiento. Así, se encuentra la Ley N ° 20.558, que estableció el Día del Niño

y Niña Prematuros; la Ley N° 20.699, que estableció el Día de la Adopción y del que está por nacer. Asimismo se encuentran las normas del Código Civil, que permiten diferir el castigo a la madre hasta después del nacimiento o que faculden al juez para adoptar medidas en caso que existiere peligro del no nacido (artículo 75); la que permite suceder y recibir donaciones (artículo 962 y 1390). También existen normas que protegen al embrión en la investigación científica (Ley N° 20.120). Asimismo, normas que impiden aquellos métodos de regulación de la fertilidad cuyo objetivo o efecto directo sea provocar un aborto (Ley N° 20.418). Del mismo modo, existen normas de seguridad social. Por ejemplo, el Programa Chile Crece Contigo, que permite acompañar el proceso de desarrollo de los niños y niñas que se atienden en el sistema público de salud, desde su primer control de gestación (Ley N° 20.379)".

Para el TC, "todas estas normas apuntan a destacar que la protección del que está por nacer es heterogénea y no comprende solamente aspectos penales. Además, son diseñadas por el legislador. Se enmarcan, por tanto, dentro del diseño del artículo 19 N° 1 inciso segundo. Es decir, proteger al que aún no nace, en los términos que el legislador vaya estructurando".

En balance, resulta grave que se desconozca que la ley que se estaba debatiendo

justamente consiste en la forma más radical de desprotección: la de ser privado legalmente de la vida. La protección penal es la decisiva en razón del bien jurídico en juego y por el hecho de que, privado de la vida, el por nacer no puede gozar de ninguno de esos otros derechos y protecciones que le garantizó el legislador.

3.6. El derecho de la mujer

Para justificar su decisión, el TC sostiene que interpretar en forma absoluta la protección del por nacer significaría "descuidar a la mujer. Del texto de la Constitución no se desprende ni se infiere que la protección del que está por nacer sea un título que perjudique a la progenitora. Desde luego, porque las medidas de protección en algunos casos pasan inevitablemente por ella. El primer sujeto obligado por la protección y sin cuyas acciones u omisiones este deber no puede cumplirse, es la mujer. El legislador no puede no contar con esas acciones u omisiones. También, porque la madre no puede ser considerada como un instrumento utilitario de protección del no nacido. El legislador, precisamente y por ese deber primario, no puede ir contra la mujer imponiendo su voluntad e incluso poniendo en peligro su vida o imponiéndole deberes más allá de lo que a cualquier persona se le exige. La maternidad es un acto voluntario, que exige el compromiso vibrante de la mujer embarazada.

No puede ser una imposición del Estado a cualquier costo de la mujer. Ella no es un medio. Además, cuando la Constitución ha querido hacer primar un derecho sobre otro o privilegiar intereses superiores, lo ha dicho expresamente. Así sucede con la función social de la propiedad (artículo 19 N° 24); con la libertad en aras de la seguridad pública (artículo 19 N° 7); con la privacidad respecto de la publicidad (artículo 19 N° 12) o con la transparencia (artículo 8); o con los derechos durante los estados de excepción (artículos 39 y siguientes); o el mismo derecho a la vida, con la pena de muerte (artículo 19 N° 1). Por lo demás, este Tribunal ha considerado que es una carga intolerable la regla del turno para los abogados, que los obliga a asumir defensas gratuitas (STC 755/2008). Dichas cargas no guardan relación alguna de proporcionalidad con las que debe soportar la mujer en las tres causales del proyecto".

Entramos aquí al fondo del asunto. En lugar de buscar un camino para salvar las dos vidas y resolver el conflicto que

podiera tener una madre con su embarazo, el TC enfatiza la dimensión de autonomía de la mujer (*prochoice*) y le otorga prioridad por sobre el derecho a la vida.

4. CONCLUSIÓN

Con esta ley, Chile se convierte en el tercer país latinoamericano en contar con una ley de aborto, luego de Cuba y Uruguay. Lamentamos la decisión chilena que supone un profundo cambio en la estrategia del país trasandino. Mientras que hasta ahora Chile se caracterizaba por una inteligente y eficiente política pública de acompañamiento de la madre embarazada y de su hijo a través de distintos programas, ahora se introduce un quiebre en esta aproximación permitiendo la eliminación legal de una persona por nacer. Se podían buscar alternativas para salvar a la madre y su hijo, pero el Gobierno, el Congreso y el TC han invisibilizado y silenciado los derechos y dignidad de la persona por nacer.

COMUNICADO SOBRE LA VIDA Y LA FAMILIA

Conferencia Episcopal Argentina

Buenos Aires,
miércoles 27 de septiembre de 2017

Con ocasión de la Marcha por la Vida que se realizará el miércoles 27 de septiembre, quisiéramos recordar que la Iglesia Argentina, en distintas oportunidades ha reflexionado sobre la familia, la vida y la dignidad humana. En *Amoris laetitia*, el papa Francisco nos estimuló "a valorar el don del matrimonio y la familia y a sostener un amor fuerte y lleno de valores como la generosidad, el compromiso, la fidelidad o la paciencia. Y nos alentó a todos "para que seamos signos de misericordia y cercanía allí donde la vida familiar no se realiza perfectamente o no se desarrolla con paz y gozo. (Al 5)."

En otro documento de su Magisterio, en *Evangelii gaudium* nos dice con relación a la vida y al respeto por su dignidad que: "la 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 (EG n. 213)."

Acogemos la enseñanza del Santo Padre que profundiza el camino andado en la Iglesia argentina. Su palabra de Padre y Pastor nos lanza con alegría y esperanza a asumir el cuidado y el acom-

pañamiento de toda persona, reconociéndonos valiosos como hijos que somos, amados por el Padre.

Los integrantes del Secretariado Nacional valoramos y adherimos a la expresión pública del cuidado de la vida desde la concepción y hasta la muerte

natural. Y reconocemos, valoramos y agradecemos la entrega de tantos servidores de la vida y la familia humana. Con ellos renovamos el deseo de anunciar con gozo y fidelidad el don de la vida y la invitación que el Señor nos hace a ser y vivir en familia, cuidándonos y acompañándonos con responsabilidad cristiana.

MENSAJE DEL SANTO PADRE FRANCISCO CON OCASIÓN DEL CONGRESO INTERNACIONAL «LAUDATO SI' Y GRANDES CIUDADES»

*Ciudad del Vaticano,
lunes 12 de junio de 2017*

*A Su Eminencia el Cardenal
Lluís Martínez Sistach
Arzobispo emérito de Barcelona*

Querido hermano:

Lo saludo atentamente, como también a todos los que toman parte en el evento: Congreso Internacional «*Laudato si'* y Grandes Ciudades».

En la Carta encíclica *Laudato si'* hago referencia a varias necesidades físicas que tiene el hombre de hoy en las grandes ciudades y que necesitan ser afrontadas con *respeto, responsabilidad y relación*. Son tres «R» que ayudan a interactuar de forma conjunta ante los imperativos más esenciales de nuestra convivencia.

El *respeto* es la actitud fundamental que el hombre ha de tener con la creación. Ésta la hemos recibido como un don precioso y debemos esforzarnos para que las generaciones futuras puedan seguir admirándola y disfrutándola. Este cuidado debemos enseñarlo y transmitirlo. San Francisco de Asís afirmaba en su Cántico a las Criaturas: «Loado seas, mi Señor, por la hermana *agua*, la cual es muy útil y humilde y preciosa y casta». En estos adjetivos se expresa la belleza e importancia de este elemento, que es indispensable para la vida. Como otros elementos creados, el agua potable y limpia es

expresión del amor atento y providente de Dios por cada una de sus creaturas, siendo un derecho fundamental, que toda sociedad debe garantizar (cf. *Laudato si'*, 30). Cuando no se le presta la atención que merece se transforma en fuente de enfermedades y su escasez pone en peligro la vida de millones de personas. Es un deber de todos crear en la sociedad una conciencia de respeto por nuestro entorno; esto nos beneficia a nosotros y a las generaciones futuras.

La *responsabilidad* ante la creación es el modo con el que debemos interactuar con ella y constituye una de nuestras tareas primordiales. No podemos quedarnos con los brazos cruzados, cuando advertimos una grave disminución de la calidad del aire o el aumento de la producción de residuos que no son adecuadamente tratados. Estas realidades son consecuencia de una forma irresponsable de manipular la creación y nos llaman a ejercer una responsabilidad activa para el bien de todos. Además, comprobamos una indiferencia ante nuestra casa común y, lamentablemente, ante tantas tragedias y necesidades que golpean a nuestros hermanos y hermanas. Esta pasividad demuestra la «pérdida de aquel sentido de responsabilidad por nuestros semejantes sobre el cual se funda toda sociedad civil» (*Laudato si'*, 25). Cada territorio y gobierno debería incentivar modos de actuar

responsables en sus ciudadanos para que, con inventiva, puedan interactuar y favorecer la creación de una casa más habitable y más saludable. Poniendo cada uno lo poco que le corresponde en su responsabilidad, se estará logrando mucho.

Se observa en las grandes ciudades, como también en las zonas rurales, una creciente falta de *relación*. Con independencia de la causa que lo produce, el flujo constante de personas genera una sociedad más plural, multicultural, que es un bien, produce riqueza y crecimiento social y personal; pero también hace que esta sociedad sea cada vez más cerrada y desconfiada. La falta de raíces y el aislamiento de algunas personas son formas de pobreza, que pueden degenerar en guetos y originar violencia e injusticia. En cambio, el hombre está llamado a amar y a ser amado, estableciendo vínculos de pertenencia y lazos de unidad entre todos sus semejantes. Es importante que la sociedad trabaje conjuntamente en ámbito político, educativo y religioso para crear relaciones humanas más cálidas, que rompan los muros que aíslan y marginan. Esto se puede lograr a través de agrupaciones, escuelas, parroquias, etc., que sean capaces de construir con su presencia una red de comunión y de pertenencia, para favorecer una mejor convivencia y lograr superar tantas dificultades. De esta manera, «cualquier lugar deja de ser

un infierno y se convierte en el contexto de una vida digna» (*Laudato si'*, 148).

Encomiendo a la intercesión de la Virgen Santa, Reina de cielo y tierra, estas jornadas de estudio y de reflexión. Que su consejo y guía oriente sus deci-

siones en favor de una ecología integral que proteja nuestra casa común y construya una civilización cada vez más humana y solidaria.

Por favor, les pido que recen por mí; y ruego al Señor que los bendiga.

DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A MIEMBROS DE LA LIGA ITALIANA PARA LA LUCHA CONTRA LOS TUMORES

*Ciudad del Vaticano,
lunes 26 de junio de 2017*

Queridos amigos,

Os doy la bienvenida y agradezco al Presidente las amables palabras que me ha dirigido en nombre de todos vosotros.

El compromiso de vuestra institución constituye para la sociedad una riqueza doble. Por un lado, con la multiplicidad de vuestros servicios, contribuye a formar en las personas y en familias un estilo de prevención: es decir, favorece la mentalidad de que la prevención oncológica es ante todo una forma de vida. Al mismo tiempo, junto con muchas realidades diferentes en Italia, alimentáis el voluntariado, es decir, una expresión emblemática de esa gratuidad que tendría que repercutir cada día más en la vida diaria. Vuestra obra representa una herramienta muy útil de sensibilización y formación. Hay tanta necesidad de difundir una cultura de la vida, hecha de actitudes, de comportamientos. Una verdadera cultura popular, seria, accesible a todos, y no basada en intereses comerciales. Más específicamente, hay que acompañar a las familias en un camino de prevención; un camino que involucre a las diferentes generaciones en un "pacto" solidario; un camino que valore la experiencia de los que han vivido, junto con sus familiares, el fatigoso recorrido de la patología oncológica.

Igualmente valiosa es la colaboración de los voluntarios de la *Liga italiana para la lucha contra los Tumores* con las estructuras sanitarias , públicas y privadas; así como la ayuda ofrecida a las familias para asegurarles la asistencia, sobre todo en la continuidad a menudo agotadora y sin tregua del día tras día.

Este último aspecto constituye un testimonio que la comunidad eclesial comparte y con el que se encuentra particularmente en sintonía, ya que está llamada por vocación y por misión a vivir el servicio a los que sufren y a vivirlo según el binomio típicamente cristiano de la humildad y del silencio. Efectivamente, el bien se cumple y es eficaz, sobre todo, cuando se lleva a cabo sin buscar la recompensa y las apariencias, en las situaciones concretas de la vida cotidiana.

En vuestro servicio hay también una descentralización continua hacia las periferias. "Periferia" son, de hecho, cada hombre y cada mujer que vive una condición de marginación; periferia es cada persona expulsada a los márgenes de la sociedad y de las relaciones, especialmente cuando la enfermedad quiebra los ritmos habituales, como en el caso de las enfermedades oncológicas. Es la periferia la que llama en causa a la responsabilidad de cada uno de nosotros, porque cada cristiano, como cualquier hombre movido por

el deseo de verdad y de bien, es un instrumento consciente de la gracia.

El "cuidar", atestiguado en la cotidianidad compartida con tantas personas enfermas, es una riqueza inestimable para la sociedad: recuerda a toda la comunidad civil y eclesial que no hay que tener miedo a la proximidad, que no hay que tener miedo de la ternura, que no hay que tener miedo de "perder tiempo "con relaciones que ofrezcan y reciban apoyo y conforto recíprocos, espacios auténticos y no formales de solidaridad.

Por último, me permito señalar que, dado que la salud es un bien primario y fundamental de cada persona, es deseable que la prevención oncológica se extienda a todos, gracias a la colaboración entre los servicios públicos y privados, a las iniciativas de la sociedad civil y a las caritativas. De este modo, con vuestra contribución específica, podemos intentar, también en este sector que nuestras sociedades sean cada vez más inclusivas.

Os doy las gracias por este encuentro. Encomiendo vuestro compromiso y el de los voluntarios, junto con todos los enfermos que encontráis, a la maternal protección de María Santísima, *Salus infirmorum*, y os bendigo de corazón. Gracias.

SIEMPRE AL SERVICIO DE LAS PERSONAS Y LA VIDA

Conferencia Episcopal de Chile

*Santiago de Chile,
lunes 21 de agosto de 2017*

1. En el marco del Estado de Derecho, por un fallo dividido, el Tribunal Constitucional ha estimado que la despenalización del aborto en tres causales no contraviene la Carta fundamental que consagra el derecho a la vida del que está por nacer.

2. Desde una antropología que pone al centro de la convivencia social, el derecho a la vida y el respeto de la dignidad de cada individuo de la especie humana, resulta incomprensible a la razón que se haya tomado tal decisión. Al mismo tiempo, desde la fe que profesa una parte importante de la sociedad chilena, la resolución que acaba de ser adoptada y que declara conforme con la Constitución el proyecto de ley de aborto, ofende a la conciencia y al bien común de los ciudadanos. La sociedad entera es la que pierde al legalizarse el aborto en Chile, aunque sea bajo ciertas condiciones. Estamos frente a una nueva situación en la que algunos seres humanos que están por nacer quedan desprotegidos por el Estado en este básico y fundamental derecho.

3. Expresamos nuestra mayor gratitud a todas aquellas personas, grupos e instituciones que durante todo este tiempo han trabajado intensamente para que nuestro ordenamiento jurídico defienda la vida humana, conscientes de que el aborto no es la solución para las situa-

ciones dolorosas y difíciles a las que refieren las tres causales. En especial, agradecemos a los miembros del Congreso que han trabajado para que no se establezca el aborto en Chile, su constante defensa de la vida humana desde la concepción hasta la muerte natural.

4. Nuestra misión como Iglesia es anunciar a Jesús Resucitado que vence a la muerte y que nos ofrece Vida plena que se multiplica en el amor y en el servicio, especialmente a los más pequeños y vulnerables.

5. A partir de ahora nuestra opción por la vida se traduce en redoblar nuestro esfuerzo para seguir acompañando a las mujeres que viven situaciones límite en su embarazo, a las que deciden continuar con él y a las que piensan que el aborto es una solución. La Iglesia, pueblo de Dios al servicio de todos, particularmente de los más débiles, siempre ofrece sus manos y extiende su abrazo de servicio a todas las personas que necesiten paz, amparo, apoyo y consuelo.

6. En estos días, hemos recordado la partida de san Alberto Hurtado al encuentro de Dios. Por su testimonio en favor de la dignidad humana, el Estado de Chile declaró el Día nacional de la solidaridad. Que sus palabras nos reanimen la esperanza: "La felicidad tiene una sola norma: darse, entrega de sí mismo".

EL COMITÉ PERMANENTE DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL DE CHILE

+ Santiago Silva Retamales
Obispo Castrense
Presidente

+ Cristián Contreras Villarroel
Obispo de Melipilla
Vicepresidente

+ Ricardo Card. Ezzati Andrello
Arzobispo de Santiago

+ Juan Ignacio González Errázuriz
Obispo de San Bernardo

+ Fernando Ramos Pérez
Obispo Auxiliar de Santiago
Secretario General

MENSAJE CONJUNTO DEL PAPA FRANCISCO Y DEL PATRIARCA ECUMÉNICO BARTOLOMÉ EN LA JORNADA MUNDIAL DE ORACIÓN POR LA CREACIÓN

*Ciudad del Vaticano-Fanar,
viernes 1 de septiembre de 2017*

La historia de la creación nos presenta una vista panorámica del mundo. La Escritura revela que, «en el principio», Dios quiso que la humanidad cooperara en la preservación y protección del medio ambiente. En un primer momento, como se lee en el Génesis, «no había aún matorrales en la tierra, ni brotaba hierba en el campo, porque el Señor Dios no había enviado lluvia sobre la tierra, ni había hombre que cultivase el suelo» (2,5). La tierra nos fue confiada como un don y un legado sublime, del que todos somos responsables hasta que, «al final», todas las cosas en el cielo y en la tierra serán recapituladas en Cristo (cf. *Ef* 1,10). Nuestra dignidad y bienestar humano están profundamente conectados con nuestro cuidado por toda la creación.

Sin embargo, «mientras tanto», la historia del mundo presenta un contexto muy diferente. Revela un escenario moralmente decadente donde nuestra actitud y comportamiento hacia la creación oscurece nuestra vocación como cooperadores de Dios. Nuestra propensión a interrumpir los delicados y equilibrados ecosistemas del mundo, nuestro deseo insaciable de manipular y controlar los recursos limitados del planeta, y nuestra codicia ilimitada de ganancias en los mercados, todo esto nos ha alejado del sentido original de la creación. No respetamos ya la naturaleza como un regalo compartido; por el contrario, la

consideramos una posesión privada. Ya no nos relacionamos con la naturaleza para sostenerla, sino que la dominamos para sostener nuestras propias invenciones.

Las consecuencias de esta cosmovisión alternativa son trágicas y duraderas. El medioambiente humano y el de la naturaleza se están deteriorando juntos, y este deterioro del planeta recae sobre las personas más vulnerables. El impacto del cambio climático afecta, ante todo y más que nada, a los que viven en la pobreza en todos los rincones del mundo. Nuestra obligación de usar los bienes de la tierra con responsabilidad implica el reconocimiento y el respeto de todas las personas y de todos los seres vivos. La urgente llamada y el desafío de cuidar la creación son una invitación dirigida a toda la humanidad para que trabaje en favor de un desarrollo sostenible e integral.

Por tanto, unidos en un mismo interés por la creación de Dios y reconociendo la tierra como un bien a compartir, invitamos fervientemente a todas las personas de buena voluntad a que el 1 de septiembre dediquen un tiempo de oración por el medio ambiente. Con este motivo, queremos dar las gracias al Creador amoroso por el gran don de la creación y comprometernos en su cuidado y preservación

por el bien de las generaciones futuras. Después de todo, sabemos que nuestro trabajo es en vano si el Señor no está a nuestro lado (cf. *Sal* 126-127), si la oración no está en el centro de nuestra reflexión y celebración. En efecto, un objetivo de nuestra oración es cambiar el modo en que percibimos el mundo para modificar la manera de cómo nos relacionamos con él. El objetivo de nuestro compromiso es el de empeñarnos en alcanzar una mayor simplicidad y solidaridad en nuestras vidas.

Hacemos un llamamiento urgente a quienes ocupan puestos de responsabilidad social y económica, así como política y cultural, para que escuchen el grito de la tierra y atiendan las necesidades de los marginados, pero sobre todo para que respondan a la súplica de millones de personas y apoyen el consenso del mundo por el cuidado de la creación herida. Estamos convencidos de que no puede haber una solución sincera y duradera al desafío de la crisis ecológica y del cambio climático si no se da una respuesta concordada y colectiva, si la responsabilidad no es compartida y responsable, si no damos prioridad a la solidaridad y al servicio.

Papa Francisco
Patriarca Ecuménico Bartolomé

DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LOS PARTICIPANTES EN LA ASAMBLEA GENERAL DE LOS MIEMBROS DE LA PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA

*Ciudad del Vaticano,
jueves 5 de octubre de 2017*

*Excelencia,
estimadas señoras y señores:*

Me complace encontrarme con vosotros durante vuestra Asamblea Plenaria anual y dar las gracias a monseñor Paglia por su saludo y su presentación. Os agradezco vuestra contribución que, con el tiempo, revela cada vez más su valor tanto en la profundización del conocimiento científico, antropológico y ético, como en el servicio a la vida, particularmente en el cuidado de la vida humana y de la creación, nuestra casa común.

El tema de esta sesión «Acompañar la vida. Nuevas responsabilidades en la era tecnológica» es arduo y al mismo tiempo necesario. Aborda el entretrejo de oportunidades y criticidades que interpelan al humanismo planetario, en referencia a los recientes logros tecnológicos en las ciencias de la vida. El poder de la biotecnología, que ya permite manipulaciones de la vida hasta ayer impensables, plantea importantes problemas.

Por lo tanto, es urgente intensificar el estudio y la comparación de los efectos de esta evolución de la sociedad en un sentido tecnológico para articular una síntesis antropológica que esté a la altura de este desafío de época. El área de vuestra experiencia calificada no puede limitarse, pues, a resolver problemas planteados por situaciones específicas de

conflicto ético, social o legal. La inspiración de una conducta consistente con la dignidad humana atañe a la teoría y a la práctica de la ciencia y la técnica en su enfoque general de la vida, de su significado y su valor. Y en esta perspectiva quisiera ofreceros hoy mi reflexión.

1. La criatura humana parece encontrarse hoy en un pasaje especial de su historia donde se entrecruzan, en un contexto inédito, las antiguas y siempre nuevas preguntas sobre el significado de la vida humana, de su origen y su destino.

El rasgo emblemático de este pasaje puede reconocerse en síntesis en la rápida difusión de una cultura obsesivamente centrada en la soberanía del hombre — como especie e individuo— con respecto a la realidad. Hay quienes incluso hablan de egolatría, es decir, de una verdadera adoración del ego, en cuyas aras se sacrifica todo, incluyendo los afectos más queridos. Esta perspectiva no es inofensiva: dibuja un sujeto que se mira constantemente en el espejo, hasta que llega a ser incapaz de volver sus ojos a los demás y al mundo. La propagación de esta actitud tiene repercusiones gravísimas en todos los afectos y vínculos de la vida (véase *Laudato si'*, 48).

No se trata, por supuesto, de negar o reducir la legitimidad de la aspiración individual a la calidad de vida y la importancia de los recursos económicos y de los

medios técnicos que pueden favorecerla. Sin embargo, no se puede pasar por alto el materialismo sin prejuicios que caracteriza la alianza entre la economía y la técnica y que trata la vida como un recurso para ser explotado o descartado en función del poder y el beneficio.

Desafortunadamente, hombres, mujeres y niños de todo el mundo experimentan con amargura y tristeza las promesas ilusorias de este materialismo tecnocrático. También porque, en contradicción con la propaganda de un bienestar que se propagaría automáticamente con la expansión del mercado, lo que se expande, en cambio, son los territorios de la pobreza y el conflicto, del descarte y el abandono, del resentimiento y la desesperación. Un auténtico progreso científico y tecnológico debería inspirar políticas más humanas.

La fe cristiana nos impulsa a retomar la iniciativa, rechazando cualquier concesión a la nostalgia y al lamento. La Iglesia, por otra parte, tiene una amplia tradición de mentes generosas e iluminadas, que han allanado el camino para la ciencia y la conciencia de su época. El mundo necesita creyentes que, con seriedad y alegría, sean creativos y proactivos, humildes y valientes, decididos a recomponer la fractura entre las generaciones. Esta fractura interrumpe la transmisión de la vida. Se exaltan los entusiastas potenciales de la juventud: ¿pero quién

los guía al cumplimiento de la edad adulta? La condición de adulto es una vida capaz de responsabilidad y amor, tanto hacia la futura generación como hacia el pasado. La vida de los padres y de las madres de edad avanzada espera ser honrada por lo que ha dado con generosidad, no ser descartada por lo que ya no tiene.

2. La fuente de inspiración para este retomar la iniciativa es, una vez más, la Palabra de Dios, que ilumina el origen de la vida y su destino.

Hoy más que nunca es necesaria una teología de la Creación y la Redención que sepa traducirse en palabras y gestos de amor, para cada vida y para toda vida, para acompañar el camino de la Iglesia en el mundo en que vivimos. La encíclica *Laudato si'* es como un manifiesto de este retomar la visión de Dios y del hombre sobre el mundo, comenzando por el gran relato de revelación que se nos ofrece en los primeros capítulos del Libro del Génesis. Dice que cada uno de nosotros es una criatura deseada y amada por Dios por sí misma, no sólo un ensamblaje de células bien organizadas y seleccionadas en el transcurso de la evolución de la vida. Toda la creación está inscrita en el amor especial de Dios por la criatura humana, que se extiende a todas las generaciones de las madres, los padres y sus hijos.

La bendición divina del origen y la promesa de un destino eterno, que son el

fundamento de la dignidad de toda vida, son de todos y para todos. Los hombres, las mujeres, los niños de la tierra —de esto están hechos los pueblos— son la vida del mundo que Dios ama y quiere salvar, sin excluir a nadie.

Hay que releer siempre de nuevo el relato bíblico de la Creación para apreciar toda la amplitud y profundidad del gesto del amor de Dios que confía a la alianza del hombre y la mujer la creación y la historia.

Esta alianza ciertamente está sellada por la unión de amor, personal y fecunda que marca el camino de la transmisión de la vida a través del matrimonio y de la familia. Sin embargo, va mucho más allá de este sello. La alianza del hombre y de la mujer está llamada a tomar en sus manos la batuta de toda la sociedad. Esta es una invitación a la responsabilidad por el mundo, en la cultura y la política, en el trabajo y en la economía; y también en la Iglesia. No se trata simplemente de la igualdad de oportunidades o del reconocimiento recíproco. Se trata, principalmente, del acuerdo de los hombres y las mujeres sobre el sentido de la vida y sobre el camino de los pueblos. El hombre y la mujer no sólo están llamados a hablarse de amor, sino a hablarse, con amor, de lo que tienen que hacer, para que la convivencia humana se realice a la luz del amor de Dios por cada criatura. Hablarse y aliarse, porque ninguno de ellos —ni el

hombre solo, ni la mujer sola— es capaz de asumir esta responsabilidad. Juntos fueron creados, en su bendita diferencia; juntos pecaron, por su presunción de reemplazar a Dios; juntos, con la gracia de Cristo, regresan a la presencia de Dios, para cumplir con el cuidado del mundo y de la historia que Él les ha confiado.

3. En definitiva, es una verdadera revolución cultural la que se perfila en el horizonte de la historia de este tiempo. Y la Iglesia, en primer lugar, debe cumplir la parte que le corresponde. En esta perspectiva, se trata ante todo de reconocer, justamente, los retrasos y las carencias. Las formas de subordinación que han marcado tristemente la historia de la mujer deben ser abandonadas definitivamente. Hay que escribir un nuevo inicio en el *ethos* de los pueblos, y esto puede hacerlo una renovada cultura de la identidad y la diferencia. La reciente hipótesis de reapertura del camino para la dignidad de la persona neutralizando radicalmente la diferencia sexual y por lo tanto el acuerdo del hombre y la mujer no es justa. En vez de combatir las interpretaciones negativas de la diferencia sexual, que mortifican su valencia irreductible para la dignidad humana, se quiere cancelar, de hecho, esta diferencia, proponiendo técnicas y prácticas que hacen que sea irrelevante para el desarrollo de la persona y de las relaciones humanas. Pero la utopía de lo «neutro» elimina, al mismo tiempo, tanto la dignidad humana de la constitu-

ción sexualmente diferente como la cualidad personal de la transmisión generativa de la vida. La manipulación biológica y psíquica de la diferencia sexual, que la tecnología biomédica deja entrever como plenamente disponible para la elección de la libertad —¡mientras no lo es!— corre el riesgo de dismantelar así la fuente de energía que nutre la alianza del hombre y la mujer y la hace creativa y fecunda.

El misterioso vínculo de la creación del mundo con la generación del Hijo, que se revela en el hacerse hombre del Hijo en el seno de María —Madre de Jesús, Madre de Dios— por amor nuestro, no acabará nunca de sorprendernos y conmovernos. Esta revelación ilumina definitivamente el misterio del ser y el sentido de la vida. La imagen de la generación irradia desde aquí una profunda sabiduría sobre la vida. Ya que se recibe como un don, la vida se exalta en el don: generarla nos regenera, gastarla nos enriquece.

Es necesario responder al desafío planteado por la intimidación ejercida contra la generación de la vida humana, como si fuera la mortificación de la mujer y una amenaza para el bienestar colectivo.

La alianza generativa del hombre y la mujer es una garantía para el humanismo planetario de los hombres y de las mujeres, no un obstáculo. Nuestra historia no será renovada si rechazamos esta verdad.

4. La pasión por acompañar y cuidar la vida, a lo largo de todo el arco de su historia individual y social, requiere la rehabilitación de un *ethos* de la compasión o de la ternura para la generación y regeneración del ser humano en su diferencia.

Se trata, ante todo, de reencontrar sensibilidad para las diferentes edades de la vida, especialmente las de los niños y los ancianos. Todo lo que hay en ellas de delicado y frágil, de vulnerable y corruptible, no es una cuestión que respete solamente a la medicina y al bienestar. Están en juego partes del alma y de la sensibilidad humana que piden ser escuchadas y reconocidas, custodiadas y apreciadas, tanto por los individuos como por la comunidad. Una sociedad en la que todo esto pueda solamente ser comprado y vendido, regulado burocráticamente y técnicamente pre-dispuesto, es una sociedad que ya ha perdido el sentido de la vida. No se lo transmitirá a los hijos pequeños, no lo reconocerá en los padres ancianos. Es por eso que, casi sin darnos cuenta, estamos construyendo ciudades cada vez más hostiles para los niños y comunidades cada vez más inhóspitas para los ancianos, con paredes sin puertas ni ventanas: deberían proteger, en realidad sofocan.

El testimonio de la fe en la misericordia de Dios, que afina y hace justicia, es una condición esencial para la circulación

de la verdadera compasión entre las diversas generaciones. Sin ella, la cultura secular de la ciudad no tiene ninguna posibilidad de resistir a la anestesia y al envejecimiento del humanismo.

Es este nuevo horizonte donde veo colocarse la misión de la renovada Academia Pontificia para la Vida. Entiendo que es difícil, pero también entusiasmo. Estoy seguro de que no faltan hombres y mujeres de buena voluntad, así como académicos y estudiosos de orientación diferente en la religión y diferente visión antropológica y ética del mundo, que comparten la necesidad de aportar una sabiduría más auténtica de la vida a la atención de pueblos, en vista del bien común. Se puede y se debe establecer un diálogo abierto y fecundo con los muchos interesados en la búsqueda de razones válidas para la vida humana.

El Papa, y toda la Iglesia, os están agradecidos por el compromiso que os disponéis a cumplir. El acompañamiento responsable a la vida humana, desde su concepción y durante todo su curso hasta el fin natural, es trabajo de discernimiento e inteligencia de amor para hombres y mujeres libres y apasionados, y para pastores no mercenarios. Dios bendiga vuestro propósito de sostenerlos con la ciencia y la conciencia de las que sois capaces. Gracias, y no os olvidéis de rezar por mí.

COMUNICADO DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL COLOMBIANA

*Bogotá, D.C.,
jueves 26 de octubre de 2017*

Los Obispos católicos de Colombia recibimos con profunda preocupación las recientes decisiones de la Corte Constitucional en torno a la eutanasia, particularmente cuanto se refiere a su aplicación para menores de edad. El papa Francisco en su visita a Colombia nos habló de la vida y de la defensa de la misma; pero también nos invitó a estar atentos frente a las densas tinieblas que la amenazan y la destruyen, entre ellas el "irrespeto por la vida humana que siega a diario la existencia de tantos inocentes" (Homilía, parque Simón Bolívar, 7 de septiembre 2017). La Iglesia católica siempre será incansable en el anuncio del evangelio de la vida, que es el mayor don de Dios y que es necesario defender y proteger desde su concepción hasta su término natural. Con el mismo Santo Padre proclamamos que "no se puede jugar con la vida", y que la eutanasia, que es el acto de poner fin deliberadamente a la vida de un ser humano, es una grave violación a la dignidad de la persona; lleva a los ancianos, a los enfermos y a los que tienen algún tipo de limitación a pensar que su existencia es menos digna y valiosa, y, por lo tanto, a cerrar las puertas de su esperanza. Además, encontramos que el propósito de la reglamentación ordenada por la Corte va en contra vía del principio constitucional de defensa de la vida (artículo 11) y abre las puertas para que la sociedad llegue a legitimar la supresión de algunas personas y la negación de los más débiles y

necesitados. Los Obispos católicos hacemos tres invitaciones concretas:

Profundizar en la vida como el don más grande y maravilloso de Dios, así como la base de los derechos fundamentales de todas las personas. Fomentemos acciones que mitiguen la cultura facilista, del descarte y hedonista, que lleva a considerar que sea una solución provocar la muerte de un hermano.

Dirigir más esfuerzos a la prestación digna, eficaz y humanizante de los servicios de salud. Estos deben estar disponibles de forma equitativa para todos los ciudadanos.

Multiplicar las acciones para que acompañen y alivien los sufrimientos de los enfermos: "el clima de solidaridad fraterna disipa y vence el clima de soledad y la tentación de desesperación". Pedimos a

los legisladores y a los profesionales de la salud que tomen en consideración las implicaciones morales, éticas y sociales que este tipo de determinaciones conlleva; les recordamos el llamamiento que hizo el papa Francisco para que asuman "decisiones valientes y contra corriente" en defensa de la vida, especialmente de la de los más pobres y débiles. Solo tendremos una sociedad en paz y con bienestar si se sigue promoviendo una cultura de la vida.

- + Óscar Urbina Ortega Arzobispo de Villavicencio – Presidente de la Conferencia Episcopal
- + Ricardo Tobón Restrepo Arzobispo de Medellín – Vicepresidente de la Conferencia Episcopal
- + Elkin Fernando Álvarez Botero – Obispo Auxiliar de Medellín – Secretario General de la Conferencia Episcopal Bogotá, D.C.

MENSAJE DEL SANTO PADRE A LOS PARTICIPANTES EN LA REUNIÓN DE LA REGIÓN EUROPEA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

*Ciudad del Vaticano,
martes 7 de noviembre de 2017*

*Al venerado hermano
Mons. Vincenzo Paglia
Presidente de la Academia Pontificia para
la Vida*

Le envío mi cordial saludo así como a todos los participantes en el encuentro regional europeo de la World medical association sobre los temas del llamado «final de la vida», organizado en el Vaticano junto con la Academia para la Vida.

Vuestro encuentro se centrará en los interrogantes que se refieren al final de la vida terrenal. Son interrogantes que siempre han interpelado a la humanidad, pero que hoy asumen nuevas formas debido a la evolución del conocimiento y de las herramientas técnicas puestas a disposición por el ingenio humano. De hecho, la medicina ha desarrollado una capacidad terapéutica cada vez mayor, que ha permitido superar muchas enfermedades, mejorar la salud y prolongar el tiempo de vida. Por lo tanto, ha desempeñado un papel muy positivo. Por otro lado, hoy también es posible prolongar la vida en condiciones que en el pasado no se podrían ni siquiera imaginar. Las operaciones sobre el cuerpo humano son cada vez más eficaces, pero no siempre son decisivas: pueden mantener funciones biológicas que se han vuelto insuficientes, o incluso reemplazarlas, pero esto no equivale a promover la salud. Se requiere, pues, un suplemento de sabidu-

ría, porque hoy en día es más insidiosa la tentación de insistir en tratamientos que producen efectos poderosos en el cuerpo, pero a veces no ayudan al bien integral de la persona.

El Papa Pío XII, en un discurso memorable dirigido hace 60 años a los anestésicos y especialistas en reanimación, afirmó que no es obligatorio utilizar siempre todos los recursos potencialmente disponibles y que, en casos bien determinados es lícito abstenerse (cf. *Acta Apostolica Sedis* XLIX [1957], 1027 - 1033). Por tanto, es moralmente lícito renunciar a la aplicación de los medios terapéuticos, o suspenderlos, cuando su uso no corresponde a ese criterio de ética y humanidad que se denominará en lo sucesivo «proporcionalidad de la cura» (Cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, *Declaración sobre la eutanasia*, 5 de mayo de 1980, iv: *Acta Apostolica Sedis* LXXII [1980], 542-552). El aspecto peculiar de este criterio es que toma en consideración «el resultado que puede esperarse, dadas las condiciones del enfermo y de sus fuerzas físicas y morales» (ibid.). Permite, por lo tanto, llegar a una decisión que se califica moralmente como renuncia al «ensañamiento terapéutico».

Es una decisión que asume de manera responsable el límite mortal de la condición humana, en el momento en que se da cuenta de que no se puede contrarrestar. «Con esto no se pretende provocar la

muerte; se acepta no poder impedirla», como especifica el *Catecismo de la Iglesia Católica* (n.º 2278). Esta diferencia de perspectiva restituye humanidad al acompañamiento del morir sin abrir justificaciones a la supresión de la vida. Notamos, de hecho, que no activar o suspender el uso de medios desproporcionados, equivale a evitar el ensañamiento terapéutico, es decir, a llevar a cabo una acción que tiene un significado ético completamente distinto de la eutanasia, que sigue siendo siempre ilícita, ya que se propone interrumpir la vida dando la muerte.

Ciertamente, cuando nos sumergimos en la concreción de las coyunturas dramáticas y en la práctica clínica, los factores que entran en juego a menudo son difíciles de evaluar. Para determinar si una intervención médica clínicamente apropiada es efectivamente proporcionada, no es suficiente aplicar mecánicamente una regla general. Es necesario un cuidadoso discernimiento, que considere el objeto moral, las circunstancias y las intenciones de los sujetos involucrados. La dimensión personal y relacional de la vida —y de la muerte misma, que sigue siendo un momento extremo de la vida— debe dar, en el cuidado y el acompañamiento del enfermo, un espacio adecuado a la dignidad humana. En este camino, la persona enferma tiene el papel principal. Lo dice claramente el *Catecismo de la Iglesia Católica*: «Las decisiones deben ser

tomadas por el paciente, si para ello tiene competencia y capacidad» (ibid.). Es él, en primer lugar, quien tiene el derecho, obviamente en diálogo con los médicos, de evaluar los tratamientos que le ofrecen y de juzgar su proporcionalidad efectiva en la situación concreta, y de renunciar necesariamente si dicha proporcionalidad faltase. No es una evaluación fácil en la actividad médica actual, donde la relación terapéutica se fragmenta cada vez más y el acto médico debe asumir múltiples mediaciones, requeridas por el contexto tecnológico y organizativo.

También cabe señalar que estos procesos de evaluación están sujetos al condicionamiento de la creciente brecha de oportunidades, favorecida por la acción combinada de la potencia técnico-científica y de los intereses económicos. Los tratamientos progresivamente más sofisticados y costosos son asequibles a grupos de personas y poblaciones cada vez más restringidos y privilegiados, lo que plantea serias dudas sobre la sostenibilidad de los servicios sanitarios. Una tendencia, por decirlo así, sistémica, al aumento de la desigualdad terapéutica. Es bien visible a nivel mundial, especialmente si se comparan los diferentes continentes. Pero también está presente en los países más ricos, donde es probable que el acceso a las curas obedezca más a la disponibilidad económica de las personas que a las necesidades efectivas de la misma.

En la complejidad determinada por la incidencia de estos factores en la práctica clínica, pero también en la cultura de la medicina en general, es necesario poner absolutamente en evidencia el mandamiento supremo de la proximidad responsable como aparece claramente en la página evangélica del Samaritano (cf. *Lucas* 10, 25 -37). Se podría decir que el imperativo categórico es no abandonar nunca a la persona enferma. La angustia de la condición que nos lleva al umbral del límite humano supremo y las decisiones difíciles que tenemos que tomar nos exponen a la tentación de abandonar la relación. Pero este es el lugar donde se nos pide amor y cercanía, más que cualquier otra cosa, reconociendo el límite que a todos nos acomuna y allí, precisamente, haciéndonos solidarios. ¡Que cada uno dé amor de la manera que le corresponde: como padre o madre, hijo o hija, hermano o hermana, médico o enfermero! ¡Pero que lo dé! Y si sabemos que no siempre se puede garantizar la curación de la enfermedad, a la persona que vive debemos y podemos cuidarla siempre: sin acortar su vida nosotros mismos, pero también sin ensañarnos inútilmente contra su muerte. En esta línea se mueve la medicina paliativa que reviste también una gran importancia en ámbito cultural, esforzándose por combatir todo lo que hace la muerte más angustiada y llena de sufrimiento, es decir, el dolor y la soledad.

En las sociedades democráticas, los temas delicados como estos deben tratarse con moderación: de una manera seria y reflexiva, y estando dispuestos a encontrar soluciones, incluso normativas, lo más compartidas posible. Por un lado, debemos tener en cuenta la diversidad de las concepciones del mundo, de las convicciones éticas y de las afiliaciones religiosas, en un clima de escucha y aceptación mutuas. Por otro lado, el Estado no puede dejar de proteger a todos los sujetos involucrados, defendiendo la igualdad fundamental por la cual el derecho reconoce a cada uno como ser humano que convive con otros en la sociedad. Hay que prestar una atención especial a los más débiles, que no pueden defender por sí mismos sus intereses. Si merma este núcleo de valores que son esenciales para

la convivencia, merma también la posibilidad de comprendernos basándonos en el reconocimiento del otro que es el presupuesto de cada diálogo y de la misma vida asociativa. También la legislación en ámbito médico y sanitario requiere esta visión amplia y un enfoque integral de lo que más promueve el bien común en las situaciones concretas.

Con la esperanza de que estas reflexiones puedan seros de ayuda, os deseo de todo corazón que vuestra reunión tenga lugar en un clima sereno y constructivo; que podáis identificar las formas más adecuadas para abordar estos asuntos delicados, en vista del bien de todos los que encontráis y con los que colaboráis en vuestra exigente profesión. Que el Señor os bendiga y la Virgen os proteja.

MENSAJE DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LOS PARTICIPANTES EN LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE EL TEMA “AFRONTAR LAS DISPARIDADES GLOBALES EN MATERIA DE SALUD”

*Ciudad del Vaticano,
sábado 18 de noviembre de 2017*

*Al venerado hermano
Cardenal Peter Kodwo Appiah Turkson
Prefecto del Dicasterio para el servicio
del desarrollo humano integral*

Quisiera extender mi saludo cordial a los participantes de la XXXII Conferencia Internacional sobre el tema «Enfrentar las disparidades mundiales en materia de salud». Doy las gracias de todo corazón a quienes han colaborado en este evento, en particular al Dicasterio para el servicio del desarrollo humano integral y al Comité Internacional de Instituciones Sanitarias Católicas.

En la conferencia del año pasado, no obstante algunos datos positivos sobre la esperanza de vida y la lucha contra las enfermedades a nivel mundial, resultó evidente la gran brecha entre los países ricos y los países pobres en el acceso a las curas y tratamientos sanitarios. Por lo tanto, se decidió abordar la cuestión de las disparidades y los factores sociales, económicos, ambientales y culturales que las alimentan. La Iglesia no puede por menos que interesarse por ello, sabiendo que su misión, orientada al servicio del ser humano creado a imagen de Dios, es también hacerse cargo del cuidado de su dignidad y de sus derechos inalienables.

En la nueva Carta para los agentes sanitarios está escrito, en este sentido, que «el derecho fundamental a la protec-

ción de la salud atañe al valor de la justicia, según el cual no hay distinciones de pueblos y naciones, teniendo en cuenta las condiciones objetivas de vida y el desarrollo de los mismos en la búsqueda del bien común, que es al mismo tiempo el bien de todos y de cada uno» (n. 141). La Iglesia sugiere que la armonización del derecho a la protección de la salud y el derecho a la justicia esté garantizada por una distribución equitativa de las estructuras sanitarias y de los recursos financieros de conformidad con los principios de solidaridad y subsidiariedad. Como recuerda la Carta, «también los responsables de las actividades sanitarias deben sentirse interpelados en modo fuerte y singular, conscientes de que "mientras los pobres del mundo siguen llamando a la puerta de la opulencia, el mundo rico corre el riesgo de no escuchar ya estos golpes a su puerta, debido a una conciencia incapaz de reconocer lo humano"» (n. 91; Benedicto XVI, *Caritas in veritate*, 75).

Me alegra saber que la Conferencia haya redactado un proyecto para contribuir a abordar estos desafíos de forma concreta: el establecimiento de una plataforma operativa para compartir y colaborar entre las instituciones sanitarias católicas presentes en diferentes contextos geográficos y sociales. Animo, de buen grado, a los actores de este proyecto a perseverar en el esfuerzo, con la ayuda de Dios. A ello están llamados en primer

lugar los profesionales de la salud y sus asociaciones profesionales, llamados a hacerse promotores de una sensibilización cada vez mayor en las instituciones, los organismos de asistencia y la industria sanitaria para que todos puedan beneficiarse del derecho a la protección de la salud. Ciertamente, esto no depende solamente de la asistencia sanitaria, sino también de complejos factores económicos, sociales, culturales y de toma de decisiones. Por lo tanto, «la necesidad de resolver las causas estructurales de la pobreza no puede esperar, no sólo por una exigencia pragmática de obtener resultados y de ordenar la sociedad, sino para sanarla de una enfermedad que la vuelve frágil e indigna y que sólo podrá llevarla a nuevas crisis. Los planes asistenciales, que atienden ciertas urgencias, sólo deberían pensarse como respuestas pasajeras. Mientras no se resuelvan radicalmente los problemas de los pobres, renunciando a la autonomía absoluta de los mercados y de la especulación financiera y atacando las causas estructurales de la inequidad, no se resolverán los problemas del mundo y en definitiva ningún problema. La inequidad es raíz de los males sociales» (*Evangelii gaudium*, 202).

También me gustaría detenerme en un aspecto indispensable, especialmente para aquellos que sirven al Señor dedicándose a la salud de los hermanos. Si el aspecto organizativo es crucial para proporcionar

los debidos cuidados y ofrecer la mejor atención al ser humano, también es necesario que no falte nunca en los agentes sanitarios, la dimensión de la escucha, de la compañía y del apoyo a la persona. Jesús, en la parábola del Buen Samaritano, nos muestra las actitudes a través de las cuales podemos hacer concreto el cuidado de nuestro prójimo marcado por el sufrimiento. El Samaritano, primero «ve», se da cuenta y «tiene compasión» por el hombre desnudo y herido. Esa compasión no es solamente un sinónimo de pena o tristeza, es algo más: indica la predisposición a entrar en el problema, a ponerse en la situación del otro. Aunque el hombre no puede igualar la compasión de Dios, que entra en el corazón del hombre y habitándolo lo regenera, sin embargo, puede imitarla «haciéndose cercano», «vendando las heridas», «haciéndose cargo», «cuidándolo» (cf. *Lucas* 10, 33-34). Una organización sanitaria eficiente y capaz de abordar las disparidades no puede olvidar su fuente primaria: la compasión, del médico, del enfermero, del agente, del voluntario, de todos los que por este camino pueden resaltar el dolor a la soledad y la angustia.

La compasión es un camino privilegiado para construir la justicia, ya que, ponerse en la situación del otro, no sólo nos permite encontrar las fatigas, dificultades y miedos, sino también descubrir, dentro de la fragilidad que caracteriza a todo ser humano, su valor precioso y

único, en una palabra: la dignidad. Porque la dignidad humana es el fundamento de la justicia, mientras el descubrimiento del valor inestimable de cada hombre es la fuerza que nos impulsa a superar con entusiasmo y abnegación la disparidad.

Deseo, finalmente, dirigirme a los representantes de algunas empresas farmacéuticas convocados aquí en Roma para abordar el problema del acceso a terapias antirretrovirales en la edad pediátrica. Hay un pasaje en la nueva Carta para los agentes sanitarios que quisiera encomendaros: «si es innegable que el conocimiento científico y la investigación de las empresas farmacéuticas tienen leyes propias a las que atenerse, como, por ejemplo, la protección de la propiedad intelectual y un equitativo beneficio como apoyo a la innovación, deben encontrar la composición adecuada con el derecho de acceso a los tratamientos esenciales y/o necesarios sobre todo en los países menos desarrollados, y esto especialmente en el caso de las denominadas "enfermedades raras" y "olvidadas", a las que se acompaña el concepto de "medicamentos huérfanos". Las estrategias sanitarias, orientadas a la búsqueda de la justicia y el bien común, han de ser viables económica y éticamente. De hecho, mientras deben salvaguardar la sostenibilidad, tanto de la investigación como de los sistemas sanitarios, tendrían al mismo tiempo que poner a

disposición los medicamentos esenciales en cantidades adecuadas, en formas farmacéuticas accesibles y de calidad garantizada, acompañados de una información precisa y a costes asequible para los individuos y las comunidades» (n. 92).

Os agradezco el generoso compromiso con el que ejercéis vuestra preciosa misión. Os doy la bendición apostólica y os pido que me recordéis en la oración.

PUBLICACIONES DEL INSTITUTO DE BIOÉTICA

¿QUÉ ES LA VIDA?

LA VIDA
FRÁGIL

JOSE LUIS DEL BARCO

Para adquirir cualquiera
de las publicaciones contactarse
con el Instituto de Bioética

Principios
de Bioética

Jornada
por la Vida

Actas del Simposio Internacional
celebrado en Buenos Aires el 2
y el 3 de septiembre de 1998

ANGELO SCOLA

LA BIOÉTICA
COMO PRÁXIS

¿QUÉ ES LA VIDA?

PRINCIPIOS DE BIOÉTICA EN EL CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA

Autores

Domingo M. Basso

Hugo O. M. Obiglio

Dos son los capítulos en que se desarrolla esta obra. El primero de ellos recoge la enseñanza del *Catecismo* sobre los principios fundamentales del orden moral; el segundo, presenta una recopilación de todos los textos que sintetizan los criterios explícitos sobre cuestiones puntuales de Bioética formulados en numerosos documentos, más o menos recientes, del Magisterio de la Iglesia.

Editado por el Centro de Investigaciones en Ética Biomédica, Buenos Aires, 1993.
Págs. 134.

PRINCIPIOS DE BIOÉTICA

Actas del Simposio realizado del 17 al 19 de abril de 1998 en "La Armonía", Cobo, prov. de Buenos Aires. Organizado por el Instituto de Ética Biomédica de la Pontificia Universidad Católica Argentina - Coordinador: Hugo O. M. Obiglio.

Contenido: Aspectos históricos de los principios que soportan la Bioética; De los principios éticos a los bioéticos: algunas precisiones preliminares; Hacia un examen de la cuestión de los Principios de la Bioética; Examen de las actitudes y de los Principios de la Bioética contemporánea predominante; Conclusiones y esbozos para una posterior redacción de Principios.

Editado por la Fundación Alberto J. Roemmers, Buenos Aires, 1998.
Págs. 261.

JORNADA POR LA VIDA

Actas del Simposio Internacional celebrado en Buenos Aires el 2 y 3 de septiembre de 1998 en la sede de la Pontificia Universidad Católica Argentina - Coordinador: Hugo O. M. Obiglio.

Contenido: Fundamentos antropológicos de la cultura por la vida; Problemática de la procreación: reflexiones sobre el inicio de la vida; ¿Cuál es el riesgo de las técnicas de fecundación artificial?; Los efectos psicológicos del aborto en la familia; El derecho ante intereses implicados en la procreación artificial; La protección constitucional del derecho a la vida; Las distintas concepciones filosóficas y la legislación europea sobre el no nacido; El derecho a la vida como fundamento de los derechos humanos; Los derechos del nascituro y la manipulación genética; Derecho a la vida y Política Nacional.

Editado por EDUCA -Ediciones de la Universidad Católica Argentina-, Buenos Aires, 1999.
Págs. 217.

¿QUÉ ES LA VIDA?

Autores varios

Coordinador: Angelo Scola

Todos los fenómenos que se desarrollan con excesiva velocidad necesitan definir mejor su naturaleza y su método. Este es el caso de la Bioética, donde la urgencia por regular una materia tan delicada ha llevado a dejar en segundo plano el estudio del objeto que se quiere regular: ¿qué es la vida? La Bioética seguirá cuestionada mientras no se dé respuesta a esta pregunta, que es previa a todo debate. Este libro pretende ayudar al lector a profundizar en el fenómeno de la vida humana.

Editado por EDUCA -Ediciones de la Universidad Católica Argentina- para el Instituto de Ética Biomédica,

junto a la Universidad Católica de Chile y la Universidad de San Pablo, Buenos Aires, 1999.
Págs. 311.

LA BIOÉTICA COMO PRAXIS

Autor

Elio Sgreccia

Las páginas de este libro presentan el valioso aporte al saber bioético brindado por S.E.R. Mons. Elio Sgreccia en las conferencias "Derechos Humanos y Bioética. De la Bioética al Bioderecho", "El Siglo XX como siglo de la Bioética" y "La asistencia médica a los enfermos y a los moribundos: la proporcionalidad terapéutica", ofrecidas durante su visita al Instituto de Ética Biomédica con motivo de la designación, por parte de la Pontificia Universidad Católica Argentina, como *Profesor Honoris Causa*.

Editado por EDUCA -Ediciones de la Universidad Católica Argentina-, Buenos Aires, 2000.
Reimpresión, 2004.
Págs. 101.

LA VIDA FRÁGIL

Autor

José Luis Del Barco

"Seguramente, el olvido más grave de nuestro siglo, un olvido lamentable ocasionador de ruinas, haya sido dar la espalda a la sabia razón práctica, cuya lamentable ausencia de patria necesitada ha dejado a nuestro tiempo en un estado penoso de oscuridad duplicada, como una tiniebla negra fatalmente ensombrecida, y ha causado una orfandad de desamparo completo a la moral, a la ética, al derecho, a la política: a todas las ciencias prácticas. Otros olvidos podrían contemplarse con desapego o con frialdad de estatua, como el amigo fingido al amigo que se marcha, pero el de la razón práctica no, pues sin ella

nos hundimos en un foso de ignorancias y nos quedamos sin medios, sin recursos, sin ideas para encarar con prudencia las dudas existenciales de la cultura de enigmas que anuncia el nuevo milenio, entre ellas, las inquietantes de la ciencia bioética".

Editado por EDUCA -Ediciones de la Universidad Católica Argentina-, Buenos Aires, 2000.
Págs. 203.

SEXUALIDAD Y PROCREACIÓN HUMANA

Autora

María Luisa Di Pietro

"El punto de vista frente a la procreación aparece hoy ambivalente: al 'miedo' al hijo, que lleva a la difusión de una mentalidad contraceptiva y abortiva, se contraponen el deseo del hijo a satisfacer incluso con el recurso a las técnicas de fecundación artificial. Y si, a primera vista, la contracepción y el aborto parecen negar la vida y la fecundación artificial rendirle un servicio, la mentalidad que subyace a ambas opciones es, en realidad, única.

A través de la descripción de los eventos, el análisis de las ideologías, el desenmascaramiento de la 'neolengua', el libro se propone como una investigación de las razones que han llevado a este estado de hecho y encuentra la raíz última en aquella 'banalización de la sexualidad' que Juan Pablo II ha indicado -en el n. 97 de la Carta Encíclica *Evangelium vitae*- justamente como uno de los 'principales factores que se encuentran en el origen del desprecio a la vida naciente', porque 'sólo un amor verdadero sabe custodiar la vida'".

Editado por EDUCA para el Instituto de Bioética, Buenos Aires, 2005.
Págs. 351.

CURARSE Y HACERSE CURAR

Autor

Maurizio Calipari

Mons. Dr. Maurizio Calipari, Oficial de Estudio de la Pontificia Academia para la Vida, aborda la compleja realidad de ofrecer en la actualidad terapias a pacientes enfermos graves y moribundos, encontrando un punto de equilibrio ético y moral que valore la vida sin convertir sus prácticas en eutanasia ni en encarnizamiento terapéutico. Elabora un criterio que denomina principio de lo éticamente adecuado que contribuye a superar el dilema planteado y evita sucumbir en la tentación del abandono del paciente en lo que Mons. Elio Sgreccia denomina en el prólogo del libro como "el momento más alto y decisivo de su existencia".

Editado por EDUCA para el Instituto de Bioética, Buenos Aires, 2007.
Págs. 232

PERSONA Y SEXO

Autor

Carlos Abel Ray

Persona y sexo resume con lenguaje sencillo ochenta y seis audiencias de los miércoles de Juan Pablo II referidas a un tema que él mismo denominó Teología del cuerpo, en las que abordó lo que significa el cuerpo humano en su triple dimensión biológica, antropológica y teológica. El libro analiza en sus tres capítulos las temáticas: el cuerpo humano ayer, relacionado con la creación del hombre; el cuerpo humano hoy, referido a la pureza y la teología del cuerpo; y el cuerpo humano mañana, vinculado al momento de la resurrección.

Esta obra, escrita por un médico pediatra, es de utilidad para jóvenes, padres y docentes, tanto para la

propia formación como para transmitir en forma docente y académica la Verdad, el Bien y la Belleza del cuerpo humano.

Editado por EDUCA para el Instituto de Bioética, Buenos Aires, 2007.
Págs. 336.

BIOÉTICA Y PERSONA

Compilador

Alberto Bochaty

La obra trata sobre el pensamiento, la preocupación por la persona y por la Bioética personalista de Mons. Elio Sgreccia. Un adelantado a su tiempo, que supo descubrir su vocación y misión poniéndola en práctica en su máxima expresión. Un hombre que creció en sabiduría y conocimientos y, con la generosidad exclusiva de los sabios, supo compartirla con sus alumnos, sus discípulos y todas aquellas personas de buena voluntad que se han acercado a él. Como el compilador expresa, Mons. Elio Sgreccia no sólo enseña y promueve un tipo de Bioética, sino que ha logrado encender una luz que ilumina una escuela de pensamiento bioético cuya base es la persona, creada a imagen y semejanza de Dios y cuya dignidad personal se presenta siempre, con la misma fuerza e intensidad, en cada ser humano.

Editado por EDUCA para el Instituto de Bioética, Buenos Aires, 2008.
Págs. 447.

BIOÉTICA DE PÍO XI A BENEDICTO XVI

Autores

Hugo O. M. Obiglio y Carlos Ray

La vivencia de situaciones médicas que conllevan un contenido ético cuestionable ha sido el motor que llevó a la publicación de este trabajo, en el cual se señalan los párrafos más destacados acerca de la

Bioética que han escrito los últimos siete pontífices y lo declarado al respecto por el Concilio Vaticano II. Se enfatiza también la continuidad absoluta del Magisterio en aquellos temas que hacen a la vida, la familia y la dignidad de la persona. Desde Pío XI hasta Benedicto XVI han profundizado en estas cuestiones, en razón de los nuevos avances de la ciencia y la técnica.

Su contenido sigue la Bioética personalista, impulsada por S.E.R. Mons. Elio Sgreccia y sus seguidores, entre los que se cuentan los autores de esta obra.

Editado por EDUCA para el Instituto de Bioética, Buenos Aires, 2010.
Págs. 530.

BIOÉTICA: LA VERDAD QUE BUSCA EL BIEN

Autor

Rubén Revello

En los últimos cincuenta años de historia, el desarrollo alcanzado por la ciencia y la tecnología puso a disposición de la humanidad una cantidad de avances y logros que no dejan de maravillar. Sin embargo, toda esta búsqueda sobre *la verdad* del ser de las cosas, muchas veces corre el riesgo de olvidar *el bien* del hombre y del cosmos. La presente obra, tratará de hallar en la estructura del conocimiento científico, un elemento que justifique la pregunta ética de si es correcto hacer o no hacer algo determinado, aunque sea técnicamente posible. Con tal fin se presenta también el pensamiento de santo Tomás de Aquino.

La Bioética es un ámbito excelente para recuperar el hábito propiamente humano de la palabra proferida y acogida, la consideración de los matices y de los tonos diversos que requieren de la inteligencia su máximo esfuerzo.

Editado por EDUCA para el Instituto de Bioética, Buenos Aires, 2010.
Págs. 192.

NI TIERRA NI OFICIO

Autor

María Paula Casanova

Se trata de una serie de entrevistas que la autora realizó al Card. Elio Sgreccia. Es de destacar la particular preocupación que puso en mantenerse fiel a las palabras de su interlocutor. El presente texto nos permite acceder a la historia personal que fue templando el espíritu y pensamiento del fundador de la corriente bioética que conocemos como personalismo ontológico.

Editado por EDUCA para el Instituto de Bioética. Traducido al español por el Instituto de Bioética.

Buenos Aires, 2014.

Págs. 155.

NUEVOS DESAFÍOS EN EL INICIO DE LA VIDA

Compiladores

Rubén Revello

Daniel C. Beros

Este libro recoge una serie de artículos aportados por especialistas que han sido convocados como expositores en el marco de las Jornadas Interdisciplinarias de Ética: "Bioética: problemáticas ético-morales del inicio de la vida humana", organizadas conjuntamente por iniciativa del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina y el Departamento de Teología Sistemática del I.U.ISEDET, entre los meses de junio y noviembre de 2013.

Con la publicación de este material los organizadores se han propuesto realizar una contribución al debate público que se da en nuestra sociedad sobre las cuestiones ético-morales abordadas: los debates sobre el inicio de la vida humana, la fertilización asistida y el aborto.

Editorial Croquis.

Buenos Aires, 2014.

Págs. 140

REVISTA VIDA Y ÉTICA

Año 1 / Nro. 0 / Diciembre 2000

- . Humanizar la medicina
- . Fecundación y concepción: ¿hasta dónde coinciden?
- . Consecuencias psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo
- . Uso compasivo de medicación de enfermedad neurológica pediátrica de evolución fatal: consideraciones éticas

REVISTA VIDA Y ÉTICA

Año 2 / Nro. 1 / Julio 2001

- . Biodiversidad y biotecnología
- . La naturaleza como recurso moral
- . Constitución, derechos humanos y fecundación asistida
- . Límites constitucionales y éticos jurídicos a su regulación con motivo de un caso judicial

REVISTA VIDA Y ÉTICA

Año 2 / Nro. 2 / Diciembre 2001

- . La bioética personalista
- . Vida humana y sexualidad. San Agustín y la persona
- . Bioética. Los diez primeros años de un comité de ética hospitalario latinoamericano
- . Tratamiento de una mujer con conductas homosexuales. Un reto a la bioética y un desafío terapéutico
- . La píldora del día después. Consideraciones antropológicas y éticas
- . Clonación. Una mirada desde la ética y el derecho
- . Células estaminales y clonación terapéutica
- . Importancia de la familia para el potencial demográfico de las naciones en un mundo globalizado
- . *Evangelium vitae*: cinco años de confrontación con la sociedad
- . VI Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida. Comunicado final Vaticano, 11-14 de febrero de 2000

- . Discurso de Juan Pablo II a los participantes en la VII Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Para que tengan vida y la tengan en abundancia. Mensaje de Juan Pablo II para la IX Jornada Mundial del Enfermo
- . Ley de salud reproductiva: diálogo con diputados y senadores

REVISTA VIDA Y ÉTICA

AÑO 3 / NRO. 1 / JUNIO 2002

- . El embrión humano: ¿cúmulo de células o individuo humano?
- . Los orígenes de la Bioética
- . Importancia de la noción de persona como fundamento de la Bioética
- . El Proyecto genoma humano. Historia y resultados
- . La naturaleza del Amor Conyugal y su relación con la dignidad de la vida humana en el pensamiento de Juan Pablo II
- . Anencefálicos y autorización a inducir un parto. A propósito de un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina
- . Anencefalia: un problema actual
- . El síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA) y secreto médico
- . Discurso de Juan Pablo II a la Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Naturaleza y dignidad de la Persona Humana como fundamento del derecho a la vida: desafíos del contexto cultural contemporáneo
- . Haced que la voz de la Santa Sede llegue a los "aerópagos" de la cultura moderna. Mensaje de Su Santidad Juan Pablo II al Cardenal Paul Poupard
- . Intervención de S.E.R. Mons. Javier Lozano Barragán en la 55ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud
- . Identidad y estatuto del embrión humano
- . La salud reproductiva de los refugiados. Mensaje de los Pontificios Consejos para la Pastoral de la Salud, para la Pastoral de los Migrantes e Itinerantes y para la Familia, dirigido a las Conferencias Episcopales
- . Día nacional de la santidad de la vida humana 2002. Proclamación
- . La píldora del día después es abortiva. Dictamen del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina

REVISTA VIDA Y ÉTICA

AÑO 3 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2002

- . Bioética de las virtudes. Experiencia clínica
- . UCA - Georgetown: Diálogos de Bioética
- . Ciencia y respeto por la persona
- . Una herramienta para valorar la calidad de la comunicación en la atención sanitaria
- . Razones para no abortar
- . Bioética: el camino de la Ética Médica en el nuevo milenio
- . Proyecto genoma humano y Bioética (II)
- . Muerte y eutanasia
- . Eutanasia
- . El comienzo de la persona humana en Vélez Sarsfield
- . Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a la Conferencia Internacional sobre Globalización y Educación Católica Superior
- . Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a la XVII Conferencia Internacional sobre la Pastoral de la Salud
- . Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes de la Asamblea Plenaria de la Academia de Ciencias
- . Intervención de la delegación de la Santa Sede en la Comisión Especial de la 57ª Asamblea General de las Naciones Unidas sobre clonación de embriones humanos
- . Intervención de S.E.R. Mons. Renato R. Martino en el tercer Comité de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre envejecimiento
- . Sobre algunas cuestiones relativas al compromiso y la conducta de los católicos en la vida política
- . Nota doctrinal de la Congregación para la Doctrina de la Fe
- . Ley de Uniones Civiles de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

REVISTA VIDA Y ÉTICA

AÑO 4 / NRO. 1 / JUNIO 2003

- . Bioética: autobiografía intelectual
- . Asesoramiento ético a parejas estériles
- . Aspectos científicos y éticos de la Epidemia de VIH y SIDA. Hacia una propuesta auténticamente humana
- . Educación de la sexualidad

- . El Personalismo en las diversas áreas culturales de América Latina y el Caribe
- . Algunos aspectos éticos de la sexualidad humana
- . Filiación por dación o abandono del concebido criopreservado. Técnicas de Procreación Humana Asistida. Reglamentación legal en la República Argentina.
- . Clonación: panorama legal mundial. Límites jurídicos vs. Libertad de investigación. Efectos en el Derecho de Familia.
- . Embarazos incompatibles con la vida. Declaración del Instituto de Bioética, UCA
- . ¿Ovulaciones múltiples en la mujer? Aclaración del Instituto de Bioética. Pontificia Universidad Católica Argentina
- . Ética de la investigación biomédica: para una visión cristiana
- . Consideraciones acerca de los proyectos de reconocimiento legal de las uniones entre personas homosexuales.

REVISTA VIDA Y ÉTICA AÑO 4 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2003

- . Fundamentos filosóficos y teológicos de la Bioética
- . Dilemas en el tratamiento al inicio de la vida
- . Contextualizando la discusión sobre clonación: premisas ideológicas y asuntos olvidados
- . La peligrosa pendiente que convierte los delitos en derechos.
La protección jurídica del embrión a 30 años de Roe vs. Wade
- . La importancia de la sociedad civil ante el proceso de desarrollo de la investigación científica
- . La Bioética: de la ética clínica a una Bioética Social
- . Las llamadas "uniones civiles". Ataque al matrimonio
- . Clonación: pérdida de la paternidad y negación de la familia
- . Conclusiones del Congreso Teológico - Pastoral sobre la Familia
- . Discurso de Juan Pablo II
IV Encuentro Mundial de las Familias. Pontificio Consejo para la Familia
- . Homilía del Cardenal Alfonso López Trujillo
IV Encuentro Mundial de las Familias. Pontificio Consejo para la Familia

REVISTA VIDA Y ÉTICA AÑO 5 / NRO. 1 / JUNIO 2004

- . Los valores de la familia contra el sexo seguro
- . Desafíos de la Bioética en el siglo XXI: nueva genética, manipulación y progreso
- . Conocimientos básicos sobre fertilidad humana. Conocimientos sobre métodos de planificación familiar
- . Jornada por la Vida.
Celebración del Día del Niño por Nacer
- . El estudio del ADN
- . La belleza del amor, la sexualidad y la vida
- . La familia: imagen del amor de Dios
Reflexión sobre situaciones difíciles y ambigüedades en referencia a la vida, la familia y algunas cuestiones éticas
- . Aborto. Presencia del Instituto de Bioética en el debate público
- . Comentarios a propósito del III Congreso Mundial de Familias
- . La dignidad de la procreación humana y las tecnologías reproductivas
- . Aspectos antropológicos y éticos.
Comunicado Final de la X Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida, Vaticano, 21 de febrero de 2004
- . Reflexiones sobre los problemas científicos y éticos relativos al estado vegetativo.
Declaración común de la Academia Pontificia para la Vida y la Federación Mundial de Asociaciones de Médicos Católicos
Vaticano, 17 - 20 de marzo de 2004

REVISTA VIDA Y ÉTICA AÑO 5 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2004 NÚMERO ANIVERSARIO - 10 AÑOS DEL INSTITUTO DE BIOÉTICA

- . Apertura - Palabras de bienvenida
- . Necesidad de una Bioética personalista
- . Teología, Filosofía y ciencias al servicio de la Verdad y de la Vida
- . Pontificia Academia para la Vida: bastión en la defensa de la vida
- . La Bioética personalista en Estados Unidos

- . Personalismo: comparando y contrastando dos enfoques
- . La normativa italiana sobre reproducción médicamente asistida en el contexto europeo
- . Metodología de la Ética clínica y enfoque personalista en las decisiones médicas
- . Bioética personalista y consideraciones respecto del final de la vida
- . Ética al final de la vida. Aplicación a personas en estado vegetativo
- . Responsabilidad: concepto eje en el tema de la salud
- . La responsabilidad como eje de la relación clínica
- . Bioética integral. Persona como objeto y persona como sujeto
- . Situación de la Bioética personalista en España
- . El Instituto de Bioética hoy: Bioética y Teología
- . El Instituto de Bioética hoy: Bioética y Biotecnologías
- . El Instituto de Bioética hoy: Bioética y Filosofía
- . El Instituto de Bioética hoy: Bioética y Familia
- . El Instituto de Bioética hoy: Bioderecho
- . Bioética personalista: caminos de diálogo a favor de una Cultura de la Vida
- . Teología de la Vida
- . Contracepción y aborto como frutos de una misma planta: la continuidad de la enseñanza entre *Humanae vitae* y *Evangelium vitae*
- . Estatuto jurídico del embrión en la Argentina
- . Proporcionalidad terapéutica
- . Decisiones en medicina crítica: entre el encarnizamiento terapéutico y la eutanasia
- . Aplicaciones pastorales de la Bioética personalista

REVISTA VIDA Y ÉTICA

AÑO 6 / NRO. 1 / JUNIO 2005

- . ¿Fundamentos religiosos de la Bioética?
- . La contribución de la religión a la Bioética
- . El Don de la felicidad
- . La Bioética y la corporeidad
- . Ontología de la corporeidad. La dimensión exterior de la persona humana
- . Jurisprudencia y Bioética: balance de 20 años de democracia
- . ¿Qué legislación en Bioética?
- . La Bioética en la perspectiva de la ciencia moral
- . Responsabilidad y Ética. Sugerencias de Emmanuel Lévinas

- . Debate: ¿se debe despenalizar el aborto?
- . Necesidad de proteger al más débil
- . El derecho a tomar decisiones
- . El conflicto de la futilidad terapéutica
- . Aborto terapéutico. Declaración del Instituto de Bioética
- . Aborto: análisis del fallo de la Suprema Corte bonaerense que autoriza aborto
- . Ningún derecho asiste a matar a una persona
- . Educación para vivir
- . Discurso de S.S. JP II "Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo"
- . Reflexiones sobre los problemas científicos y éticos relativos al estado vegetativo
- . Reflexiones acerca de la nutrición artificial e hidratación
- . La eutanasia en Holanda incluso para niños menores de doce años
- . Nuevo presidente de la Pontificia Academia para la Vida: S.E.R. Mons. Elio Sgreccia
- . Mensaje de S.S. Juan Pablo II a los participantes de la XI Asamblea General de la PAV
- . Homilía de S.S. Benedicto XVI

REVISTA VIDA Y ÉTICA

AÑO 6 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2005

- . Apertura
- . La encíclica *Evangelium vitae*: origen y motivación
- . Teología de la vida en *Evangelium vitae*
- . Síntesis de la mañana
- . La educación para la vida en la carta encíclica *Evangelium vitae*
- . *Evangelium vitae* y Bioética
- . *Evangelium vitae*: su eco en Norteamérica
- . El cuidado de la salud a diez años de la *Evangelium vitae*
- . *Evangelium vitae*, leyes y legisladores
- . *Evangelium vitae*: su valor y vigencia ante los desafíos legislativos sobre la vida
- . Pena de muerte. Enseñanza de *Evangelium vitae*
- . Algunas consideraciones en torno al cuerpo humano a la luz del magisterio de Juan Pablo II
- . *Evangelium vitae* y tercera edad
- . *Evangelium vitae* y familia
- . *Evangelium vitae* y aborto
- . El derecho de los padres ante una posible ley de "educación sexual". Solicitada publicada en el diario La

- Nación por la Facultad de Derecho, el Instituto para el Matrimonio y la Familia y el Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina
- . Declaración episcopal sobre el proyecto de educación sexual – CEA. Comunicado emitido por la Agencia Informativa Católica Argentina (AICA)
 - . Las personas homosexuales dentro de la Iglesia
 - . Salud: firme oposición a la ley de donante presunto. Para la Iglesia viola la libertad de la persona
 - . El acto debe ser voluntario
 - . Mensaje del Cardenal Javier Lozano Barragán con ocasión de la Jornada Mundial contra el Sida
 - . Instrucción sobre los criterios de discernimiento vocacional en relación con las personas de tendencias homosexuales antes de su admisión al seminario y a las órdenes sagradas
 - . Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos
 - . Algunas consideraciones respecto de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos adoptada por la Conferencia General de la Unesco

REVISTA VIDA Y ÉTICA

AÑO 7 / NRO. 1 / JUNIO 2006

- . Los alimentos transgénicos: un desafío científico, bioético y jurídico
- . Bioética y microprematuros
- . Pasos hacia una Bioética universal: la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO
- . Jornada en conmemoración del Día del Niño por Nacer
- . En servicio de la vida humana. Reflexiones filosóficas a partir de la Carta de los agentes sanitarios
- . Declaración con motivo de la ley que propone la legalización de la ligadura de trompas y la vasectomía
- . Relaciones lábiles
- . La Iglesia pide una educación sexual "positiva y prudente"
- . Hay que educar en los afectos y tomar algunos recaudos
- . La Iglesia insiste en que se debe defender la vida. Rechazo de católicos al proyecto de juristas
- . Cambios al Código Penal: el aborto siempre es un crimen. Comunicado de la Agencia Informativa Católica Argentina (AICA)
- . La Iglesia ante el proyecto de ligadura de trompas y vasectomía. Comunicado de prensa de la Conferencia Episcopal Argentina
- . Comunicado del Secretariado Nacional para la Familia

- . Discurso del Santo Padre Benedicto XVI a los miembros de la XII Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Congreso Internacional: El embrión humano en la fase de la preimplantación. Declaración Final de la XII Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Intervención del Card. Javier Lozano Barragán, jefe de la delegación de la Santa Sede, en la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre el tema VIH/SIDA

REVISTA VIDA Y ÉTICA

AÑO 7 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2006

- . Apertura
- . Legislación, políticas públicas y proyectos sobre la vida y la familia en la Argentina
- . Sociedad civil y la agenda Bioética
- . La agenda bioética en Chile
- . Formación y enseñanza en Bioética
- . Educación sexual en las escuelas
- . Inicio de la vida humana y debate sobre el aborto
- . Donante presunto
- . Cuidados paliativos y una experiencia desde el Hospice
- . Consideraciones bioéticas sobre células madre y clonación
- . La clonación. Elementos científicos y reflexiones éticas
- . La medicina, la vida y la muerte: una mirada antropológica
- . La muerte y su significación
- . Defensa de la vida y dignidad humana
- . Proporcionalidad en los medios terapéuticos y de sustentación vital
- . La ética del morir desde la medicina. La muerte biológica
- . Dimensión antropológica de la muerte
- . Madurez humana. Vida y responsabilidad
- . *Quo vadis homo?* La poshumanidad
- . Ligadura de trompas y vasectomía
- . Esterilización: el Congreso argentino legaliza ligadura de trompas y vasectomía
- . Declaración en defensa de la vida inocente
- . En defensa de la vida humana inocente
- . Una cuestión de vida o muerte
- . Objeciones a la ley de educación sexual obligatoria
- . La píldora del día después
- . Sigue la polémica: "el Estado no puede promover leyes que permitan el aborto con píldoras"

- . Píldora del día después. Consideraciones legislativas, científicas y antropológicas
- . Mujer: Declaración de la Universidad Católica Argentina sobre el Protocolo Facultativo
- . Intervención de Mons. Elio Sgreccia. Las células madre. ¿Qué futuro para la terapia?

REVISTA VIDA Y ÉTICA AÑO 8 / NRO. 1 / JUNIO 2007

- . La educación en el amor. Un proyecto que integra a la familia, la escuela y los alumnos
- . Limitación del esfuerzo terapéutico en neonatología
- . La homosexualidad en la cultura occidental. Evolución histórica y perspectivas en el siglo XXI
- . Crisis en la enseñanza de la medicina.
- . La llamada "objección de conciencia institucional"
- . Así entró el aborto en España
- . Objeción de conciencia
- . No existe un derecho al aborto.
- . Sorpresa entre los especialistas
- . Nueva cultura de la vida
- . El valor de la vida se mide por dignidad
- . Se acelera el debate sobre la eutanasia
- . Polémica por la píldora del día después
- . Repercusiones del proyecto de ley de muerte digna
- . Discurso del Santo Padre Benedicto XVI
- . Discurso del Santo Padre Benedicto XVI. XIII Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Congreso Internacional: la conciencia cristiana en apoyo del derecho a la vida
- . Familia, personas y vida

REVISTA VIDA Y ÉTICA AÑO 8 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2007

- . Conciencia y discernimiento moral
- . La objeción de conciencia en los documentos internacionales
- . Conciencia moral y virtudes
- . Objeción de conciencia en el Derecho
- . Historia de la objeción de conciencia e interpretaciones actuales del concepto de tolerancia
- . Objeción de conciencia y Antropología

- . Bioética y objeción de conciencia: perspectiva pastoral
- . Los desafíos jurídicos frente a la objeción de conciencia
- . El derecho a la objeción de conciencia de las instituciones
- . Objeción de conciencia y administración hospitalaria
- . Bioética y farmacología
- . Ciudadanía y municipios saludables
- . Objeción de conciencia y ciudadanía
- . Palabras de cierre
- . Aborto y sus consecuencias
- . Regulación de la natalidad. Dificultades según la personalidad
- . La preocupación por la vida en "Aparecida"
- . Casos de desviación de la identidad sexual
- . No hay que matar un niño para solucionar un problema social
- . Procreación artificial: sistemática eliminación de embriones humanos en Gran Bretaña
- . Aborto: hospital público ejecuta sentencia contra niño por nacer
- . La legalización de la muerte digna en Río Negro levantó polémica
- . Críticas de la Iglesia a la ley que autoriza la muerte digna
- . Alimentación e hidratación artificiales. Respuestas a algunas preguntas de la Conferencia Episcopal Estadounidense
- . Discurso del Santo Padre Benedicto XVI

REVISTA VIDA Y ÉTICA AÑO 9 / NRO. 1 / JUNIO 2008

- . La sedación paliativa ante síntomas refractarios
- . De la justicia a la solidaridad. Hacia un nuevo paradigma
- . Deontología médica y "reproducción médicamente asistida"
- . Investigación biomédica, bioética y bioderecho
- . Eutanasia: entre la autonomía y la responsabilidad
- . Advierten sobre la despenalización
- . Aborto: debates sobre la protección de los bebés prematuros
- . "Europa debe revisar sus políticas abortistas"
- . Ante la aprobación de los lineamientos curriculares para la Educación sexual integral. Comunicado de la Comisión Episcopal de Educación Católica de la Conferencia Episcopal Argentina
- . Discurso del Santo Padre Benedicto XVI. Sesión plenaria de la Congregación para la Doctrina de la Fe

- . Discurso de S. S. Benedicto XVI en la XIV Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Comunicado final de la PAV. Declaración final de la XIV Asamblea General de la Pontificia Academia para la Vida
- . Discurso de S. S. Benedicto XVI a la Asamblea Plenaria del Consejo Pontificio para la Familia
- . Discurso de S. S. Benedicto XVI. Congreso del Instituto Juan Pablo II para estudios sobre el Matrimonio y la Familia

REVISTA VIDA Y ÉTICA

AÑO 9 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2008

- . Laudatio
- . La reflexión sobre la ontogénesis humana
- . Presentación del libro "Bioética y persona. Escuela de Elio Sgreccia"
- . Ética de la vida y derechos del hombre
- . El respeto por la persona y su dignidad como fundamento de la Bioética
- . Mons. Elio Sgreccia, don Elio, una personalidad inolvidable
- . Apertura
- . Información para el enfermo incurable
- . El acompañamiento a los padres con un recién nacido grave cercano a la muerte
- . Vivir la verdad
- . La comunicación de la verdad global a la persona con una enfermedad incurable: qué, cómo y por qué decirlo
- . El principio de lo éticamente adecuado en el uso de medios de preservación de la vida: entre el encarnamiento terapéutico y el abandono del paciente
- . La experiencia del *hospice*
- . El caso del cáncer avanzado del cuello uterino
- . El principio de lo éticamente adecuado
- . Enfrentando el sufrimiento y la muerte para aprender a vivir
- . Síntesis de la jornada
- . Consideraciones sobre la agonía y el morir humano
- . La filosofía y la muerte del anciano enfermo consciente
- . Amor, muerte y esperanza. Reflexiones desde Gabriel Marcel
- . Sentido y límite de la visión filosófica sobre el dolor y la muerte
- . Reflexión final
- . Aborto: proyectos de reglamentación de abortos no

- punibles en la Ciudad de Buenos Aires
- . La pensión por viudez a las parejas gay generó adhesiones y polémicas
- . Ante la solicitud de practicar un aborto en la ciudad de Mendoza
- . Un bebé diseñado para salvar a su hermano
- . No a la condena a muerte de Eluana Englaro
- . Discurso del Santo Padre Benedicto XVI a los obispos de Ecuador
- . Curar a los enfermos, pero sin eliminar a nadie
- . Discurso de S.S. Benedicto XVI en el Congreso organizado por la PAV

REVISTA VIDA Y ÉTICA

AÑO 10 / NRO. 1 / JUNIO 2009

- . *Informe Warnock*: revisión y reflexión bioética a los 25 años de su publicación
- . Sobre la filosofía del *Informe Warnock*
- . Impacto social y legislativo del *Informe Warnock*
- . Consecuencias de una visión utilitarista del embrión
- . El embrión humano. Aspectos éticos y biológicos del *Informe Warnock* ante las nuevas evidencias científicas
- . Técnicas de tratamiento de la esterilidad. Aspectos tecnológicos y éticos abordados en el *Informe Warnock*
- . Técnicas e investigaciones con embriones humanos o sus células contempladas en el *Informe Warnock*
- . Bioética y Biopolítica en Latinoamérica desde el Personalismo
- . Bioética y trascendencia. La perspectiva cristiana en el mundo secular
- . Benedicto XVI y la recepción mediática de sus declaraciones
- . La eutanasia es síntoma de la cultura de la muerte
- . Células estaminales embrionarias y el verdadero progreso
- . Investigación con células madre: cuándo comienza una vida humana
- . Persona por nacer: la encarnación y la dignidad de la persona en el día del niño por nacer
- . Bioética en los medios
- . Palabras del Santo Padre Benedicto XVI durante el encuentro con los enfermos
- . Desafíos de la Genética y riesgos de la Eugénica
- . Discurso de S.S. Benedicto XVI en la XV Asamblea de la Academia Pontificia para la Vida
- . Texto íntegro del "Manifiesto de Madrid"

REVISTA VIDA Y ÉTICA AÑO 10 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2009

- . Una presencia que conoce. Mensajes de Juan Pablo II para la Jornada Mundial del enfermo
- . Tutela de la vida y trasplantes. Fundamentos filosóficos de la Bioética contemporánea
- . Propuesta educativa para la promoción de una cultura de donación de órganos
- . Sistema nacional de procuración de órganos y tejidos para trasplante
- . Soporte vital y terapia intensiva. Muerte intervenida
- . Trasplantes: un servicio a la libertad y a la caridad
- . Donación de órganos y religiones
- . El proceso de donación trasplante. Una mirada interdisciplinaria
- . Extracción de órganos de cadáveres con fines de trasplante. Voluntariedad y consentimiento presunto
- . Por qué el concepto de muerte cerebral es válido como definición de muerte
- . Hacia el Bicentenario patrio. Reflexiones sobre la ciencia y la técnica aplicadas a la vida humana
- . Genética, desafíos y posibilidades
- . Bioética, salud y sus relaciones con la industria
- . Ante la despenalización del consumo de drogas
- . Procreación artificial: la fecundación heteróloga y el derecho a la identidad
- . Cuestionar el manual no pone en tela de juicio la ley
- . Para el Instituto de Bioética de la UCA, el aborto "es siempre un fracaso"
- . El matrimonio sólo existe entre varón y mujer
- . La heterosexualidad como requisito para el matrimonio no es discriminación
- . El aborto químico promovido desde el Congreso de la Nación
- . Pero, ¿hacia falta ser un genio para llamarlo niño?
- . Discurso del Santo Padre Benedicto XVI en el ingreso de la "Casa Alivio del Sufrimiento"
- . A propósito de que la píldora mata el doble, nadie podrá lavarse las manos
- . Aclaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe sobre el aborto procurado

REVISTA VIDA Y ÉTICA AÑO 11 / NRO. 1 / JUNIO 2010

- . Bioética personalista y familia
- . Educación integral de la sexualidad de mujeres y de varones
- . Desafío de nuestra época
- . Moralidad, ética y ciencias
- . Un padre que ama la vida. El contexto adecuado de nuestra preocupación por la Bioética
- . Farmacogenómica: aspectos éticos de la medicina personalizada
- . La Bioética y la libertad humana
- . "Bebés a la carta". Frente a una nueva eugenesia
- . Las técnicas de procreación artificial heterólogas: análisis bioético y jurídico
- . Problemas y tendencias culturales contemporáneas: el rechazo de la maternidad y la familia
- . Respuesta virtuosa del personalismo ontológico a la Bioética principista
- . El concepto del Bioderecho y los derechos humanos
- . Voluntades anticipadas y su estatus bioético
- . De *Donum vitae* a *Dignitas personae*. El arduo camino de la Iglesia en defensa del ser humano
- . La enseñanza de la Bioética personalista promueve cambios en las actitudes de los alumnos adolescentes de la escuela pública
- . Tratamientos proporcionados y desproporcionados en el estado vegetativo persistente
- . Ya son más de 200 las parejas de gays que quieren adoptar
- . Sobre el bien inalterable del matrimonio y la familia
- . Declaración ciudadana por la vida y la familia
- . Derecho a decidir
- . Jornada Interuniversitaria UCA-AUSTRAL y presentación del libro de S.E.R. Mons. Fernando Chomali
- . Mensaje de Benedicto XVI para la XVIII Jornada Mundial del Enfermo
- . Discurso del Santo Padre Benedicto XVI a los participantes en la Asamblea General de la PAV

REVISTA VIDA Y ÉTICA

AÑO 11 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2010

- . La moral por acuerdo. Sus fuentes modernas
- . El respeto por la vida, un valor ineludible
- . La opinión pública en tiempos de medios complejos
- . Pluralismo mediático: ¿lobby informativo o diálogo para el consenso?
- . Cuestiones en juego en los proyectos de legalización del aborto
- . Por qué es necesario un método en la decisión bioética
- . Trasplante pulmonar pediátrico con donantes vivos relacionados
- . Estado del trasplante pulmonar y sus problemáticas actuales
- . Recomendación del Comité de Bioética del INCUCAI en el caso de las gemelas con fibrosis quística
- . Aspectos bioéticos del trasplante con donantes vivos
- . Dolor físico, muerte y sociedad
- . Voluntades anticipadas, su valor legal
- . Eutanasia: proyectos vinculados al final de la vida
- . ¿Tienen un lugar la espiritualidad y los estudios religiosos en las humanidades médicas?
- . La defensa de los que tienen menos poder
- . ¿Se debe legalizar el aborto?
- . La ética y el juramento médico defienden al niño por nacer y toda vida
- . ¿Está bien usar células madre?
- . Simposio catarinense de Bioética en Brasil
- . Límites de la fertilización in vitro
- . El aborto no promueve la salud de los niños
- . La familia es la base de la sociedad e incluso de la naturaleza humana
- . Por qué ética y ciencia deben dialogar siempre
- . Estima y gratitud de la Iglesia por la investigación científica

REVISTA VIDA Y ÉTICA

AÑO 12 / NRO. 1 / JUNIO 2011

- . Aborto: dolor prohibido
- . Cuidados paliativos y Magisterio de la Iglesia
- . Salud sexual, salud reproductiva y aborto, ¿qué derechos?
- . Ecología: el nuevo dios verde

- . Humildad, respeto y servicio ante la dignidad personal del embrión humano
- . Jaque a la identidad
- . Texto íntegro del Manifiesto por la vida
- . Defender los derechos humanos implica atender la vida en el vientre materno
- . Discurso de S. S. Benedicto XVI a los participantes en la asamblea general de la Academia Pontificia para la Vida
- . Comunicado con ocasión de la futura ley de cuidados paliativos (Asociación Española de Bioética y Ética Médica, AEBl)
- . Proyecto de ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida

REVISTA VIDA Y ÉTICA

AÑO 12 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2011

- . Bioética: 40 años de recorrido y un nuevo futuro
- . Aportes históricos al crecimiento de la Bioética clínica
- . En las distintas corrientes de la Bioética clínica actual ¿podemos encontrar puntos en común?
- . Aportes de la Pontificia Academia para la Vida (PAV) al desarrollo de la Bioética
- . Bioética clínica personalista: el aporte del padre José Kutenich
- . El estatuto de la persona humana como centro del actual debate justificatorio de los derechos fundamentales y sus consecuencias
- . Del sueño cartesiano a la muerte encefálica
- . Consideraciones bioéticas acerca del diagnóstico de muerte y la importancia del concepto de persona humana
- . Camila Sánchez Herbón, la persona expuesta
- . ¿Existe un "derecho" al aborto en el sistema internacional? ¿debe la Argentina legalizar el aborto para cumplir con sus compromisos internacionales?
- . No una vida, sino dos. "Elige la vida y vivirás" (Dt 30,19)
- . Muerte digna
- . Grave proyecto sobre fecundación artificial en el Senado
- . Respetar la dignidad del moribundo. Consideraciones éticas sobre la eutanasia
- . Comunicado ecuménico "No matarás" (Ex 20,13)
- . El maravilloso don de la vida humana

REVISTA VIDA Y ÉTICA AÑO 13 / NRO. 1 / JUNIO 2012

- . Valores éticos del médico en la detección del posible donante de órganos
- . La educación, la sociedad y los trasplantes: una solución a demostrar
- . La Iglesia Católica ante la donación de órganos
- . El dilema de la proporcionalidad terapéutica en un paciente adolescente con enfermedad terminal
- . Derechos Humanos: una aproximación conceptual y su relación con la salud
- . ¿Cabe la Objeción de Conciencia en una sociedad moderna?
- . Intangibilidad de los Derechos del Hombre
- . Reflexiones y aportes sobre algunos temas vinculados a la Reforma del Código Civil
- . Dignidad de la vida, dignidad de la muerte
- . "Muerte digna" e "identidad de género"
- . La ley de "identidad de género" socava el derecho personalísimo a la identidad en sus dimensiones individual y social
- . Discurso del Santo Padre Benedicto XVI a los participantes en la Asamblea de la Pontificia Academia para la Vida
- . Así como tú, yo también tengo derecho a vivir

REVISTA VIDA Y ÉTICA AÑO 13 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2012

- . Reflexiones sobre la enseñanza de la Iglesia referidas a la homosexualidad
- . Diagnóstico prenatal en el marco de la Bioética personalista ontológica
- . Aspectos filosóficos de la investigación y desarrollo terapéutico con células madre. Una mirada centrada en la persona
- . Aspectos antropológicos de las terapias con células madre
- . Sobre el uso terapéutico de células estaminales de origen adulto
- . La preocupación por la vida en "Aparecida"
- . Un Padre que ama la vida. El contexto adecuado de nuestra preocupación por la Bioética
- . La defensa de los que tienen menos poder
- . Vida
- . El niño por nacer iluminado por la palabra
- . Defender los derechos humanos implica atender la vida en el vientre materno

- . La opción por la vida en esta universidad
- . ¿Qué le hace el aborto al corazón de la sociedad?
- . Cuestiones sensibles en torno al aborto
- . Presiones internacionales sobre América Latina con respecto a temas de salud reproductiva e identidad de género
- . El Código Civil y nuestro estilo de vida
- . Sobre la resolución para abortos no punibles en la Ciudad de Buenos Aires
- . Sexualidad, don y responsabilidad
- . Defendiendo la vida ganamos todos

REVISTA VIDA Y ÉTICA AÑO 14 / NRO. 1 / JUNIO 2013

- . Estatuto antropológico de la enfermedad y el dolor en el enfermo terminal
- . La contribución del Principialismo anglosajón a la Bioética
- . La cuestión del estatus de la Bioética contemporánea
- . Una mirada universitaria sobre la anencefalia
- . La crianza de niños por parejas homoparentales y los trabajos científicos
- . Reproducción médicamente asistida. Ley 26.862
- . La vida: don de Dios y tarea de todos
- . Análisis de la ley de fecundación artificial en Argentina
- . ¿Es lícito suspender los líquidos a una persona en estado vegetativo o de mínima conciencia?
- . El embrión es uno de nosotros
- . Defendiendo la familia y el matrimonio, ganamos todos
- . Declaración de Guanajuato sobre fecundación in vitro
- . Cuidados paliativos - un derecho humano (Carta de Praga)

REVISTA VIDA Y ÉTICA AÑO 14 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2013

- . Adicciones
- . Dónde iniciar el diálogo con el mundo en defensa de la vida
- . Caridad en la frontera de la vida: la donación de órganos para trasplantes
- . La fe como custodia de la vida humana
- . Perspectiva médica o visión integral del hombre. Análisis crítico de la anticoncepción

- . La humanización del ejercicio de la vocación médica: un desafío fáctico
- . Estado vegetativo permanente. calidad de vida vs sacralidad de la vida
- . El drama de la droga y el narcotráfico
- . Declaración de Madrid sobre "Ciencia, humanismos y posthumanismos"
- . Discurso a los participantes en la conferencia organizada por la Federación Internacional de las asociaciones Médicas Católicas
- . Adopción de menores de edad por parejas conformadas por personas del mismo sexo
- . Discurso a los participantes a la XXVIII Conferencia Internacional para los Agentes Sanitarios

REVISTA VIDA Y ÉTICA

AÑO 15 / NRO. 1 / JUNIO 2014

- . Nuevas esperanzas que la ciencia abre a la vida
- . Impacto de la evolución científico-tecnológica en la bioética neonatal-perinatal
- . Políticas sociales y vida cotidiana en argentina. Avances, dificultades y un gran desafío: la inclusión de los jóvenes
- . Análisis del fallo de la S.C.J.N. sobre abortos no punibles. Una mirada desde la Bioética Personalista
- . Problemática ético morales vinculadas a las técnicas de fertilización asistida
- . Dos modelos radicalmente opuestos. El aborto en el marco del debate legislativo en la argentina: implicancias ético-jurídicas
- . Carta a Fray Domingo M. Basso, O.P.
- . Fray Domingo M. Basso, O.P. y la Bioética
- . Aborto
- . Carta a las familias
- . La unión civil entre personas del mismo sexo
- . Discurso al movimiento por la vida italiano

REVISTA VIDA Y ÉTICA

AÑO 15 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2014

- . La calidad de vida y salud desde una antropología cristiana
- . Diagnóstico prenatal: su relación con la prevención de enfermedades fundantes de discapacidad

- . El Judaísmo frente al problema bioético del aborto: la vigencia del postulado frente a todo derecho
- . Marihuana medicinal: ¿medicina o medicamento? parte I
- . Estado de situación de los estudios de neurobioética en relación al neurocognitive enhancement en argentina y el mundo
- . Defensa de la vida física del paciente en estado terminal. Entre la dignidad y la autonomía
- . El derecho genómico en México
- . Equipo móvil de abortos en la Provincia
- . Despenalización del consumo de drogas
- . La vida humana no es descartable
- . Dignidad humana: la última frontera
- . El aborto: una discusión madura, informada y propositiva
- . No matarás al niño en el seno materno
- . Encuentro del Papa con los ancianos en la plaza de San Pedro

REVISTA VIDA Y ÉTICA

AÑO 16 / NRO. 1 / JUNIO 2015

- . La deshumanización en la atención profesional ¿vulnera el derecho a la intimidad?
- . Judaísmo y problemática bioética de la reproducción asistida: consideraciones generales
- . Cannabis y medicina tradicional: libertad, sociabilidad y subsidiariedad de este tipo de fitoterapia
- . La medicina regenerativa: consideraciones jurídicas en la perspectiva de la relación médico-paciente
- . Cobertura de salud en la legislación argentina de los últimos ocho años
- . Martirio y persecución en nuestros días
- . Discurso del Santo Padre Francisco a los participantes en la plenaria de la Academia Pontificia para la Vida
- . Reflexiones en torno a la vida
- . Comunicado del Presidente de la Conferencia Episcopal de Colombia en mérito a la decisión de la corte constitucional sobre la adopción de menores por parejas homosexuales
- . El derecho humano a la vida, a una vida digna para toda persona

REVISTA VIDA Y ÉTICA AÑO 16 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2015

- . Un rumbo renovado para la Bioética Personalista aparecida, *evangelii gaudium, laudato si'*
- . La buena nueva y dignidad de la persona
- . Algunos desafíos culturales actuales de la Bioética Personalista
- . El itinerario formativo para una Bioética Personalista
- . Análisis bioético del capítulo 7.3 del documento de aparecida: nuestro compromiso con la misión en la sociedad
- . El nuevo código civil y comercial y la bioética
- . La vida, primer derecho humano
- . Sobre el protocolo para el aborto no punible
- . La decisión de la corte constitucional acerca de la adopción de menores de edad por parejas conformadas por personas del mismo sexo

REVISTA VIDA Y ÉTICA AÑO 17 / NRO. 1 / JUNIO 2016

- . La enseñanza de la bioética en el grado de las escuelas de medicina
- . Análisis a partir del principio de libertad responsabilidad de la información accesible a las familias acerca de los bancos de sangre de cordón umbilical
- . Transhumanismo y bioética: una aproximación al paradigma transhumanista desde la bioética personalista ontológicamente fundada
- . El bien de los ancianos
- . Donación y trasplante de órganos: considerandos, resoluciones y aportes del judaísmo
- . No al narcotráfico, si a la vida plena
- . Discurso del Santo Padre Francisco al Comité Nacional de Bioética en Italia
- . Discurso del Santo Padre Francisco a los participantes en la Asamblea Plenaria de la Academia Pontificia para la Vida
- . Firme nuestra esperanza en defensa de la vida

REVISTA VIDA Y ÉTICA AÑO 17 / NRO. 2 / DICIEMBRE 2016

- . Criterios para el reconocimiento jurídico del embrión
- . Los transgénicos en la reflexión de *laudato si'*: Propuestas para la bioética ambiental
- . El impacto y el proceder médico frente a las directivas anticipadas
- . Universalidad y Bioética. Análisis desde la perspectiva de la Declaración Universal de Bioética y derechos humanos (resumen de tesis)
- . El embrión humano y los artículos 17 y 57 del código civil y comercial
- . Discurso del Santo Padre Francisco a los participantes del Congreso Europeo de Cardiología
- . Tratemos con misericordia nuestra casa común
- . Discurso del Santo Padre Francisco a los participantes en "América en diálogo - nuestra casa común"

REVISTA VIDA Y ÉTICA AÑO 18 / NRO. 1 / JUNIO 2017

- . ¿Dónde mueren las personas con enfermedades progresivas e incurables que se encuentran en la fase final de su vida? Experiencia en el Hospice Madre Teresa y en la unidad de cuidados paliativos del Hospital Nacional Sommer.
- . Bases bíblicas de la instrucción '*donum vitae*'.
- . Rechazos fundamentales de la doctrina de *Roe v. Wade*.
- . Vida biológica y vida biográfica en el gradualismo (*tesis de maestría*).
- . Luces y sombras: pinceladas sobre la ley de cannabis medicinal.
- . El indefenso Charlie Gard y el legado que está dejando.
- . Día del niño por nacer.
- . Discurso del Santo Padre Francisco a los miembros del Comité Nacional Italiano de bioseguridad, biotecnología y ciencias de la vida.
- . Discurso del Santo Padre Francisco a un grupo de enfermos de huntington y a sus familias.
- . Mensaje del Santo Padre Francisco para la XXV Jornada Mundial del Enfermo 2017.
- . Comunicado de la Conferencia Episcopal Boliviana: "Discriminación por religión".
- . Declaración de la Academia Pontificia de las Ciencias cumbre sobre tráfico de órganos y turismo de trasplantes.
- . Los 10 puntos críticos sobre el caso del pequeño Charlie Gard.

CRITERIOS PARA PUBLICAR EN VIDA Y ÉTICA

1. La Revista Vida y Ética es una publicación especializada en el campo de la Bioética que realiza el Instituto de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Argentina. Se focaliza en la difusión académica entre los profesionales afines a la Bioética y a todas las personas interesadas en las temáticas y discusiones actuales en este campo.
2. Las opiniones y posiciones son de responsabilidad exclusiva del autor, y no reflejan necesariamente la posición del Instituto de Bioética ni de esta Revista.
3. El material deberá ser inédito. Esto implica no haber sido previamente publicado ni en formato impreso, ni digital. Las ponencias, comunicaciones y declaraciones serán aceptadas siempre que consignen con claridad el lugar y fecha de su primera exposición y no figuren en actas de congresos.
4. Todo manuscrito que se envíe para ser publicado en Vida y Ética será sometido a un proceso de revisión por pares. Los pares expertos evaluarán la calidad científica y académica del material. La identidad de los autores no será revelada a los pares evaluadores, ni la de estos a los primeros. Una vez recibidas las revisiones, se tomará una decisión que podrá ser: aceptar, aceptar con modificaciones, o no aceptar el manuscrito. La decisión final de publicación estará supeditada al Director de la Revista, quien contará con el asesoramiento del Comité Científico. Esta decisión junto a las opiniones de los revisores serán notificadas a los autores.
La Revista se tomará un lapso prudencial de máximo 90 días para notificar al autor. Una vez aceptados los manuscritos y realizados los ajustes y las precisiones a que hubiera lugar, estos pasarán a la etapa de corrección, en cuyo proceso se respetará el estilo particular de cada autor. Esta corrección será de forma, pero no de contenido.
La fecha de publicación tomará en consideración la diagramación del siguiente número a publicar.
5. Se consideran cuatro tipos de publicaciones: **artículos, opinión y comentarios, documentos nacionales y documentos internacionales.** Los artículos son documentos producto de una Investigación Científica y Tecnológica. Presentan de manera detallada los resultados originales de un Proyecto de Investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro partes importantes: introducción, metodología, resultados y conclusiones. Deben tener una extensión máxima de 50 páginas de Word.

La sección de **opinión y comentarios** consta de documentos producto de un Ensayo de Investigación. Presentan en detalle un análisis, interpretación o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales. La estructura generalmente utilizada contiene tres partes importantes: introducción, desarrollo y conclusiones con respecto al estado actual del conocimiento del tema analizado. Se incluyen en esta categoría trabajos cortos, abocados en un tema específico, por tanto su máxima extensión es de 15 páginas de Word.

Los **documentos nacionales** y los **internacionales** son comunicados de prensa, declaraciones de instituciones y/o sus directivos, artículos periodísticos, etc. Suelen ser escritos breves que no exceden las 1000 palabras.

6. Los autores que hayan publicado en *Vida y Ética* recibirán tres ejemplares de cortesía de dicho número.
7. El material deberá estar escrito en español. El texto debe ir en letra Times New Roman (12 pts.), interlineado sencillo, sangría en primera línea (1,25 cm.), y un espacio entre párrafos. El artículo debe ir acompañado de un resumen (reseñado en tercera persona, de **no más de 10 ó 12 líneas**) que destaque las ideas principales que se abordan en el texto y una selección de palabras clave (entre 3 y 4) que guíen al lector acerca de los temas a tratar, las cuales deben estar traducidas al inglés.

Debe ser acompañado por un currículum vitae abreviado de su/s autor/es, en el que conste grado académico alcanzado, pertenencia institucional y una casilla de correo de contacto. En el caso de artículos producidos por más de un autor, se deberá seleccionar un autor de contacto. Estas consideraciones se aplican tanto a la sección de **artículos** como a la sección de **opinión y comentarios**. Es importante reseñar que el material deberá estar escrito, preferentemente, en tercera persona. El cuerpo del texto puede contar con subtítulos. Se puede incluir referencias bibliográficas al final del artículo o notas explicativas o aclaratorias al pie de la página, si se consideran necesarias.

8. Las referencias bibliográficas deberán llevar la siguiente forma:

- En el caso de libros deberán realizarse de la siguiente forma: APELLIDO DEL AUTOR, Nombre, *Título del libro*. Subtítulo, Traductor (si es que hubiera), nº de edición (salvo que sea la 1º edición), volumen, Lugar de edición, Editorial, año de publicación, página/s.

- En el caso de citar revistas el modo será el siguiente: APELLIDO DEL AUTOR, Nombre, "Título del artículo", *Título de la revista*, volumen, número, lugar de edición (mes, año), página/s.

Dado que nuestra publicación se refiere al campo de la Bioética, también se aceptará el sistema de citas bibliográficas Vancouver, propio de las publicaciones biomédicas. En tal caso, las citas irán numeradas en el texto y las referencias correspondientes al final del artículo. Ejemplos:

Libros:

Autor/es. Título del libro. Edición (salvo que sea la 1º edición). Lugar de publicación: Editorial; año. Página/ s. Ej.: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2005. pp. 250-252.

Artículos de revistas:

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. año; volumen (número): página inicial-final del artículo. Ej.: Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. Med Clin (Barc). 2005; 124(16): 606-12.

Artículo de revista en Internet

Autor/es del artículo. Título del artículo. Nombre de la revista [Revista on-line] año [consultado...]; volumen (número): [Extensión/páginas (si constan)]. Dirección electrónica. Ej.: Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. An Sist Sanit Navar [revista en Internet]* 2003 septiembre-diciembre. [acceso 19 de octubre de 2005]; 26(3). Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html>

Comunicación presentada a un congreso

Autor/es de la Comunicación/Ponencia. Título de la Comunicación/Ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: Editorial; año. página inicial-final de la comunicación/ponencia.

Ej.: Castro Beiras A, Escudero Pereira J. El Área del Corazón del Complejo Hospitalario "Juan Canalejo". En: Libro de Ponencias: V Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Bilbao; Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco; 2000.p. 12-22.

Tesis Doctoral

Autor. Título de la tesis [tesis doctoral]. Lugar de publicación: Editorial; año.

Ej.: Muñiz García J. Estudio transversal de los factores de riesgo cardiovascular en población infantil del medio rural gallego [tesis doctoral]. Santiago: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidade de Santiago; 1996.

Artículo de periódico

Autor del artículo (si figurase). Título del artículo. Nombre del periódico. Día mes año; Sección: página (columna).

Ej.: Carrasco D. Avalado el plazo de cinco años para destruir parte de la HC. Diario Médico. Viernes 23 de julio de 2004; Normativa: 8.

Material audiovisual

Autor/es. Título de la videocinta [videocinta]. Lugar de edición: Editorial; año.

Aplicable a todos los soportes audiovisuales.

Ej.: Borrel F. La entrevista clínica. Escuchar y preguntar. [video] Barcelona: Doyma; 1997.

9. La Pontificia Universidad Católica Argentina se reserva los derechos de autor y el derecho de digitalizar y divulgar en línea todos los artículos completos presentados en esta publicación.

10. El material deberá ser enviado a la siguiente dirección: Instituto de Bioética Facultad de Ciencias Médicas Pontificia Universidad Católica Argentina Alicia Moreau de Justo 1600, 3º (C1107AFF) – Cdad. Autónoma de Buenos Aires – Argentina. E-mail: bioetica@uca.edu.ar

11. El *Instituto de Bioética* no se hace responsable del material entregado o enviado a otra dirección de correo electrónico que no sea la señalada en el punto anterior. Para considerarlo recibido, quien envía deberá contar con un recibo físico con sello, o bien con la respuesta electrónica desde la dirección de e-mail institucional.

12. La Revista Vida y Ética acoge la directiva "Publicación responsable de investigación: estándares internacionales para editores", adoptada en la 2nd World Conference on Research Integrity-Singapur, julio 22 al 24 de 2010. Texto publicado, además, por el Committee on Publication Ethics (COPE): <http://publicationethics.org/>

Si la revista, en algún momento del proceso editorial, encuentra falsificación, omisión de datos, duplicidad de artículos o plagio, se devolverá el manuscrito original al autor explicando los motivos de su devolución. Cada manuscrito será verificados con procedimientos internos a fin de identificar plagio y /o duplicidad, entendida esta como la presencia de un contenido original menor al 75% en comparación con algún otro artículo ya publicado por el/los mismo/s autor/es en otra revista.

Fe de erratas. De haber rectificaciones sobre la información suministrada por parte de los autores, estas se harán en el número inmediatamente posterior al anuncio de estas y serán responsabilidad de los mismos autores.

- * Estos criterios están disponibles para su descarga en: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo58/files/Criterios_para_publicar_en_Vida_y_tica_-2018-1.pdf

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

El Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina cuenta con una biblioteca especializada de alrededor de 2000 volúmenes y recibe más de 25 publicaciones periódicas de Bioética.

Durante el año, se han sumado a nuestro fondo bibliográfico las publicaciones que citamos en esta sección.

- **AU CHEVET DE LA PERSONEE QUI MEURT: ORIENTATIONS ÉTIQUES ET PRATIQUES**
Autores: Elio Sgreccia y Jean Laffitte
MAME Edifa, Ciudad del Vaticano, 2008
- **EL MUNDO NATURAL Y EL MUNDO HUMANO. NATURALEZA Y LIBERTAD.**
Autor: Miguel Angel Mirabella
EDUCA, Buenos Aires, 1997
- **INTRODUCCIÓN A LA BIOÉTICA**
Autor: José Ramón Amor Pan
PPC Editorial, Madrid, 2005
- **BIOÉTICA Y NEUROCIENCIAS: VINO VIEJO EN ÓRDENES NUEVOS**
Autor: José Ramón Amor Pan
Editorial Instituto Borja de Bioética, Barcelona, 2015
- **BIOÉTICA Y ONCOLOGÍA: UNA PUERTA ABIERTA A LA OPORTUNIDAD**
Autores: Francisco Barón Duarte, José Ramón Amor Pan, Alexandra Regueiro García y Francisca Vázquez Rivera
Sociedad Oncológica de Galicia, Galicia, 2016

- **BIOÉTICA Y DEPENDENCIA**
Autor: José Ramón Amor Pan
Fundación Novacaixagalicia-Claudio San Martín, Santiago de Compostela, 2010

- **VIRTUES IN THE ETHICS OF LIFE - PROCEEDINGS OF THE XXII GENERAL ASSAMBLY OF MEMBERS**
Pontificia Academy for Life, Roma, 2017

- **L'APPROCCIO DI BENEDETTO XVI ALLA BIOETICA NEL CONTESTO D'ALTRI MODELLI ATTUALI**
Autor: Marta Dajana Carti
Ateneo Pontificio regina apostolorum, Roma, 2016

- **PHILOSOPHISCHE ESSAYS**
Autor: Robert Spaemann
Universal Bibliothek, Alemania, 2017

- **ÉTICA: CUESTIONES FUNDAMENTALES**
Autor: Robert Spaemann
EUNSA, España, 2010

- **MORALISCHE GRUNDBEGRIFFE**
Autor: Robert Spaemann
Beckische reihe, Alemania, 2004

- **ESSAYS IN ANTHROPOLOGY. VARIATIONS ON A THEME**
Autor: Robert Spaemann
Cascade Books

- **MEDIZIN OHNE MENSCHLICHKEIT: DOKUMENTE DES NÜRNBERGER ÄRZTEPROZESSES**
Autores: Alexander Mitscherlich y Fred Mielke
Fischer Raschenbuch, Alemania, 2003

- **EL MÉTODO BILLINGS: EL USO DEL INDICADOR NATURAL DE LA FERTILIDAD PARA LOGRAR O EVITAR EL EMBARAZO**
Autoras: Evelyn Billings y Ann Westmore
Editorial Palabra, Madrid, 2016

VIDA Y ÉTICA

Publicación semestral del Instituto de Bioética

RENOVACIÓN DE SUSCRIPCIÓN

- Deseo renovar mi suscripción
- Deseo suscribirme al año
- Deseo recibir algún ejemplar suelto (N° - Año

Formas de pago:

Cheque nominal:
a favor de Fundación Universidad Católica Argentina, no a la orden

Giro Postal:
a nombre de Fundación Universidad Católica Argentina

Depósito:
Banco Galicia Casa Central
- Caja de ahorro en \$ Arg. N° 9750179-1 999-1

Transferencia bancaria:
Banco Galicia Casa Central
- Caja de ahorro en \$ Arg. N° 9750179-1 999-1
CBU 0070999030009750179113
CUIT 30-53621658-4

Efectivo

Actualización de datos para la recepción de VIDA Y ÉTICA

Nombre y apellido:

D.N.I.:

Domicilio de recepción de la revista:

.....

Teléfono / Fax:

E-mail:

Desea ser incluido en nuestro listado de contactos para recibir información de nuestras

actividades: SI NO

MONTOS DE SUSCRIPCIÓN ANUAL (2 EJEMPLARES):

Argentina: \$ 350

Exterior: U\$S 350

VALOR DE EJEMPLARES SUELTOS:

Argentina: \$ 200

Exterior: U\$S 200

IMPORTANTE:

**Enviar el presente cupón
de suscripción y**

el comprobante de pago a:

Instituto de Bioética · Pontificia

Universidad Católica Argentina

Av. Alicia M. de Justo 1600 · 3° piso

C1107AFF · Buenos Aires · Argentina

O a nuestro e.mail:

bioetica@uca.edu.ar

