

VIDA Y ÉTICA

Publicación semestral del Instituto de Bioética

- **ALGUNAS CONSIDERACIONES RESPECTO DE LAS VACUNAS CONTRA COVID-19**
- **E-ODONTOLOGÍA CENTRADA EN LAS PERSONAS**
- **ESTATUS JURÍDICO DE MÁQUINAS AUTÓNOMAS INTELIGENTES. ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA BIOJURÍDICA**
- **VALOR DE LOS INDICADORES EN SALUD: HERRAMIENTAS PARA BUSCAR LA VERDAD Y EL BIEN**
- **PROMOCIÓN DEL RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD FEMENINA, EN EL ESPACIO CURRICULAR DE LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL (ESI), EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADAS DE RODEO DEL MEDIO (MAIPÚ, MENDOZA, AÑO 2018)**

ISSN 1515-6850



UCA

AÑO 22

Nº 1

JUNIO 2021

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

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

Rector
Dr. Miguel Ángel Schiavone

Vicerrectores
Dra. María Clara Zamora
Pbro. Gustavo Boquín

Decano
Facultad de Ciencias Médicas
Dr. Hernán Augusto Seoane

Director
Instituto de Bioética
Pbro. Lic. Rubén Revello

Coordinador
Instituto de Bioética
Mg. Dr. Gerardo Perazzo

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

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

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



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

VIDA Y ÉTICA

A Ñ O 2 2

N ° 1

2 0 2 1

**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

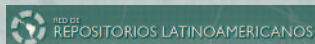
E-mail
bioetica@uca.edu.ar

Web
bioetica.uca.edu.ar

PERIODICIDAD
SEMESTRAL

SUSCRIPCIÓN ANUAL
ARGENTINA \$ 400.-
EXTERIOR U\$S 400.-

INDEXADA EN



DIRECCIÓN Rubén O. Revello

**COORDINACIÓN
PERIODÍSTICA** Noelia M. Coedo

**DISEÑO
Y EDICIÓN** María Alejandra Ferrice

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

AÑO 2021

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.

SUMARIO

ARTÍCULOS *pág. 09*

pág. 43

pág. 55

pág. 77

pág. 93

OPINION Y COMENTARIOS *pág. 145*

DOCUMENTOS NACIONALES *pág. 173*

pág. 177

pág. 181

pág. 185

pág. 187

pág. 189

pág. 191

pág. 195

pág. 197

DOCUMENTOS INTERNACIONALES *pág. 203*

pág. 247

ALGUNAS CONSIDERACIONES RESPECTO DE LAS VACUNAS CONTRA COVID-19
Dra. Mg. Graciela Moya

EODONTOLOGÍA CENTRADA EN LAS PERSONAS
Mg. Od. Roxana Elena Stasiow

ESTATUS JURÍDICO DE MÁQUINAS AUTÓNOMAS INTELIGENTES. ANÁLISIS
DESDE LA PERSPECTIVA BIOJURÍDICA
Mg. Dr. Leonardo Pucheta

LOS INDICADORES EN SALUD: HERRAMIENTAS PARA BUSCAR LA VERDAD Y EL BIEN
Mg. Dra. Silvia J. Birnenbaum

PROMOCIÓN DEL RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD FEMENINA, EN EL ESPACIO CURRICULAR
DE LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL (ESI), EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADAS DE RODEO DEL
MEDIO, MAIPÚ MENDOZA, AÑO 2018 (RESUMEN DE TESIS) *Mg. Mercedes R. Pennesi*

LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA ¿QUEDA RESUELTO EL PROBLEMA HUMANO DEL
DOLOR Y DEL SUFRIMIENTO?
Dr. Roberto Germán Zurriarán

INTERVENCIÓN DEL PADRE JOSÉ MARÍA DI PAOLA EN EL DEBATE EN CÁMARA DE DIPUTADOS
POR LA PRESENTACIÓN DE LA LEY DE LEGALIZACIÓN DEL ABORTO EN LA ARGENTINA
Padre José María Di Paola

INTERVENCIÓN DE MONSEÑOR GUSTAVO CARRARA EN EL DEBATE EN CÁMARA DE DIPUTADOS
POR LA PRESENTACIÓN DE LA LEY DE LEGALIZACIÓN DEL ABORTO EN LA ARGENTINA
Monseñor Gustavo Carrara

PRESENCIA DE CÁRITAS ARGENTINA EN LA SESIÓN DE DIPUTADOS
POR EL PROYECTO DE LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
Caritas Argentina

COMUNICADO DE PRENSA ANTE LA LEGALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO
EN LA REPÚBLICA ARGENTINA
Conferencia Episcopal Argentina

COMUNICADO DEL SECRETARIADO NACIONAL PARA LA PASTORAL DEL CUIDADO DE LA VIDA
NACIENTE Y LA NIÑEZ SOBRE LA LEGALIZACIÓN DEL ABORTO
*Secretariado Nacional para la Pastoral del Cuidado de la Vida Naciente y la Niñez /
Comisión Episcopal para la Vida, los Laicos y la Familia, CEVILAF / Conferencia Episcopal Argentina*

COMUNICADO DEL SECRETARIADO NACIONAL PARA LA PASTORAL FAMILIAR SOBRE
LA LEGALIZACIÓN DEL ABORTO
*Secretariado Nacional para la Pastoral del Cuidado de la Vida Naciente y la Niñez /
Comisión Episcopal para la Vida, los Laicos y la Familia, CEVILAF / Conferencia Episcopal Argentina*

ES UN DÍA HISTÓRICO.... QUE NOS DUELE II
Monseñor Eduardo García

DÍA DEL NIÑO POR NACER

COMUNICADO DE LA COMISIÓN EJECUTIVA ANTE EL PROYECTO DE "DESARROLLO INDUSTRIAL
MINERO METALÍFERO SUSTENTABLE DE LA PROVINCIA DE CHUBUT"
Conferencia Episcopal Argentina

UNA NECESIDAD VITAL C
Conferencia Episcopal Argentina

CARTA SAMARITANUS BONUS DE LA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE SOBRE
EL CUIDADO DE LAS PERSONAS EN LAS FASES CRÍTICAS Y TERMINALES DE LA VIDA.
Congregación para la Doctrina de la Fe

MENSAJE DEL SANTO PADRE FRANCISCO PARA LA XXIX JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO
Santo Padre Francisco

EDITORIAL

Queridos amigos lectores, una vez más nos encontramos en el inicio de ésta nueva revista "Vida y Ética" dispuesto a disfrutar de un número excepcional y me animo a decir también histórico.

Lo llamo así porque verán reflejadas muchas de las ponencias que se hicieron ante el Congreso de la Nación a raíz del debate sobre la despenalización del aborto en Argentina. Muchas de ellas no podrán hallarlas en otros lugares porque -debemos decirlo de modo claro- han sido silenciadas intencionalmente.

El debate al momento de la votación ha sido, como otras veces desigual, en la cantidad y en la calidad de los expositores, así como en los argumentos esgrimidos. Para quienes nos lean desde el exterior, el actual presidente de la Argentina, había hecho la promesa durante la campaña, de promover la ley de despenalización del aborto. Con gran hipocresía, reunieron a peritos de partes que pasaron exponiendo su punto de vista, pero a pesar de la solidez de los argumentos, biológicos, médicos, jurídicos, filosóficos y bioéticos presentados en favor de la vida, la suerte ya estaba echada. Debieron soportar la burla e interrupciones constantes de las barras de grupos radicales contrarios a la vida y aún el desdén de los mismos miembros del congreso que debían escuchar los argumentos. Todo terminó siendo un gran espec-

táculo para los medios y un gran fracaso para el sistema democrático.

Es por eso que queremos en este número compilar algunas de las ponencias en favor del niño por nacer, que pensamos que serán útiles a otros hermanos latinoamericanos que ven acercarse a sus foros institucionales, la presión de los organismos internacionales para hacer de América Latina un continente de muerte.

Justamente este es el hilo conductor del presente número: la cultura de la vida versus la cultura de la muerte.

Esta expresión profética que nos regaló San Juan Pablo II en el documento *Evangelium Vitae*, adquiere una vigencia fundamental. Repasemos una vez mas las palabras del Santo Padre:

*"Al mismo tiempo, se trata de señalar todas las consecuencias de este mismo Evangelio, que se pueden resumir así: la vida humana, don precioso de Dios, es sagrada e inviolable, y por esto, en particular, son absolutamente inaceptables **el aborto procurado y la eutanasia**; la vida del hombre no sólo no debe ser suprimida, sino que debe ser protegida con todo cuidado amoroso(...); toda la sociedad debe respetar, defender y promover la dignidad de cada persona humana, en*

todo momento y condición de su vida." EV nº 81.

Hay muchas formas nuevas de atacar la dignidad de la vida humana¹ que comienzan con el aborto y siguen con otras formas de degradación de la vida humana y del planeta todo.

Es por eso que las palabras de Juan Pablo II siguen siendo un camino a seguir y este número de la revista recoge el guante. Al extenso conjunto ya mencionado de notas sobre el aborto procurado, se suman las notas de Eutanasia -tema que se esta intentando instalar en Argentina y sobre el cual trataremos extensamente en próximos números preparándonos para el futuro debate de ese tipo de leyes-, las notas de los doctores Leonardo Puchetta sobre el status jurídico de las máquinas y su distinción del humano, así como la nota de la doctora Stasiow sobre el valor central de lo humano en una deontología médica, o la nota de la doctora Silvia Birnenbaum que propone una lectura de los indicadores de salud, centrados en el valor inalienable de la persona.

Esta defensa de la vida humana, tiene en el presente número una bajada más coyuntural con la destacada nota de la doctora Graciela Moya sobre las vacunas Covid 19. Es muy importante porque des-

peja dudas sobre su gestación, la seriedad de las barreras de control en su elaboración, el material con el que son hechas y su eficacia científicamente demostrada.

En la misma línea se suma el documento de la Santa Sede sobre el acompañamiento del sufrimiento humano durante la pandemia "Samaritanus Bonus". Con un acento más pastoral, pero

no menos exigente en un momento grave para la humanidad, recordándonos quienes somos y cómo debemos actuar honrando la Vida.

Espero que disfruten la lectura de éste numero tanto como yo.

Pbro. Lic. Rubén Revello
Director

ALGUNAS CONSIDERACIONES RESPECTO DE LAS VACUNAS CONTRA COVID-19

Fecha de recepción: 21/04/2021

Fecha de aceptación: 28/05/2021

Dra. Mg. Graciela Moya

Contacto: gracielamoya@uca.edu.ar

- Docente e investigadora – Instituto de Bioética (UCA)

Palabras clave

- Covid-19
- Vacunas
- Aspectos científicos
- Pandemia

Key words

- Covid-19
- Vaccines
- Scientific Aspects
- Pandemic

RESUMEN

Las abrumadoras consecuencias de la pandemia COVID-19, tanto en el ámbito de la salud física como emocional, el impacto social y económico a nivel mundial, requieren la rápida necesidad de desarrollar estrategias terapéuticas y preventivas innovadoras. Por ello, científicos de todos los continentes trabajan en forma colaborativa junto con las grandes empresas farmacéuticas para utilizar medicamentos ya probados para otras enfermedades, y para desarrollar vacunas que reduzcan el contagio de esta pandemia. Se ha identificado una gran cantidad de vacunas candidatas contra COVID-19 basadas en diferentes plataformas, pero por el momento no se ha logrado una respuesta única, y menos aún, definitiva.

Dada la urgencia para la obtención de una vacuna contra COVID-19, se ha acordado superponer algunas de las fases de investigación, y generar estrategias para una revisión y aprobación regulatoria rápida, que facilite la fabricación, distribución y control de calidad de la vacuna. El objetivo de este trabajo es presentar en forma sucinta aspectos científicos asociados al desarrollo de vacunas contra COVID-19.

ABSTRACT

The overwhelming consequences of the COVID-19 pandemic, both in terms of physical and emotional health, the social and economic impact worldwide, require the rapid need to develop innovative therapeutic and preventive strategies. Scientists on all continents are therefore working collaboratively with major pharmaceutical companies to use drugs already proven for other diseases, and to develop vaccines to reduce the spread of this pandemic. A large number of candidate vaccines against COVID-19 based on different platforms have been identified, but so far no single, let alone definitive, response has been achieved.

Given the urgency to obtain a vaccine against COVID-19, it has been agreed to overlap some of the research phases, and to generate strategies for a rapid regulatory review and approval, which will facilitate the manufacture, distribution and quality control of the vaccine. The objective of this paper is to succinctly present scientific aspects associated with the development of COVID-19 vaccines.

1. INTRODUCCIÓN

Las vacunas son productos médicos que tienen como finalidad generar una respuesta inmune para evitar la ocurrencia o disminuir las complicaciones de las enfermedades infecciosas.¹ Las vacunas ayudan a desarrollar la inmunidad tal como lo haría la infección, pero sin las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

El concepto e investigación sobre vacunas comienza a fines del siglo XVIII. En 1796 el Dr. Edward Jenner publica un primer artículo en el que desarrolla una estrategia para evitar la propagación de la Viruela,² infección altamente contagiosa con una tasa de mortalidad de alrededor del 30%. Aunque recién a partir del año 1800 comienzan las campañas de vacunación contra esta infección. De manera que en el año 1980 la Asamblea Mundial de Salud declara la erradicación de la viruela a nivel mundial, siendo el mayor logro de la salud pública internacional. Actualmente, se desarrollan vacunas para 17 enfermedades infecciosas, algunas forman parte de los programas de vacunación obligatorios en muchos países.³ Se estima que la inmunización salva la vida de 3 millones de niños al año, pero las vacunas existentes, adecuadamente indicadas, podrían salvar 2 millones más de vidas.⁴

Como las vacunas tienen una finalidad preventiva y no curativa se deben aplicar a población sana o en riesgo de una enfermedad. Por ello, es necesario que los beneficios esperados que brinde la vacuna y los riesgos a los que quedan expuestas las personas que las reciben y la sociedad sean valorados en forma muy exhaustiva. Por lo tanto, la seguridad de una vacuna requiere una evaluación diferente por las agencias de regulación a la que se realiza habitualmente para los fármacos o dispositivos médicos, ya que su objetivo no es curar o tratar a una persona que está enferma, quien necesita una curación o mejoría de su estado de salud, sino que tiene una finalidad preventiva: busca evitar la ocurrencia de una enfermedad potencial en una persona sana.⁵ Con las vacunas, como con cualquier

1 OMS Vacunas <https://www.who.int/topics/vaccines/es/> [Consulta 19 de enero de 2021].

2 Centers for Disease Control and Prevention. History of Smallpox. <https://www.cdc.gov/smallpox/history/history.html> [Consulta 7 de enero de 2021].

3 Cáncer cervical, Cólera, COVID-19, Difteria, Hepatitis A y B, Influenza, encefalitis Japonesa, meningitis, paperas, sarampión, tos convulsa, neumonía, polio, rabia, rotavirus, rubeola, tétanos, fiebre tifoidea, varicela, fiebre amarilla.

4 André FE. Vaccinology: past achievements, present roadblocks and future promises. *Vaccine*. 2003; 21(7-8):593-5. doi: 10.1016/s0264-410x(02)00702-8. PMID: 12531323.

5 Pérez AC, González Negri MA. Comentarios sobre la seguridad de las vacunas. *Arch Argent Pediatr* 2002; 100(1):54-60.

otro producto médico, debe determinarse su seguridad, es decir conocer cuáles son los efectos adversos esperados aceptables; y su eficacia, es decir, su capacidad para establecer una respuesta inmune en la persona vacunada similar a la esperada después de una infección.

Como en todo procedimiento médico pueden presentarse efectos adversos, en algunas situaciones, con síntomas leves que desaparecen a medida que el organismo activa su sistema inmune y desarrolla inmunidad específica contra el germen, en general, en las primeras semanas después de su aplicación.⁶ Todas las vacunas tienen efectos secundarios o "efectos adversos", pero son poco frecuentes y en general leves, pero deben ser monitorizados. Los efectos adversos más frecuentes se asocian a: reacción relacionada con un defecto en la calidad de la vacuna; reacción relacionada con un error en la inmunización; reacción relacionada con la ansiedad por la inmunización; o eventos coincidentes a la vacunación. Por ello, aún después de aprobada una vacuna, su seguridad continúa siendo vigilada registrándose la frecuencia con la que aparecen los efectos adversos, y la ocurrencia de efectos nuevos en la medida que más personas son expuestas. Esta vigilancia se realiza mediante el registro de los denominados casos de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunizaciones (ESAVI).⁷

En el año 2013 la Resolución 259 /2013 del Ministerio de Salud crea dentro del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles la Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas (CONASEVA)⁸ que tiene por objetivo diseñar un sistema de vigilancia para la detección de los ESAVI, y realizar su correcto análisis y clasificación, con la finalidad de poder dotar al programa de inmunización una herramienta que garantice la seguridad de las vacunas utilizadas, según los lineamientos internacionales.⁹ El Comité Asesor Mundial sobre Seguridad de las Vacunas (GACVS-OMS) propone que esta vigilancia se realice siguiendo los criterios internacionales propuestos por la Brighton Collaboration (BC), una red mundial de investigación de seguridad de vacunas sin fines de lucro para profe-

6 Metz B, van den Dobbelsteen G, van Els C, van der Gun J, Levels L, van der Pol L, Rots N, Kersten G. Quality-control issues and approaches in vaccine development. *Expert Rev. Vaccines* 2009; 8(2): 227–238.

7 OMS Guía para las hojas de información de la OMS sobre eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o la inmunización (ESAVI) https://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/Guide_Vaccine_rates_information_sheet_ES.pdf [Consulta 19 de enero de 2021].

8 Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas CoNaSeVa <https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/conaseva> [Consulta 19 de enero de 2021].

9 Dirección de control de enfermedades inmunoprevenibles. MSA. Ficha de Notificación de ESAVI. <https://ban-cos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-12/ficha-notificacion-esavi.pdf> [Consulta 7 de febrero de 2021].

sionales de la salud que desarrolla plantillas estandarizadas mediante plataformas tecnológicas que permiten obtener un enfoque estructurado para la valoración de la seguridad de las vacunas.¹⁰ En el año 2000 la Coalición de innovaciones en preparación para epidemias (CEPI-2017) se unió a Brighton Collaboration, para armonizar la evaluación de seguridad de las vacunas financiadas por CEPI a través de su Plataforma de seguridad para vacunas de emergencia (SPEAC). Actualmente, SPEAC está creando recursos, estándares aceptados internacionalmente y herramientas para facilitar la farmacovigilancia y los ensayos clínicos de seguridad de la vacuna COVID-19.¹¹

2. PANDEMIA COVID-19

La pandemia COVID-19 ha provocado una crisis profunda a nivel sanitario, social y económico. Ello ha instado a trabajar de forma rápida y colaborativa para el desarrollo de vacunas contra el virus SARS-CoV-2.¹² Este esfuerzo global ha generado desconfianza en la población a partir de las diversas, cuantiosas y confusas noticias en los medios de comunicación.¹³ La incertidumbre que ha generado las respuestas adoptadas frente a la pandemia, asociada a las decisiones que toman los gobiernos e instituciones supranacionales, como la OMS, a veces contradictorias, imprecisas, o poco informadas, se traslada a la desconfianza en la asistencia sanitaria tanto en las medidas preventivas no médicas, tratamientos médicos como también en el desarrollo de vacunas.¹⁴

Por lo tanto, es importante considerar la necesidad de involucrar al público general para que tenga herramientas que le permita disipar sus temores, reconocer los conceptos erróneos con el fin de generar un sentido crítico que promueva el reconocimiento de la importancia de su participación responsable en el control de

10 The Task Force for Global Health. Brighton Collaboration <https://brightoncollaboration.us/> [Consulta 12 de febrero de 2021].

11 The Task Force for Global Health, Safety Platform for Emergency vACcines (SPEAC) Project. 29 May 2019 https://cepi.net/news_cepi/cepi-partners-with-brighton-collaboration-to-support-safety-assessment-of-vaccine-candidates-against-emerging-infectious-diseases/ [Consulta 12 de febrero de 2021].

12 Calina D, Docea AO, Petrakis D, et al. Towards effective COVID-19 vaccines: Updates, perspectives and challenges (Review). *Int J Mol Med*. 2020; 46(1):3-16. doi:10.3892/ijmm.2020.4596

13 Wilson SL, Wiyongse C. Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Glob Health*. 2020; 5(10):e004206. doi:10.1136/bmjgh-2020-004206. Epub 2020 Oct 23. PMID: 33097547; PMCID: PMC7590343.

14 Finney Rutten LJ, Zhu X, Leppin AL, Ridgeway JL, Swift MD, Griffin JM, St Sauver JL, Virk A, Jacobson RM. Evidence-Based Strategies for Clinical Organizations to Address COVID-19 Vaccine Hesitancy. *Mayo Clin Proc*. 2021; 96(3):699-707. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.12.024. Epub 2020 Dec 30. PMID: 33673921; PMCID: PMC7772995.

la pandemia. Conocer con más detalle las ventajas y desventajas de la aplicación masiva de vacunas, que debido a la urgencia no han podido analizarse con todas las fases de investigación clásica en vacunas, puede contribuir en gran medida a promover la aceptación y la distribución equitativa de la vacuna COVID-19, disminuyendo en lo posible la desconfianza hacia las vacunas, y promoviendo la participación activa de la comunidad.¹⁵

El objetivo de este trabajo es presentar en forma sucinta aspectos científicos asociados al desarrollo de vacunas contra COVID-19.

3. CÓMO SE DESARROLLAN LAS VACUNAS: DESAFÍOS

Tradicionalmente las vacunas eran desarrolladas con base en la atenuación o inactivación del patógeno respectivo. Estas vacunas han reducido en forma exitosa la ocurrencia de enfermedades infecciosas y la carga que significan para las personas, el sistema de salud y la sociedad en general. Se ha podido erradicar la viruela y restringir significativamente enfermedades como la poliomielitis, el tétanos, la difteria y el sarampión. Pero esta tecnología requiere el cultivo y la propagación de los gérmenes patógenos completos en un laboratorio especializado con altos niveles de bioseguridad. Ello hace que en situaciones de pandemia surja la necesidad de recurrir a nuevos y versátiles enfoques que no impliquen el cultivo tradicional de patógenos completos para generar en forma rápida, efectiva y segura un producto médico protector del contagio y que minimice la expresión de la enfermedad.¹⁶

Los importantes avances recientes en áreas como inmunología, biología molecular, genómica, proteómica, bioinformática, y modelos virtuales han facilitado la investigación en el desarrollo de nuevas estrategias para vacunas.¹⁷

El desarrollo exitoso de vacunas es un proceso largo que requiere la participación de diferentes especialidades, como investigación y desarrollo, control de

15 Abila DA, Dei-Tumi SD, Humura F, Aja GN, We need to start thinking about promoting the demand, uptake, and equitable distribution of COVID-19 vaccines NOW!, *Public Health in Practice* 2020 (1); 100063,

ISSN 2666-5352, <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100063>.

16 Rauch S, Jasny E, Schmidt KE, Petsch B. New Vaccine Technologies to Combat Outbreak Situations. *Front Immunol.* 2018; 9:1963. Published 2018 Sep 19. doi:10.3389/fimmu.2018.01963

17 André FE. Vaccinology: past achievements, present roadblocks and future promises. *Vaccine.* 2003; 21(7-8):593-5. doi: 10.1016/s0264-410x(02)00702-8. PMID: 12531323.

calidad, garantía de calidad, producción, cuestiones regulatorias a nivel nacional e internacional y comercialización.¹⁸

Entonces para el desarrollo de una vacuna existen muchos desafíos, no sólo se debe garantizar su seguridad y eficacia, sino que también su producción, acceso, distribución masiva, y aceptación por la población.¹⁹

Entre los desafíos se describen:

1- La naturaleza impredecible del patógeno, la falta de conocimiento previo de su genoma, la capacidad de mutar y adaptarse a un nuevo huésped o entorno, su vía de acceso al organismo, las propiedades inmunogénicas inciertas, la gravedad de los síntomas que producen, la población de riesgo que afecta con mayor severidad, el tipo y duración de la respuesta inmune que genera, entre otras cuestiones.²⁰

2- Una vez comprendidas las características del germen patógeno es necesario conocer hacia cuáles antígenos deben orientarse la respuesta inmune para que la vacuna sea eficaz en evitar su propagación en el organismo.

3- La elección de la plataforma elegida para desarrollar la vacuna depende de la capacidad tecnológica, los recursos humanos y económicos.

4- La posibilidad de generar vacunas de calidad implica comprobar su seguridad, pureza y eficacia. Se debe confirmar que no contenga otros agentes infecciosos extraños, determinar los niveles mínimos aceptables de materiales tóxicos, verificar la trazabilidad de los medios de cultivo, bancos de células en las que se diseñan, producen, y verifican, comprobar que exprese fielmente la identidad del antígeno elegido.

5- Determinar la seguridad de la vacuna, es decir que no genere efectos adversos no esperables, ni severos.

6- Comprobar su eficacia para los objetivos propuestos, ya sea: disminuir la propagación, evitar las formas severas de la enfermedad o la mortalidad.

18 Metz B, van den Dobbelsteen G, van Els C, van der Gun J, Levels L, van der Pol L, Rots N, Kersten G. Quality-control issues and approaches in vaccine development. *Expert Rev. Vaccines* 2009;8(2): 227–238.

19 Sheridan C. The business of making vaccines. *Nat. Biotechnol.* 2005; 23(11), 1359–1366.

20 Rauch S, Jasny E, Schmidt KE, Petsch B. New Vaccine Technologies to Combat Outbreak Situations. *Front Immunol.* 2018; 9:1963. Published 2018 Sep 19. doi:10.3389/fimmu.2018.01963

7- El tiempo que demanda el desarrollo de la vacuna es crucial en el momento de una pandemia, ya que requiere nuevas estrategias de investigación, producción y aprobación, para prevenir un brote emergente de propagación global.

8- Establecer una producción eficiente, que la vacuna sea reproducible de lote a lote, que no haya contaminación en el proceso de producción, en las etapas de purificación, y en las pruebas de especificidad y caracterización del antígeno elegido. Existen normativas de la Conferencia de Armonización Internacional (ICH)²¹ que definen los procesos de fabricación, desarrollo y calidad de los productos farmacéuticos, como son las Guías sobre buenas prácticas de fabricación para ingredientes activos farmacéuticos (ICH-Q7),²² de Desarrollo farmacéutico (ICH-Q8-R2),²³ de Gestión de riesgos de calidad (ICH-Q9),²⁴ y de Sistema de calidad farmacéutica (ICH-Q10).²⁵

9- Proveer un almacenamiento adecuado para cada vacuna, que contemple el control de los factores ambientales como la temperatura, la humedad, la calidad del envase, entre otros.

10- El establecimiento de un plan de distribución masiva de la vacuna que considere el traslado y acceso a las regiones o países alejados de los centros de producción, especialmente establecer las posibilidades de países con bajos recursos de infraestructura para almacenamiento y distribución en las condiciones que la vacuna requiere.

11- La aceptación de la población es un punto central para analizar, ya que puede ocurrir una demora en la aceptación, vacilación o rechazo de las vacunas a pesar de la disponibilidad del servicio de vacunación, especialmente en los países de altos ingresos con mejores condiciones de salud y con sistemas de salud más efectivos.²⁶

21 The International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH) <https://www.ich.org/page/ich-guidelines> [Consulta 9 de marzo de 2021]

22 Q7 Good Manufacturing Practice Guidance for Active Pharmaceutical Ingredients. <https://database.ich.org/sites/default/files/Q7%20Guideline.pdf> [Consulta 9 de marzo de 2021]

23 Q8(R2) Pharmaceutical Development. Guidance for Industry <https://database.ich.org/sites/default/files/Q8%28R2%29%20Guideline.pdf> [Consulta 9 de marzo de 2021]

24 Q9 Quality Risk Management <https://database.ich.org/sites/default/files/Q9%20Guideline.pdf>

25 Q10 Pharmaceutical Quality System <https://database.ich.org/sites/default/files/Q10%20Guideline.pdf> [Consulta 9 de marzo de 2021]

26 Rauch S, Jasny E, Schmidt KE, Petsch B. New Vaccine Technologies to Combat Outbreak Situations. *Front Immunol.* 2018; 9:1963. Published 2018 Sep 19. doi:10.3389/fimmu.2018.01963

12- El costo asociado con el desarrollo y la producción de vacunas se estima que asciende a más de 500 millones de dólares, con gastos adicionales para establecer instalaciones y equipos que oscilan entre 50 y 700 millones de dólares.²⁷

4. ¿CÓMO SE MIDE LA EFICACIA DE UNA VACUNA?

Un punto de análisis que genera gran debate es determinar la eficacia de una vacuna.²⁸ Una vacuna se considera eficaz cuando permite disminuir la morbilidad y mortalidad de una enfermedad infecciosa.²⁹

La OMS presentó un documento en el que se analiza los perfiles de meta de producto para las vacunas COVID-19 (WHO Target Product Profiles for COVID-19 Vaccines Version 3 - 29 April 2020)³⁰ en el que sugiere criterios mínimos, y criterios preferidos para el desarrollo e implementación de las vacunas, que aseguren la calidad, seguridad, eficacia e idoneidad.

Respecto de la eficacia sugiere una demostración de eficacia estimada en alrededor del 50% para la población general, y del 70% para la población expuesta a alto riesgo de contagio (ej. personal sanitario). Esta eficacia puede evaluarse en función de diferentes criterios de valoración como para evitar: 1) enfermedad, 2) enfermedad grave, 3) mortalidad, 4) carga de la enfermedad, 5) diseminación / transmisión de la enfermedad, o 6) determinar la duración de la inmunidad;³¹ además de considerar otras estrategias que prevengan la diseminación del virus. La eficacia medida con base en la prevención de la enfermedad grave o mortalidad es un punto central, ya que son la causa del colapso del sistema de salud, y este puede ser un objetivo de los programas de intervención en pandemia.

Esta falta de especificidad demuestra la complejidad que surge al querer evaluar la eficacia de una vacuna en forma rápida (sin completar la fase 3) de una

27 Plotkin S, Robinson JM, Cunningham G, Iqbal R, Larsen S. The complexity and cost of vaccine manufacturing - An overview. *Vaccine* 2017; 35:4064-71. 10.1016/j.vaccine.2017.06.003

28 Hodgson SH, Mansatta K, Mallett G, Harris V, Emary KRW, Pollard AJ. What defines an efficacious COVID-19 vaccine? A review of the challenges assessing the clinical efficacy of vaccines against SARS-CoV-2. *Lancet Infect Dis.* 2021; 21(2):e26-e35. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30773-8. Epub 2020 Oct 27. PMID: 33125914; PMCID: PMC7837315.

29 Gavi. The Gavi COVAX AMC: an investment opportunity. <https://www.gavi.org/covax-facility> [Consulta 9 de marzo de 2021]

30 WHO. WHO target product profiles for COVID-19 vaccines. Geneva: World Health Organization, 2020.

31 Mehrotra DV, Janes HE, Fleming TR, et al. Clinical Endpoints for Evaluating Efficacy in COVID-19 Vaccine Trials. *Ann Intern Med.* 2021;174(2):221-228. doi:10.7326/M20-6169

enfermedad de la que aún se tiene poca información y no existe una prevención o un tratamiento específicos.³² Otras vacunas pueden ser más efectivas en evitar la transmisibilidad del SARS-CoV-2, aunque no afecten el curso de la enfermedad, siendo así una intervención valiosa a nivel poblacional.^{33,34}

Por el momento, el objetivo final de los ensayos clínicos es prevenir la enfermedad sintomática en quienes han recibido la vacuna. Ninguno de los ensayos actualmente en curso está diseñado para detectar una reducción en cualquier otro resultado como ingresos hospitalarios, uso de cuidados intensivos o muertes. Tampoco se están estudiando las vacunas para determinar si pueden interrumpir la transmisión del virus.³⁵ De todos modos, se espera que las vacunas contra COVID-19 permitan un adecuado nivel de inmunidad en la población de manera de proporcionar cierto grado de inmunidad colectiva con la finalidad de reducir en mediano plazo, la propagación de la infección.³⁶

Sin embargo, existe además una complejidad operativa en el desarrollo de las fases clínicas que permitan determinar la eficacia, que está vinculada con las ondulaciones de la pandemia. La eficacia se puede determinar más efectivamente si hay una coincidencia entre la ubicación de los participantes vacunados y los puntos calientes de la pandemia. Es importante, entonces considerar una selección cuidadosa de las finalidades del ensayo clínico y los diseños de los estudios estadísticos que permitirán definir con más certeza el tamaño de la muestra para que las conclusiones puedan estar adecuadamente validadas.³⁷

32 Izda V, Jeffries MA, Sawalha AH. COVID-19: A review of therapeutic strategies and vaccine candidates. *Clin Immunol*. 2021; 222:108634. doi:10.1016/j.clim.2020.108634

33 Hodgson SH, Mansatta K, Mallett G, Harris V, Emary KRW, Pollard AJ. What defines an efficacious COVID-19 vaccine? A review of the challenges assessing the clinical efficacy of vaccines against SARS-CoV-2. *Lancet Infect Dis*. 2021; 21(2):e26-e35. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30773-8. Epub 2020 Oct 27. PMID: 33125914; PMCID: PMC7837315.

34 Mehrotra DV, Janes HE, Fleming TR, et al. Clinical Endpoints for Evaluating Efficacy in COVID-19 Vaccine Trials. *Ann Intern Med*. 2021; 174(2):221-228. doi:10.7326/M20-6169

35 Doshi P. Will covid-19 vaccines save lives? Current trials aren't designed to tell us. *BMJ* 2020;371:m4037 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m4037>

36 US Department of Health and Human Services: Food and Drug Administration. Development and licensure of vaccines to prevent COVID-19: guidance for industry. June, 2020. <https://www.fda.gov/media/139638/download> [Consulta 29 de marzo de 2021]

37 Amanat F, Krammer F. SARS-CoV-2 Vaccines: Status Report. *Immunity* 2020;52(4): 583-589, <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2020.03.007>

5. FASES DE INVESTIGACIÓN PARA GENERAR UNA VACUNA

Normalmente, el período de desarrollo de una vacuna es de 12 a 15 años (Figura 1). La seguridad y eficacia de una vacuna, requisitos básicos para que sea aprobada, se demuestran mediante los llamados ensayos clínicos, que tienen por finalidad asegurar que la vacuna no genere daño en quienes la reciben, a corto y largo plazo; y demostrar la eficacia, es decir su capacidad para prevenir la enfermedad, al generar una respuesta inmune duradera.³⁸

5.1. Fase Preclínica

El ciclo de desarrollo de la vacuna incluye una primera etapa denominada Pre-clínica, de descubrimiento y exploración. Su objetivo es comprender la enfermedad y su epidemiología, identificar el patógeno causal, la interacción huésped-patógeno, el mecanismo de protección y los antígenos que inducen una respuesta inmunitaria protectora natural, y establecer los primeros pasos para preparar una vacuna candidata. Una vez avanzado el análisis epidemiológico y fisiopatológico de la enfermedad, el siguiente paso de la etapa preclínica se lleva a cabo en modelos animales o cultivos celulares, en los que se selecciona la mejor formulación del antígeno y se evalúa la seguridad, inmunogenicidad y, si existiera un modelo animal adecuado se evalúa la eficacia.³⁹ Muchas vacunas candidatas nunca avanzan más allá de esta etapa porque no producen la respuesta inmunitaria deseada.

Esta fase se completa garantizando que la purificación de la vacuna no haya alterado la identidad del antígeno y se haya determinado que este antígeno estimula una respuesta inmunitaria adecuada. También se evaluarán los efectos de otros componentes de la vacuna como excipientes o un sistema adyuvante que favorezca la estimulación del sistema inmune. Entonces una vez que la preparación de la vacuna de prueba satisfaga los requisitos reglamentarios ya es posible pasar a las Fases clínicas de investigación. Esta fase habitualmente demora alrededor de 18-30 meses.

38 Plotkin SA. Vaccines: past, present and future. *Nat Med.* 2005; 11(4 Suppl):S5-S11. doi:10.1038/nm1209

39 Dodet B. Current barriers, challenges and opportunities for the development of effective STI vaccines: Point of view of vaccine producers, biotech companies and funding agencies. *Vaccine*, 2014; 32(14), 1624–1629.

5.2. Fases clínicas

El desarrollo clínico se realiza en cuatro fases.

Fase I: se realizan en pequeños grupos de voluntarios sanos (10-30) con bajo riesgo de contraer la enfermedad. El propósito no es probar si la vacuna protege contra la enfermedad, sino si es segura, si no causa efectos secundarios graves, y establecer la tolerancia a diferentes dosis. La seguridad de una vacuna generalmente estará determinada por la naturaleza de la plataforma de la vacuna, la elección del adyuvante, el modo y la vía de administración de la vacuna, la edad de los vacunados y el estado de inmunidad de la vacuna preexistente. En esta fase la inmunogenicidad inducida por la vacuna constituye un objetivo secundario. Esta fase habitualmente demora alrededor de 30 meses.

Fase II: los ensayos involucran a un grupo más grande de voluntarios (100-1000). Esta fase busca caracterizar aún más la seguridad e inmunogenicidad de la vacuna candidata, confirmar formulaciones y dosis, identificar poblaciones objetivo y establecer el mejor enfoque de vacunación para ser probado en ensayos de fase III. Esta fase habitualmente demora alrededor de 30-38 meses. Puede desarrollarse una Fase IIb, denominada como ensayos de "prueba de concepto", que tienen como objetivo obtener datos preliminares si una determinada vacuna / estrategia de vacunación puede ser eficaz.

Fase III: en esta fase los ensayos clínicos evalúan la protección y seguridad en grandes grupos (1.000-10.000 voluntarios) que están en riesgo de contraer la enfermedad. En esta fase los ensayos de eficacia suelen ser aleatorios, doble ciego, y controlados con placebo cuando no existe una vacuna eficaz. Esta fase habitualmente demora alrededor de 30 meses. En esta fase se busca una evaluación más rápida de la efectividad de la vacuna y nuevos efectos secundarios. La población estudiada va siendo cada vez más heterogénea, incluyendo a niños y ancianos.

Si en esta fase ocurre un evento adverso grave inesperado, se puede suspender el ensayo clínico y se debe revisar toda la información médica pertinente antes de decidir si se reinicia el ensayo clínico, o si fuese necesario modificar la dosis o algún componente de la vacuna. También en esta etapa puede proponerse una suspensión por las autoridades reguladoras salud pertinente para un análisis más detallado.

En esta fase se determinan las dosis, el tiempo entre las dosis, los efectos adversos asociados a la dosis, buscando el perfil de riesgo-beneficio más apropiado para la vacuna en estudio.

Una vez aprobada esta fase se envían las solicitudes a los organismos reguladores para que se revisen: 1. los datos de los ensayos clínicos y así asegurar que la vacuna sea segura y eficaz; 2. la consistencia del proceso de fabricación; y 3. que los lotes de vacunas que se produzcan generen la misma inmunidad en las personas que en los ensayos clínicos.

Una vez terminada esta etapa, todos los datos obtenidos en todas las fases son recopilados y analizados por las autoridades sanitarias regulatorias pertinentes para su aprobación (ANMAT, en Argentina). La aprobación habitualmente demora alrededor de 12-24 meses. Una vez aprobadas las vacunas que han demostrado ser eficaces continúan con la Fase IV.

Fase IV: para completar su autorización se debe evaluar la seguridad y la eficacia en entornos no controlados y aplicada en forma masiva. En esta fase interviene otros factores como el almacenamiento, el transporte, y la rigurosidad con la que se realiza la vacunación. La efectividad en esta dosis va a ser menor que la reportada en los ensayos clínicos, y dado que se aplica en forma masiva, surgirán nuevos efectos adversos no conocidos poco frecuentes.⁴⁰ Entonces será más complejo determinar la eficiencia real de la vacuna.⁴¹ En esta fase se obtendrán datos epidemiológicos asociados a mortalidad, efectos adversos poco frecuentes, idiosincrasias, y posibilidad de erradicación de la enfermedad.

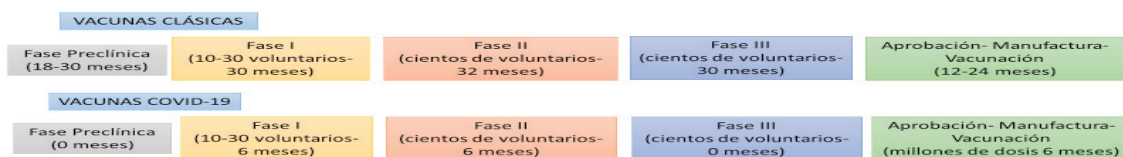


Figura 1. Adaptado de Sharma O, Sultan AA, Ding H, Triggler CR. A Review of the Progress and Challenges of Developing a Vaccine for COVID-19. *Front Immunol.* 2020 Oct 14;11:585354. doi: 10.3389/fimmu.2020.585354. PMID: 33163000.

40 Sharma O, Sultan AA, Ding H, Triggler CR. A Review of the Progress and Challenges of Developing a Vaccine for COVID-19. *Front Immunol.* 2020; 14(11):585354. doi: 10.3389/fimmu.2020.585354. PMID: 33163000.

41 Hodgson SH, Mansatta K, Mallett G, Harris V, Emary KRW, Pollard AJ. What defines an efficacious COVID-19 vaccine? A review of the challenges assessing the clinical efficacy of vaccines against SARS-CoV-2. *Lancet Infect Dis.* 2021 Feb;21(2):e26-e35. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30773-8. Epub 2020 Oct 27. PMID: 33125914; PMCID: PMC7837315.

5.3. Fases de investigación en pandemia COVID-19

Dado el efecto dramático global generado por la pandemia urge la necesidad de desarrollar una vacuna que disminuya el impacto en las poblaciones. Para ahorrar tiempo, por un lado, algunos desarrolladores están combinando las diferentes fases de los ensayos clínicos o ejecutándolas al mismo tiempo, y por otro se están acelerando las revisiones regulatorias, buscando el camino más rápido para llegada al mercado en forma masiva. La carrera mundial por una vacuna COVID-19 está acelerando las fases de experimentación para validar las vacunas y, si no se toman los recaudos adecuados puede comprometerse la seguridad en el desarrollo vacunas. Es esencial obtener una validación cautelosa de la seguridad y eficacia ya que la población inicialmente destinataria de la vacuna incluye personas de alto riesgo: mayores de 60 años, particularmente aquellos con condiciones comórbidas crónicas, trabajadores de atención médica de primera línea y otros trabajadores esenciales.⁴²

El éxito de un programa de vacunación en esta situación de una pandemia sin precedentes depende del tiempo, y de los esfuerzos de colaboración para acelerar la evaluación preclínica y clínica de las vacunas candidatas, y el acceso a una vacuna aprobada a nivel mundial.⁴³ La estrategia elegida para el desarrollo rápido de vacunas se basó en distintas condiciones:

1. la Fase preclínica fue muy rápida debido a que las plataformas de secuenciación masiva permitieron una rápida secuenciación del genoma viral;⁴⁴ al conocimiento previo del papel de la proteína de espícula (S) en la patogénesis de la infección por coronavirus; y a la evidencia de que el anticuerpo neutralizante contra esta proteína es importante para la inmunidad.⁴⁵ Previamente se habían desarrollado y probado varias vacunas para el SARS-CoV-1 y el MERS-CoV en modelos animales, incluidas vacunas recombinantes basadas en proteína S, vacunas atenuadas e inactivadas completas y vacunas vectorizadas.⁴⁶ Debido a las

42 Rauch S, Jasny E, Schmidt KE, Petsch B. New Vaccine Technologies to Combat Outbreak Situations. *Front Immunol.* 2018; 9:1963. Published 2018 Sep 19. doi:10.3389/fimmu.2018.01963

43 US Department of Health and Human Services: Food and Drug Administration. Development and licensure of vaccines to prevent COVID-19: guidance for industry. June, 2020. <https://www.fda.gov/media/139638/download> [Consulta 29 de marzo de 2021]

44 Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF. The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nat. Med* 2020; 26, 450–452

45 Zhang X, Tan Y, Ling Y, Lu G, Liu F, Yi Z, Jia X, Wu M, Shi B, Xu S, Chen J, Wang W, Chen B, Jiang L, Yu S, Lu J, Wang J, Xu M, Yuan Z, Zhang Q, Zhang X, Zhao G, Wang S, Chen S, Hongzhou L. Viral and host factors related to the clinical outcome of COVID-19. *Nature* 2020; 583: 437–440. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2355-0>

46 Roper RL, Rehm KE. SARS vaccines: where are we? *Expert Rev. Vaccines*, 2009; 8: 887–898

epidemias previas por betacoronavirus como el SARS finalizó espontáneamente y el número pequeño de casos de MERS no justificó en su momento la inversión en el desarrollo de una vacuna, no ha sido posible demostrar que las plataformas ideadas para producir una vacuna contra los betacoronavirus fuesen seguras, eficaces y de calidad.⁴⁷

2. Durante una pandemia, estos estudios secuenciales pueden acortarse porque se realizan en paralelo o con superposición parcial de las distintas fases de investigación y validación previo a su aprobación. Para no aumentar los riesgos para los participantes del estudio debe efectuarse un seguimiento de los miles de personas vacunadas durante varios meses antes de que se apruebe en forma definitiva la vacuna de uso general.⁴⁸

3. La vertiginosa evolución de plataformas de tecnología de vacunas de ácidos nucleicos, en los últimos años, que permiten un rápido diseño y desarrollo, producción, estudios de confirmación de las vacunas, y la pronta fabricación de miles de dosis una vez que establecida la secuencia genética con la que se producirá la vacuna.

4. La decisión de generar nuevos protocolos de valoración por comité de ética y procesos de aprobación rápidos y condicionados por agencias de regulación.

5. El esfuerzo internacional en desarrollar diferentes estrategias, la combinación del esfuerzo académico y empresas farmacéuticas, y la asignación de recursos excepcionales para la generación de vacunas.

6. Sin embargo, dado que el costo de fabricación y despliegue internacional una vacuna COVID-19 eficaz es enorme, el proceso correrá el riesgo de politización. Para lograr un acceso equitativo a las vacunas, se fundó la iniciativa global COVAX (COVID-19 Vaccines Global Access). Esta iniciativa liderada por GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization), CEPI (Coalición de innovaciones en preparación para epidemias) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), es uno de los tres pilares del Acelerador de Herramientas de Acceso a COVID-19, una propuesta iniciada en abril de 2020 por la OMS, la Comisión Europea y el gobierno de Francia como respuesta a la pandemia de COVID-19. COVAX coordina los recursos internacionales para permitir a los países de ingre-

47 Rubin EJ, Longo DL. SARS-CoV-2 Vaccination – An Ounce (Actually, Much Less) of Prevention. *N Engl J Med.* 2020; 383(27):2677-2678. doi:10.1056/NEJMe2034717

48 Mehrotra DV, Janes HE, Fleming TR, et al. Clinical Endpoints for Evaluating Efficacy in COVID-19 Vaccine Trials. *Ann Intern Med.* 2021; 174(2):221-228. doi:10.7326/M20-6169

sos bajos a medianos el acceso equitativo a las pruebas, terapias y vacunas de COVID-19.⁴⁹ Para el 15 julio de 2020 forman parte de este proyecto 75 países, que financiarían las vacunas con sus propios presupuestos de finanzas públicas, se asocian con hasta 90 países de bajos ingresos que podrían recibir apoyo a través de donaciones voluntarias a Gavi. Juntos, este grupo de hasta 165 países representa más del 60% de la población mundial.⁵⁰

6. *Tipos de vacunas para COVID-19*

Existen distintos tipos de vacunas contra el virus SARS-CoV2 que pueden generar una respuesta inmune eficiente, si bien tienen diferentes estrategias para el desarrollo de anticuerpos.⁵¹

Para desarrollar una vacuna es necesario conocer la estructura molecular del virus. Los coronavirus (CoV) son virus relativamente grandes que contienen un genoma de ARN de cadena simple⁵² encapsulado dentro de una envoltura de membrana glucoproteica. La membrana viral posee unas espículas de glucoproteína que dan a los coronavirus su apariencia de corona. Hay cuatro clases de coronavirus designados como alfa, beta, gamma y delta. La clase de betacoronavirus incluye el virus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) (SARS-CoV), el virus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) (MERS-CoV) y el agente causante del COVID-19 SARS-CoV-2. Al igual que el SARS-CoV y el MERS-CoV, el SARS-CoV-2 ataca el sistema respiratorio causando neumonía viral, pero también puede afectar el sistema gastrointestinal, el corazón, los riñones, el hígado y el sistema nervioso central y provocar una insuficiencia orgánica múltiple. SARS-CoV-2 utiliza el mismo receptor que el SARS-CoV en la célula huésped, es decir, la enzima convertidora de angiotensina 2 humana (ACE2), y tiene aproximadamente

49 Serebrov M. Vaccine politicization threatens global COVID-19 response. BioWorld, 24 de marzo de 2021 <https://www.bioworld.com/articles/505142-vaccine-politicization-threatens-global-covid-19-response> [Consulta 12 de abril de 2021].

50 OMS More than 150 countries engaged in COVID-19 vaccine global access facility. <https://www.who.int/news/item/15-07-2020-more-than-150-countries-engaged-in-covid-19-vaccine-global-access-facility> [Consulta 12 de abril de 2021].

51 Funk CD, Laferrière C, Ardakani AA Snapshot of the Global Race for Vaccines Targeting SARS-CoV-2 and the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Pharmacology* 2020; 11:937- <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fphar.2020.00937>

52 NCBI Reference Sequence: Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) reference genome <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/search/all/?term=covid%2019%20virus%20sequence> [Consulta 12 de marzo de 2021].

una homología del 79% genéticamente similar al SARS-CoV.⁵³ Ello ha permitido conocer más rápidamente la estructura y actividad del virus y en consecuencia, el desarrollo de vacunas.

El genoma del betacoronavirus codifica varias proteínas estructurales, incluida la proteína de espícula (S) glicosilada que funciona como un inductor principal de las respuestas inmunitarias del huésped. Esta proteína S invade la célula mediante la unión a una proteína receptora llamada enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) ubicada en la membrana superficial de las células. La entrada del virus a la célula es facilitada por la serina de una proteína denominada proteasa TMPRSS211 producida normalmente por la célula. La interacción entre la proteína S viral y la ACE2 en la superficie de la célula huésped es de gran interés ya que inicia el proceso de infección. Además, el genoma viral también codifica varias proteínas no estructurales, incluida la ARN polimerasa dependiente de ARN (RdRp), la proteasa principal del coronavirus (3CLpro) y la proteasa similar a la papaína (PLpro). Al ingresar a las células huésped, el genoma viral se libera como un ARNm que se traduce en las proteínas virales utilizando maquinaria de traducción de proteínas de la célula huésped para replicarse y el sistema de retículo endoplasmático para liberarse.⁵⁴

Para el diseño de la vacuna es necesario realizar una selección de los antígenos virales hacia los que se desea generar una respuesta inmune; reconocer las plataformas de desarrollo de la vacuna que se utilizarán; y establecer las rutas y regímenes de vacunación.⁵⁵ La elección de la plataforma de la vacuna determina la fuerza con la que se va a generar la reacción inmune frente al virus; si se requiere un adyuvante que estimule el sistema inmune; y la naturaleza de la inmunidad protectora. Estas características también determinan la idoneidad de una vacuna para una ruta particular de vacunación, y si se requiere un régimen de vacunación de refuerzo para aumentar la inmunidad protectora mediada por la vacuna y su durabilidad.

Actualmente existen muchas plataformas tecnológicas diferentes para el desarrollo de vacunas para el SRAS-COV-2, que incluyen: 1- ácidos nucleicos (ADN y

53 Wang M-Y, Zhao R, Gao L-J, Gao X-F, Wang D-P, Cao J-M. SARS-CoV-2: Structure, Biology, and Structure-Based. Therapeutics Development. *Front. Cell. Infect. Microbiol.* 2020; 10:587269. doi: 10.3389/fcimb.2020.587269

54 Ahmad Abu Turab Naqvi, Kisa Fatima, Taj Mohammad, Urooj Fatima, Indrakant K. Singh, Archana Singh, Shaikh Muhammad Atif, Gururao Hariprasad, Gulam Mustafa Hasan, Md. Imtaiyaz Hassan. Insights into SARS-CoV-2 genome, structure, evolution, pathogenesis and therapies: Structural genomics approach. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease* 2020; 1866 (10): 165878, <https://doi.org/10.1016/j.bba-dis.2020.165878>.

55 Kaur SP, Gupta V. COVID-19 Vaccine: A comprehensive status report. *Virus Res.* 2020; 288:198114. doi:10.1016/j.virusres.2020.198114

ARN); 2- partículas similares a virus; 3- péptidos, vectores virales (replicativos y no -Replicativo); 4- proteínas recombinantes; 5- virus vivos atenuados; y 6- virus inactivados. Muchas de estas plataformas no se han utilizado previamente, pero las nuevas tecnologías y el conocimiento más detallado del sistema inmune brindan nuevas oportunidades para aumentar la velocidad de desarrollo y fabricación de vacunas.⁵⁶

Se están desarrollando más de 150 vacunas contra el coronavirus en todo el mundo, y hay muchas esperanzas de llevar una al mercado en un tiempo récord para aliviar la crisis mundial.⁵⁷

Aún se aprueben las vacunas, cuando se establezca que son seguras y efectivas, no significa que la pandemia terminará definitivamente. Por el momento, la evidencia emergente sugiere que la defensa inmunológica del cuerpo contra COVID-19 puede ser de corta duración, lo que significa que es posible que las vacunas no puedan proteger completamente a las personas en futuras oleadas de infección, y sean necesarios los refuerzos de la vacunación. Por ello, queda por determinar si será necesario un régimen de inmunización con refuerzos, ya sea de la misma vacuna o la administración secuencial de diferentes plataformas de vacuna.⁵⁸

La tecnología para producir vacunas ha evolucionado significativamente en la última década. Gracias a los conocimientos surgidos por el estudio del genoma humano y de otras especies, se han logrado desarrollar nuevos tipos de vacunas como las aquellas derivadas del ARN y ADN, vacunas mediante vectores (p. Ej., Ervebo, una vacuna contra el ébola virus vectorizada por el virus de la estomatitis vesicular [VSV], autorizada en la Unión Europea), vacunas por proteína recombinante (por ejemplo, Flublok, una vacuna contra el virus de la influenza fabricada en células de insectos, autorizada en los Estados Unidos), y vacunas basadas en cultivos celulares (por ejemplo, Flucelvax, una vacuna contra el virus de la influenza fabricada en células de mamíferos).⁵⁹

56 Calina D, Docea AO, Petrakis D, Egorov AM, Ishmukhametov AA, Gabibov AG, Shtilman MI, Kostoff R, Carvalho F, Vinceti M, Spandidos DA, Tsatsakis A. Towards effective COVID-19 vaccines: Updates, perspectives and challenges (Review). *Int J Mol Med*. 2020; 46(1):3-16. doi: 10.3892/ijmm.2020.4596. Epub 2020 May 6. PMID: 32377694; PMCID: PMC7255458.

57 Izda V, Jeffries MA, Sawalha AH. COVID-19: A review of therapeutic strategies and vaccine candidates. *Clin Immunol*. 2021 Jan;222:108634. doi: 10.1016/j.clim.2020.108634. Epub 2020 Nov 17. PMID: 33217545; PMCID: PMC7670907.

58 Jeyanathan M, Afkhami S, Smaill F, Miller MS, Lichty BD, Xing Z. Immunological considerations for COVID-19 vaccine strategies. *Nat Rev Immunol*. 2020; 20(10):615-632. doi:10.1038/s41577-020-00434-6

59 Kaur SP, Gupta V. COVID-19 Vaccine: A comprehensive status report. *Virus Res*. 2020; 288:198114. doi:10.1016/j.virusres.2020.198114

Existen distintos tipos de vacunas que varían en el método, pero todas buscan introducir un antígeno en el cuerpo para que sea utilizado por el sistema inmunológico para generar anticuerpos contra el coronavirus real.⁶⁰

Para hacerlo, algunas vacunas usan todo el coronavirus, pero en un estado muerto o debilitado. Otros usan solo una parte del virus, ya sea una proteína o un fragmento. Algunos transfieren los genes que codifican las proteínas del coronavirus a un virus diferente que es poco probable que cause una enfermedad o incluso que sea incapaz de hacerlo. Finalmente, algunas vacunas en desarrollo introducen segmentos del material genético del coronavirus en las células, sin vector, para que pueden producir temporalmente las proteínas del coronavirus necesarias para estimular nuestro sistema inmunológico, sin generar la infección. Estos segmentos de ácidos nucleico del coronavirus están diseñados de manera que no se integran a nuestro genoma.⁶¹

6.1. Plataformas para vacunas contra COVID-19

En este punto se explican las características, ventajas y desventajas de las diferentes plataformas,^{62,63,64} y los distintos tipos de vacunas que actualmente están en desarrollo.⁶⁵ Actualmente hay 89 vacunas en ensayos clínicos, de las cuales 23 han llegado a la etapa final de investigación, 5 vacunas en uso limitado y 8 vacunas aprobadas para su uso. Al menos hay 77 vacunas en fase preclínica, y 4 vacunas han sido abandonadas.⁶⁶

60 Callaway E. The race for coronavirus vaccines: a graphical guide. *Nature* 2020; 580:576-577 doi: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01221-y>

61 Calina D, Docea AO, Petrakis D, Egorov AM, Ishmukhametov AA, Gabibov AG, Shtilman MI, Kostoff R, Carvalho F, Vinceti M, Spandidos DA, Tsatsakis A. COVID-19 vaccines: Updates, perspectives and challenges (Review). *Int J Mol Med*. 2020;46(1):3-16. doi:10.3892/ijmm.2020.4596

62 Callaway E. The race for coronavirus vaccines: a graphical guide. *Nature* 2020; 580:576-577 doi: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01221-y>

63 Kyriakidis, N.C., López-Cortés, A., González, E.V. et al. SARS-CoV-2 vaccines strategies: a comprehensive review of phase 3 candidates. *npj Vaccines* 2021;6: 28. <https://doi.org/10.1038/s41541-021-00292-w>

64 Li, YD., Chi, WY., Su, JH. et al. Coronavirus vaccine development: from SARS and MERS to COVID-19. *J Biomed Sci* 2020; 27: 104. <https://doi.org/10.1186/s12929-020-00695-2>

65 Update: COVID-19 Vaccine Candidates and Abortion-Derived Cell Lines. Charlotte Lozier Institute. <https://s27589.pcdn.co/wp-content/uploads/2020/12/COVID-19-Vaccine-Candidates-and-Abortion-Derived-Cell-Lines.pdf> [Consulta 12 de enero de 2021].

66 Zimmer C, Corum J, WeeS-L. Coronavirus Vaccine Tracker. The New York Times. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/science/coronavirus-vaccine-tracker.html> [Consulta 20 de abril de 2021].

6.1.1. Vacunas por virus vivo atenuado

Un virus vivo atenuado se construye mutando la información genética del virus original, para generar un virus con poca capacidad infectante. Induce una respuesta inmune fuerte ya que imita la infección natural. Dado que el virus está aún vivo, este tipo de vacuna no se recomienda para mujeres embarazadas y personas inmunodeprimidas porque, rara vez, podría reactivarse y generar la enfermedad. Requiere de una validación cautelosa de la seguridad y eficacia. (Ej. Rubeola, Fiebre Amarilla, Varicela, Paperas, Sarampión, BCG, Sabin-polio, Rotavirus).

6.1.2. Vacunas por virus inactivado

El virus es inactivado por distintos medios como radiación, productos químicos o calor. No puede causar enfermedad porque el virus está inactivado y no replicarse, por ello es más seguro y estable que el anterior. Induce una fuerte respuesta de anticuerpos, se puede utilizar con adyuvantes que estimule la respuesta inmune. Pero requiere trabajar con grandes cantidades de virus y habitualmente es necesario un refuerzo para mantener la inmunidad. Este tipo de vacunas se utilizan en la actualidad (Ej. SARS-CoV, Fiebre tifoidea, Cólera, Salk-polio, Influenza, rabia, hepatitis A).

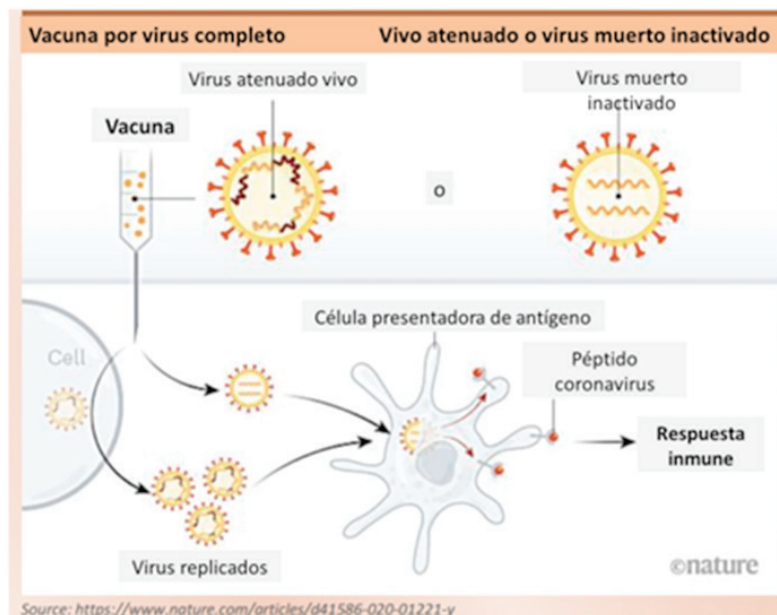


Figura 2. Adaptado de Callaway E. The race for coronavirus vaccines: a graphical guide. Nature 2020;580:576-577 doi: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01221-y>

TIPO	Estrategia	Sponsor- país	Medio, Dosis, Eficacia	Diseño y desarrollo	Producción	Estudio de confirmación
Virus atenuado o inactivado	APROBADA Inactivated virus "BBIBP-CorV"	Beijing Institute of Biological Products/ Sinopharm China	Intramuscular, 2 dosis (separadas por 2 semanas) 79.34%	Células de mono Vero	Células de mono Vero	Células de mono Vero
	APROBADA Inactivated virus "New Crown COVID -19"	Wuhan Institute of Biological Products/ Sinopharm China	Intramuscular, 2 dosis (separadas por 2 semanas)	Células de mono Vero	Células de mono Vero	Células de mono Vero
	AUTORIZADA Inactivated virus "COVAXIN" "BBV152"	Bharat Biotech/ Indian Council of Medical Research India	Intramuscular, 2 dosis (separadas por 2 semanas) 80.6%	Células de mono Vero	Células de mono Vero	Células de mono Vero
	Inactivated virus "SARS-CoV-2 vaccine"	Institute of Medical Biology, Chinese Academy of Medical Sciences China	Intramuscular, 2 dosis (separadas por 4 semanas)	Células de mono Vero	Células de mono Vero	Células de mono Vero
	Inactivated virus "QazCovid-in"	Research Institute for Biological Safety Problems KAZAHSTAN	Intramuscular, 2 dosis (separadas por 3 semanas)			
	APROBADA Inactivated virus "CoronaVac"	Sinovac Biotech Co., Ltd. China	Intramuscular, 2 dosis (separadas por 2 semanas) 50.65% Brasil, 91.25% Turquía	Células de mono Vero	Células de mono Vero	células HEK293**
	Inactivated Virus "VLA2001" plus adjuvant CpG1018	Valneva and Dynavax Francia EE.UU. Reino unido	Intramuscular, 2 dosis (separadas por 3 semanas)	Células de mono Vero	Células de mono Vero	

Tabla 1. Vacunas a virus atenuado o inactivado.

** **HEK293 es una línea celular derivada de células renales fetales humanas cultivadas. La línea fue desarrollada por el científico Alex Van der Eb a principios de la década de 1970 en su laboratorio de la Universidad de Leiden, Holanda. La fuente de las células fue un feto abortado sano, probablemente, en forma deliberada de paternidad desconocida. Esta línea se inició mediante la transformación y cultivo de células HEK normales con ADN de adenovirus 5. La transformación dio como resultado la incorporación de aproximadamente 4,5 kilobases del genoma viral en el cromosoma 19 humano de las células HEK. Estas vacunas no portan células del feto abortado, sino que son producidas en células derivadas de estos tejidos.

6.1.3. Vacunas por subunidades de proteínas, péptido, o partículas similares a virus

Estas vacunas por subunidades de proteínas contienen una parte o una subunidad de un antígeno proteico de coronavirus. No contienen al virus completo, ni ácidos nucleicos del virus, por lo que son bien toleradas. Si bien son vacunas seguras y puede tener menos efectos secundarios que el virus completo (enrojecimiento, hinchazón en el lugar de la inyección), tienen poco poder inmunogénico, por lo que pueden requerir adyuvantes que estimulen la respuesta inmune. Vacunas con similar mecanismo han sido aprobadas. (Ej. Influenza, Pertuzzi, Streptococo pneumoniae, Haemophilus Influenzae tipo B).⁶⁷

Las vacunas por partículas similares al coronavirus en estructura, pero no contienen nada de su material genético. Sólo posee el material que recubre el genoma viral, y por lo tanto no tienen capacidad infectante. Si bien son vacunas muy seguras, y bien toleradas, aunque pueden tener poco poder inmunogénico, y tienen alto costo en su producción. Son vacunas estables a temperatura ambiente. Vacunas con similar mecanismo han sido aprobadas (Ej. Hepatitis B, HPV).

Vacunas por segmento proteico del virus (péptido) se sintetiza en forma artificial. Si bien se pueden desarrollar rápidamente, tendrían poca actividad inmunogénica y son del alto costo. (Ej. COVID-19 en desarrollo).⁶⁸

67 Jeyanathan, M., Afkhami, S., Smaill, F. et al. Immunological considerations for COVID-19 vaccine strategies. *Nat Rev Immunol* 2020;20: 615–632.

68 Chung E. A closer look at Canada's homegrown COVID-19 vaccine candidates. <https://www.cbc.ca/news/technology/canadian-vaccine-candidates-covid-coronavirus-1.5764874> [Consulta 20 de marzo de 2021].

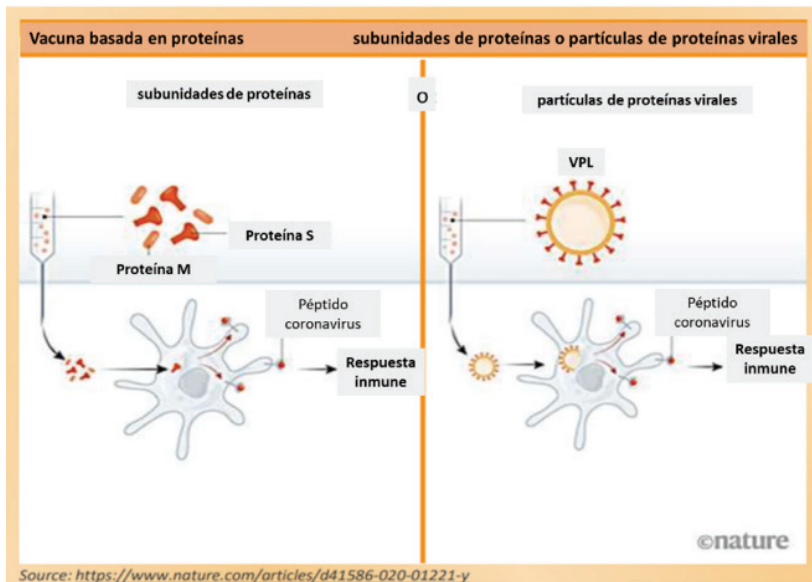


Figura 3. Adaptado de Callaway E. The race for coronavirus vaccines: a graphical guide. Nature 2020;580:576-577 doi: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01221-y>

TIPO	Estrategia	Sponsor- país	Medio, Dosis, Eficacia	Diseño y desarrollo	Producción	Estudio de confirmación
Subunidad proteica	AUTORIZADA Protein vaccine "NVX-CoV2373" Namopartícula de glicoproteína recombinante de SARS CoV-2 en Matrix M adyuvante	Novavax EE. UU.	Intramuscular, 2 dosis (separadas por 3 semanas) 96%, 86% B.1.1.7, 49% B.1.351		S19 células de insecto	Pseudovirus en células HEK293
	AUTORIZADA Protein vaccine Recombinant RBD dimer plus adjuvant	Anhui Zhifei Longcom Biopharmaceutical/Institute of Microbiology, Chinese Academy of Sciences	Intramuscular, 2-3 dosis (separadas por 4 semanas)	células HEK293T	Células Hamster CHO	Pseudovirus en células HEK293T
	Protein vaccine "SCB-2019" plus adjuvant CpG 1018	Clover Biopharmaceuticals, Inc. China	Intramuscular, 2 dosis (separadas por 3 semanas)	vector; transfect CHO hamster cells	Células Hamster CHO	Pseudovirus en células HEK293 células de mono Vero
	COVAXX and United Biomedical. Protein vaccine "UB-612" S1-RBD-protein; Multitope Peptide-Based Vaccine (MVP)	COVAXX and United Biomedical EE.UU. Taiwan	Intramuscular, 2-3 dosis (separadas por 4 semanas)	CHO hamster cells	Células Hamster CHO	Anticuerpos bloqueadores de hACE2 en células HEK293
	APROBADA Protein vaccine "EpiVac-Corona" chemically synthesized peptide antigens of SARS -CoV -2, conjugated to a carrier protein adsorbed on an aluminum -containing Adjuvant	Federal Budgetary Research Institution State Research Center of Virology and Biotech "Vektor" Rusia	Intramuscular, 2 dosis (separadas por 3 semanas)		Antígenos de péptidos sintetizados químicamente	
	Protein vaccine "Finlay -FR -1" Receptor - Binding Domain (RBD) SARS - CoV -2 spike + adjuvant	Instituto Finlay de Vacunas Cuba	Intramuscular, 2 dosis (separadas por 4 semanas)			
	Recombinant Protein Perinatal human cells (term umbilical cord and placental)	John Paul II Medical Research Institute EE. UU.	PRE CLÍNICA	Perinatal human cells	Perinatal human cells	
	Protein vaccine "KBP -201" Plant -expressed RBD	Kentucky BioProcessing, Inc. (British American Tobacco) EE.UU.	Intramuscular, 2 dosis (separadas por 3 semanas)	Recombinant DNA sequence for RBD of SARS -CoV -2		
	Protein on Virus -Like Particle "CoVLP" Plant -expressed spike protein particle with adjuvant, CpG1018 or AS03	Medicago Canadá	Intramuscular, 2 dosis (separadas por 3 semanas)	Recombinant DNA sequence in Agrobacterium,	Plant expression of protein and VLP	Pseudovirus HEK293 cells
	Protein vaccine Baculovirus expression plus AS03	Sanofi and GSK Protein Sciences EE.UU. Francia	Intramuscular, 2 dosis (separadas por 3 semanas)		S19 células de insecto	

Tabla 2. Vacunas por subunidades de proteínas, péptido, o partículas similares a virus

6.1.4. Vacunas de ADN y ARN

Las vacunas de ADN y ARN portan el ARN mensajero (ARNm) o código de ADN para que la célula sintetice una versión de la proteína S de coronavirus. Por lo tanto, no se inyecta el virus completo, ni la proteína S, ni otras proteínas virales, sólo se introduce un segmento de ADN o el ARNm que codifica para la proteína S. En el caso de ADN el segmento sintetizado en forma artificial ingresa a las células por electroporación como plásmido, en el núcleo celular se transcribe a un ARNm que pasa al citoplasma para traducirse en proteína. Estas vacunas son seguras, y bien toleradas, son sencillas para su producción y permiten una rápida escalabilidad. Sin embargo, son poco inmunogénicas y requieren múltiples dosis y la adición de un adyuvante. Por el momento no hay evidencia de que el plásmido se inserte en el ADN del receptor.

Las vacunas de ARNm ingresan a las células cubiertas por complejo con nanopartículas lipídicas y utiliza en el citoplasma celular la maquinaria celular para sintetizar el antígeno de la proteína S del virus. Estas proteínas virales también se liberan de la célula y estimulan al sistema inmunológico que al reconocer estas proteínas como extrañas producen anticuerpos que reconocerán ese antígeno y evitarán la infección con el virus completo. Estas vacunas se reconocen como seguras, tienen facilidad para su producción y la escalabilidad. Sin embargo, son poco inmunogénicos y requieren múltiples dosis y la adición de un adyuvante, porque las nanopartículas son menos estables.

Estas vacunas de ARNm se sintetizan mediante transcripción in vitro, libres de moléculas microbianas, lo que les da mayor seguridad. Son económicas y rápidas de producir, y pueden requerir varias dosis. Esta es una nueva tecnología, que no se han utilizado aún en seres humanos, pero ha demostrado ser efectiva en animales. Estas vacunas requieren condiciones de muy baja temperatura para su almacenamiento.⁶⁹

69 Kleinman Z. How will we keep the Covid vaccine at a cold enough temperature? - BBC News. 8 de diciembre de 2020. <https://www.bbc.com/news/technology-54889084#:~:text=Pfizer%20has%20developed%20a%20special,days%2C%20if%20it%20remains%20unopened>. [Consulta 15 de abril de 2021].

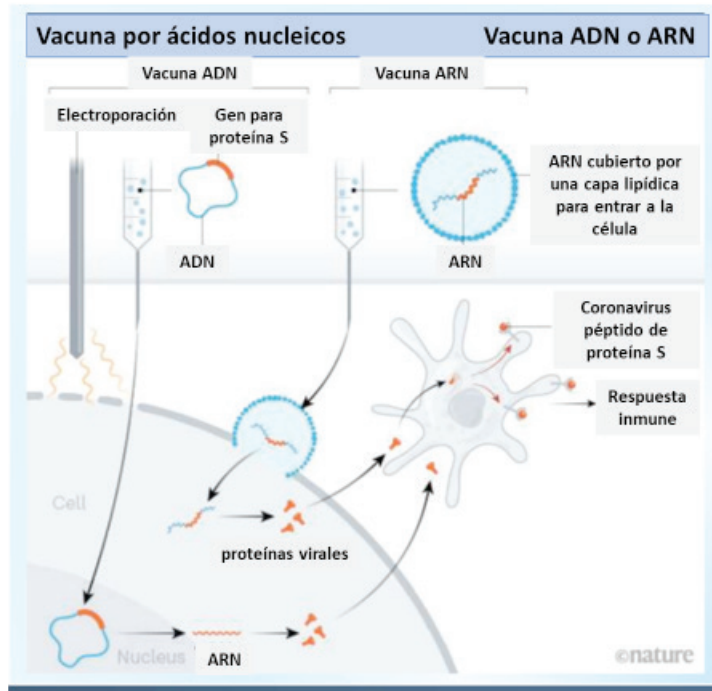


Figura 4. Adaptado de Callaway E. The race for coronavirus vaccines: a graphical guide. Nature 2020;580:576-577 doi: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01221-y>

TIPO	Estrategia	Sponsor- país	Medio, Dosis, Eficacia	Diseño y desarrollo	Producción	Estudio de confirmación
DNA	DNA plasmid vaccine + Adjuvant "AG0301-COVID19" "AG0302-COVID19" Vector plásmido sintetizado químicamente cultivado en E. Coli	Osaka University/ AnGes/ Takara Bio Japón	Inyección por presión Intramuscular, 2 dosis (separadas por 2 semanas) ?	Secuencia diseñada por computadora	Cultiva en E. coli	Neutralización del Virus en células Vero de mono E6
	DNA plasmid vaccine "Zy-Cov-D" Vector plásmido sintetizado químicamente cultivado en E. Coli	Cadila Healthcare Limited - India	Intradérmica, 3 dosis (separadas por 4 semanas)	Secuencia diseñada por computadora	Cultiva en E. coli	Neutralización del Virus en células Vero de mono E6
	DNA vaccine (GX-19) DNA sintetizado in vitro, en vector plásmido	Genexine Consortium Korea	Intramuscular y Electroporación, 2 dosis (separadas por 4 semanas)	Secuencia diseñada por computadora	Cultiva en E. coli	
	DNA plasmid vaccine con electroporación "INO -4800" DNA sintetizado in vitro, en vector plásmido	Inovio Pharmaceutical EE. UU.	Intradérmica 2 dosis (separadas por 4 semanas) ?	Secuencia diseñada por computadora	No cultiva en células humanas	Test de proteína y pseudovirus en células HEK293.
	DNA vaccine "ZyCov -D" Vector plásmido sintetizado químicamente cultivado en E. Coli	Zydus Cadila India	Intradérmica, 3 dosis (separadas por 4 semanas)	Secuencia diseñada por computadora	No cultiva en células humanas. E.Coli	Análisis de expresión en células de mono Vero
	DNA vaccine "bacTRL -spike" Bifidobacterium longum Genéticamente modificada	Symvivo Canadá	Oral, bifidobacterium longum se une al intestino, 1 dosis		No usa células.	

Tabla 3. Vacunas de ADN

TIPO	Estrategia	Sponsor- país	Medio, Dosis, Eficacia	Diseño y desarrollo	Producción	Estudio de confirmación
RNA	mRNA vaccine self-transcribing, replicating “LUNAR-CoV19” (“ARCT-021”) in vitro transcription reaction with T7 RNA polymerase from STARR plasmid template LUNAR proprietary lipid nanoparticle encapsulated	Acturus Therapeutics EE.UU.	Intramuscular, 1 dosis	Diseño de secuencia en computadora	No utiliza células	Células HEK293
	mRNA vaccine non-replicating “CVnCoV” in vitro transcription lipid nanoparticle encapsulated	Cure Vac Alemania	Intramuscular 1- 2 dosis (separadas por 4 semanas) ?	Diseño de secuencia en computadora	No utiliza células	Células HeLa
	APROBADA mRNA vaccine non-replicating “mRNA-1273” T7 RNA polymerase mediated transcription from DNA plasmid template LNP (lipid nanoparticle) encapsulated	Moderna, Inc. with National Institutes of Health EE.UU.	Intramuscular 2 dosis (separadas por 4 semanas) 94.5%	Diseño de secuencia en computadora	No utiliza células	Células HEK293
	APROBADA mRNA vaccine non-replicating “BNT162a1,b1,b2,b3,c2” nucleoside-modified mRNA in vitro transcribed by T7 polymerase from a plasmid DNA template LNP (lipid nanoparticle) encapsulated	Pfizer and BioNTech EE.UU. Alemania	Intramuscular 2 dosis (separadas por 3 semanas) 91.3%	Diseño de secuencia en computadora	No utiliza células	Células HEK293
RNA	mRNA vaccine “PTX-COVID19-B” Synthesized mRNA LNP (lipid nanoparticle) encapsulated	Providence Therapeutics Canada	Intramuscular 2 dosis (separadas por 4 semanas)		No usa células	
	DNA vaccine “GX -19” DNA synthesized in vitro, placed in plasmid vector	Genexine, Korea	Intramuscular electroporación 2 dosis (separadas por 4 semanas)	Diseño de secuencia en computadora	No utiliza células	
	DNA vaccine “INO -4800” DNA synthesized in vitro, placed in plasmid vector	Inovio Pharmaceuticals EE.UU.	Intradérmica electroporación 2 dosis (separadas por 4 semanas)	Diseño de secuencia en computadora	No utiliza células E. coli	Células HEK 293
	DNA vaccine “AG0301-COVID19” “AG0302 -COVID19” Chemically synthesized plasmid vector grown in E. coli	Osaka University, AnGes, Takara Bio	Intra muscular electroporación 2 dosis (separadas por 2 semanas)	Diseño de secuencia en computadora	No utiliza células E. coli	Células de mono Vero
	DNA vaccine “ZyCov-D” Chemically synthesized plasmid vector grown in E. coli	Zydus Cadila India	Intradérmica 3 dosis (separadas por 4 semanas) ?	Diseño de secuencia en computadora	No utiliza células E. coli	Células de mono Vero

Tabla 4. Vacunas de ARNm

6.1.5. Vacunas por vector viral

Al igual que las vacunas de ADN y ARN, las vacunas de vectores virales contienen instrucciones para producir un antígeno del virus. El gen de una proteína patógena del virus se inserta en un virus diferente denominado vector que puede infectar a la persona sin causar una enfermedad. Los vectores son habitualmente virus ya reconocidos por el organismo, como el adenovirus que pueden producir un resfriado común, por ello, la exposición previa al virus vector puede reducir la inmunogenicidad. Estas vacunas generan una buena respuesta inmunológica porque imitan la infección natural. Es complicado el proceso de producción, tienen un riesgo de integración genética bajo, aunque se pueden desarrollar y producir rápidamente. Ya han sido utilizadas en ensayos clínicos para MERS-CoV con buenos resultados y otras infecciones (Ej. Ébola).

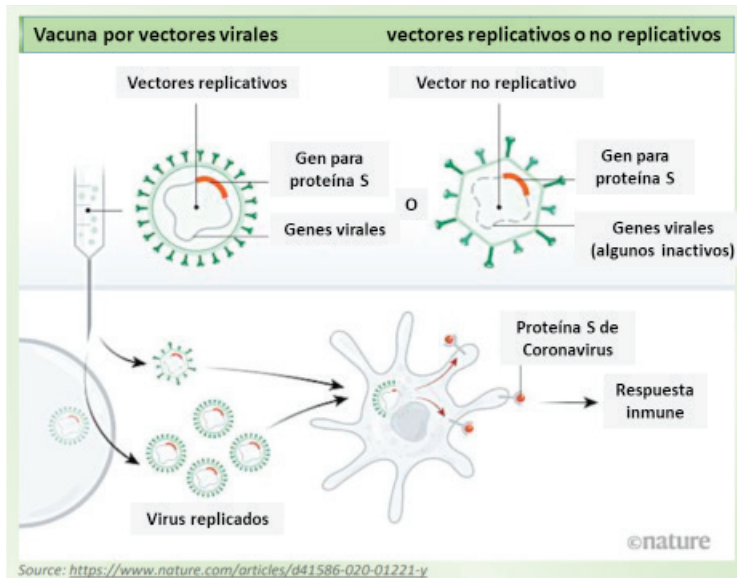


Figura 5. Adaptado de Callaway E. The race for coronavirus vaccines: a graphical guide. Nature 2020;580:576-577 doi: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01221-y>

TIPO	Estrategia	Sponsor- país	Medio, Dosis, Eficacia	Diseño y desarrollo	Producción	Estudio de confirmación
VIRAL VECTOR	Replication-deficient Adenovirus vector "AdCOVID"	Altimmune EE.UU.	Intranasal 1.2 dosis	PER.C6 cells	PER.C6 cells	
	AUTORIZADA Replication-deficient Adenovirus vector "AZD1222" "ChAdOx1nCoV-19"	AstraZeneca University of Oxford EE.UU. Reino Unido	Intramuscular, 2 dosis (separadas por 4 semanas) 79%	Células HEK293	Células HEK293	Células HEK293
	APROBADA Replication-deficient Adenovirus vector "Ad5-nCoV"	CanSino Biologics, Inc. Beijing Inst. Biotechnology, Academy of Milit Med Sc, PLA of China	Intramuscular, 1 dosis 65.28%	Células HEK293	Células HEK293	Células HEK293
	AUTORIZADA Replication-deficient Adenovirus vectors (rAd26-S+rAd5-S) "Sputnik V"	Gamaleya Research Institute Rusia	Intramuscular, 2 dosis (separadas por 3 semanas) 91.6%	Células HEK293	Células HEK293	Células HEK293
	Replication-deficient Adenovirus vector recombinant "hAd5 S-Fusion + NETSD"	ImmunityBio and NantKwest EE.UU.	Subcutánea	Células HEK293	Células HEK293	Células HEK293
	Replication-competent recombinant measles virus "V591"	Institut Pasteur and Themis and Merck EE.UU. Francia	Intramuscular 1- 2 dosis (separadas por 4 semanas)	Células HEK293	Células de mono Vero	Células HEK293
	AUTORIZADA Replication-competent recombinant vesicular stomatitis virus (VSVΔG) "IIBR-100"	Israel Institute for Biological Research (IIBR)	Intramuscular 1 dosis	Células de hamster BHK y de mono Vero	Células de mono Vero	Células de mono Vero
	AUTORIZADA Replication-deficient Adenovirus vector "Ad26.COVS-2"	Janssen Research & Development, Inc. Johnson & Johnson EE.UU.	Intramuscular 1- 2 dosis (separadas por 8 semanas) 72% USA, 64% Sudáfrica, 61% Latino América	PER.C6 cells	PER.C6 cells	PER.C6 cells
	Replication-deficient Adenovirus vector "VXA-CoV2-1" plus dsRNA adjuvant	Vaxart EE.UU.	Oral	HEK293 cells	HEK293 cells	

Tabla 5. Vacunas por vectores virales

Cualquiera sea la estrategia por la cual se desarrollan las vacunas para que sean aprobadas es necesario demostrar que son seguras y efectivas para las personas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), al 17 de septiembre de 2020, 36 vacunas candidatas estaban en evaluación clínica para tratar COVID-19 y 146 candidatas a vacunas estaban en evaluación preclínica.

7. PRECAUCIONES PARA CONSIDERAR EN LAS VACUNAS EN DESARROLLO:

1. Fases de investigación, aprobación y comercialización: Dada la urgencia para la obtención de una vacuna, se ha acordado superponer algunas fases de investigación y generar estrategias para una revisión y aprobación regulatoria rápida, que facilite la fabricación, distribución y control de calidad de la vacuna. Será muy importante el seguimiento a largo plazo de las vacunas que se aprueben ya que no tendremos datos de a largo plazo de la inmunidad que induzcan, ni de efectos adversos poco frecuentes. Por ello, es muy importante poder realizar un análisis riesgo beneficio de la utilización de estas vacunas en la situación actual de pandemia y en el futuro cuando la misma pueda ser controlada. Durante una pandemia, es aceptable que estos estudios secuenciales pueden acortarse y superponerse parcialmente, pero es importante que se realice un seguimiento de miles de personas vacunadas durante varios meses antes de que se apruebe la vacuna de uso general. Existe además una complejidad operativa en el desarrollo de esta fase, que está vinculada con las ondulaciones de la pandemia. La eficacia se puede determinar más efectivamente si hay una coincidencia entre la ubicación de los participantes vacunados y los puntos calientes de la pandemia. Es importante, entonces considerar una selección cuidadosa de las finalidades del ensayo clínico y los diseños de los estudios estadísticos que permitirán definir con más certeza el tamaño de la muestra para que las conclusiones puedan estar adecuadamente validadas. Sin duda, con el tiempo tendremos un conocimiento más completo del virus, de su interacción con el organismo, de nuestra respuesta inmune post-infección y post-vacuna. Por ello quizá en los próximos años se tomen decisiones y se definan estrategias diferentes a las actuales.

2. Población estudiada: la mayoría de los ensayos clínicos actuales de la vacuna COVID-19 se realizan inicialmente en adultos sanos de 55 años o menos. Sólo algunos ensayos en etapas posteriores incluyen personas mayores o niños pequeños. Es esencial obtener una validación cautelosa de la seguridad y eficacia en la población en mayor situación de vulnerabilidad y mayor chace de contagio con altas cargas virales: como los mayores de 60 años, particularmente aquellos

con condiciones comórbidas crónicas, o trabajadores de atención médica de primera línea y otros trabajadores esenciales. Aún no hay ensayos clínicos en los que participen mujeres embarazadas, será una población que deberá ser estudiada más adelante, considerarlo que no deben quedar fuera de los procesos de aprobación de vacunas, como para personas mayores, tanto a corto como a largo plazo. Es probable que se requiera una estrategia de vacuna diferente con perfiles de seguridad y eficacia comprobados para la protección de las personas según sus circunstancias.

3. Las vacunas con virus vivos atenuados o con vectores virales, pueden requerir estrategias de inmunización de refuerzo, por lo que los eventos adversos son generalmente más frecuentes e intensos después de la primera vacunación.

4. Ciertos adyuvantes que requieren algunas vacunas para estimular el sistema inmune puede generar efectos adversos que deben diferenciarse de los efectos de la vacuna en sí misma.

5. Las vacunas a ADN o RNAm son relativamente nuevas, no se ha demostrado que estos ácidos nucleicos se integren al genoma humano, pero requieren seguimiento a corto, mediano y largo plazo.

6. Algunas vacunas requieren ciertas condiciones especiales para el transporte y almacenamiento, que aseguren la cadena de conservación (por ejemplo, deben permanecerá muy abajas temperaturas). También pueden requerir personal entrenado para su aplicación. Estas condiciones no siempre se pueden garantizar en regiones con bajos recursos.

7. Muchas de estas vacunas se diseñan, producen o confirman en las denominadas células HEK293. Esta línea celular derivada de células renales fetales humanas cultivadas en cultivo de tejidos. La línea fue cultivada por el científico Alex Van der Eb a principios de la década de 1970 en su laboratorio de la Universidad de Leiden, Holanda. La fuente de las células fue un feto abortado sano probablemente en forma deliberada de paternidad desconocida. Esta línea se inició mediante la transformación y cultivo de células HEK normales con ADN de adenovirus 5. La transformación dio como resultado la incorporación de aproximadamente 4,5 kilobases del genoma viral en el cromosoma 19 humano de las células HEK. Estas vacunas no portan células del feto abortado, sino que son producidas en células derivadas de estos tejidos. La forma en la que se obtienen estas células a partir del aborto provocado de un niño en gestación representa un dilema ético hace objetable moralmente el uso de estas células. La objeción surge porque existiría una cooperación material con la acción moralmente ilícita del aborto provocado. Es cooperación material remota por parte de los científicos porque no se compar-

te la intención del aborto ni se ha participado del mismo, pero, sí se utilizan las células obtenidas del niño en gestación abortado; al igual que para aquellos que aprueban o proponen comercializar estas vacunas en la población. La mirada es diferente para las personas, ya sea profesionales o pacientes que aceptan recibir estas vacunas, ya que si no existe otra alternativa aceptable; es indispensable y urgente la utilización de la vacuna para evitar una enfermedad real y severa; como uso temporario hasta que exista una opción éticamente lícita; pueden utilizarse expresando el desacuerdo de la ilicitud de su origen y proponiendo la búsqueda de otras opciones que no tengan controversias.

8. Planeamiento del programa de vacunación: todavía no hay claridad respecto a quienes, dónde y qué vacunas se administrarán, de la misma manera, aún no se ha definido cómo se administrará el presupuesto para esta operación. Si es necesario crear centros de inmunización, entrenar al personal que las administre, llevar un registro único de personas vacunadas, del seguimiento de las personas, de las denuncias de reacciones adversas, de la efectividad de las vacunas.

9. Producción, logística y trazabilidad: algunas vacunas como las vacunas a ARNm (Pfizer) deben almacenarse y transportarse a aproximadamente -80° C. El desafío de mantener la trazabilidad del control de temperatura de grandes volúmenes de dosis de vacuna durante todo el proceso de transporte y almacenamiento, particularmente en un país con baja infraestructura, requiere de una gran inversión. Especialmente si la vacuna debe viajar refrigerada en transporte aéreo, existen limitaciones específicas para el embalaje con hielo seco (que libera dióxido de carbono, generando toxicidad en grandes empaques). El transporte marítimo podría ser una opción, considerando el mayor que tiempo que requiere.

8. CONCLUSIÓN

Dado que la pandemia COVID-19 ha provocado una crisis profunda global a nivel sanitario, social y económico, que ha evidenciado en forma dolorosa ciertos determinantes políticos, socioculturales y comerciales respecto del cuidado de la salud, particularmente de las personas en situación de vulnerabilidad.⁷⁰ Esta crisis mundial ha instado a las universidades, industria farmacéutica, institutos de investigación a trabajar de forma rápida y colaborativa a nivel nacional e inter-

70 Badiani AA, Patel JA, Ziolkowski K, Nielsen FBH. Pfizer: The miracle vaccine for COVID-19? *Public Health in Practice*. 2020;1:100061. doi:10.1016/j.puhip.2020.100061

nacional para el desarrollo de vacunas contra el virus SARS-CoV-2. Sin embargo, aún se aprueben las vacunas, cuando se establezca que son seguras y efectivas, no significa que la pandemia terminará definitivamente. Existen muchos obstáculos relacionados con el acceso, la distribución y ciertas características del almacenamiento de las vacunas que no se encuentran comúnmente en clínicas y hospitales rurales, sobre todo en los países que no produzcan las vacunas. Si bien es claro que cuanto antes tengamos una vacuna, segura y efectiva, más rápido será el control de esta pandemia y evitará la enfermedad y muerte de más personas. Pero es necesario un esfuerzo conjunto de los países con el intento de que exista una colaboración entre países de altos y bajos ingresos para lograr un proceso coordinado, rápido y eficiente, que facilite un acceso transparente y equitativo a las vacunas COVID-19 en todo el mundo. Sin duda, es necesario aprender de esta dramática circunstancia global, porque es evidente que debido a la superpoblación mundial y al rápido y extenso traslado de la población a nivel global, está no es la última pandemia que la humanidad deberá enfrentar. Pero el reconocer los errores cometidos antes y durante la pandemia en el cuidado de la salud de las personas, la debilidad y desorganizada gobernanza de los sistemas de salud, la gran cantidad de personas que viven en situación de vulnerabilidad, nos permitirán prepararnos para tener un modelo de respuesta rápida a nivel mundial para la próxima pandemia.⁷¹

71 Izda V, Jeffries MA, Sawalha AH. COVID-19: A review of therapeutic strategies and vaccine candidates. *Clin Immunol*. 2021; 222:108634. doi:10.1016/j.clim.2020.108634

EODONTOLOGÍA CENTRADA EN LAS PERSONAS

Fecha de recepción: 02/02/2021

Fecha de aceptación: 21/02/2021

Mg. Od. Roxana Elena Stasiow

Contacto: roxanastasiow@uca.edu.ar

- Docente – Instituto de Bioética (UCA)

Palabras clave

- eSalud
- eOdontología
- eOdontología
Centrada en las
Personas

Key words

- eHealth
- eDentistry
- people-centered
eDentistry

RESUMEN

La <<Odontología Centrada en las Personas>>, al respetar el valor trascendente y la singular dignidad de cada ser humano y aprehender los valores de la bioética personalista, ontológicamente fundada, de derivación aristotélica e inspiración tomista, constituye la opción prudente para, por una parte, establecer a través de la teleasistencia odontológica -atención odontológica mediante tecnologías de la información y la comunicación (TIC)-, un justo y sinérgico equilibrio con la odontología que debe brindarse indefectiblemente en los consultorios odontológicos; y, por otra, actualizar los objetos y fines propios de la salud bucal en favor de la salud y la vida de todas las personas mediante una combinación de experiencias de educación para la salud en base a vínculos virtuosos de confianza.

ABSTRACT

By respecting the transcendent value and the unique dignity of each human being and by embracing the values of personalist bioethics, ontologically founded, of Aristotelian derivation and Thomistic inspiration, the <<Person-Centered Dentistry>> constitutes the prudent option to, on the one hand, establish through dental teleassistance -dental care through information and communication technologies (ICT) - a fair and synergic balance with the dentistry that must be provided in dental offices; and, on the other hand, to update the objects and purposes of oral health in favor of the health and life of all people through a combination of health education experiences based on virtuous bonds of trust.

INTRODUCCIÓN

Mientras que la odontología es la rama de las ciencias médicas que se ocupa de la salud bucodental. La eOdontología es la aplicación de la eSalud que permite incorporar a la prestación de los servicios odontológicos nuevas estrategias de gestión, administración, cuidado, asistencia y atención a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Como estrategia de atención odontológica, la eOdontología puede optimizarse según los criterios de seguridad y mejora continua pero también puede aspirar a perfeccionarse. Si la eOdontología: *a)* respeta el valor trascendente y la singular dignidad de cada persona humana, *b)* guía sus acciones según los primeros principios éticos universales, *c)* se mantiene atenta al justo marco legal vigente y *d)* favorece los vínculos virtuosos de confianza entre quienes necesitan cuidado, asistencia y atención odontológicos y quienes los brindan a través de la combinación de experiencias de educación para la salud; entonces, la eOdontología no sólo se perfecciona sino que se revela como <<eOdontología Centrada en las Personas>>.

Ya como <<eOdontología Centrada en las Personas>>, su finalidad es poner las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) al verdadero servicio de los pacientes, de quienes los cuidan, de los profesionales que integran los servicios de atención odontológica y de la comunidad en general a través del empleo prudente de las aplicaciones y redes de teleasistencia odontológica para que, mediante encuentros sincrónicos o asincrónicos plenos de respeto y humanidad, los objetos y fines propios de la salud bucal se actualicen en favor de la salud y de la vida de las personas y comunidades de manera integral, proporcionada y ordinaria según los valores de la bioética personalista, ontológicamente fundada, de derivación aristotélica e inspiración tomista.

METODOLOGÍA

Partiendo de una primera e intuitiva apreciación y aplicando el método inductivo a la investigación en servicios de salud se recurrió a distintos documentos con el objeto de recabar datos que permitan validar o refutar que *la <<eOdontología Centrada en las Personas>> es la opción prudente para actualizar los objetos y fines propios de la salud bucal en favor de la vida y la salud de las personas a través de la teleasistencia odontológica contribuyendo así a lograr un sistema de atención odontológica más equitativo y accesible para todos.*

RESULTADOS

Sin dudas, la "(...) pandemia de Covid-19 (...) dejó al descubierto nuestras falsas seguridades. (...) Si alguien cree que sólo se trataba de hacer funcionar mejor lo que ya hacíamos, o que el único mensaje es que debemos mejorar los sistemas y reglas ya existentes, está negando la realidad". (1) (Fratelli tutti, 7).

De nada sirve reorientar la praxis de las ciencias médicas en base a nuevas modalidades o tecnologías, si el marco conceptual que las rige continúa sustentándose en conceptos que pretenden interpretar la realidad del ser humano en base a reproducciones simbólicas de su condición anatomofisiopatológica y recreaciones reduccionistas de su persona porque, en "(...) una sociedad compleja, fuertemente influenciada por las dinámicas de la productividad y por las exigencias de la economía, las personas frágiles y las familias más pobres [seguirán corriendo] el riesgo de no ser capaces de afrontar los momentos (...) de enfermedad. (...) (2)".

Es cierto que la "(...) eSalud está modificando el concepto de prestación sanitaria vigente (...).

[Y teniendo en cuenta que, la] Organización Mundial de la Salud define la eSalud como la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para la salud (...) (3), se podría caracterizar a la eOdontología como las múltiples aplicaciones de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) destinadas a mejorar los distintos aspectos de la atención odontológica dentro del marco más genérico de la eSalud.

Es cierto también que, como parte de la eSalud, la eOdontología puede integrar las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) disponibles y mejorar los sistemas de atención odontológica mediante diferentes estrategias de seguridad y calidad y aplicarlas a la gestión, a la formulación de políticas, a la optimización de costos, beneficios y riesgos, a la administración de datos y macrodatos (Big Data) y a la investigación. Ahora, si estos objetivos sólo se sustentan en paradigmas subjetivos, la eOdontología, aunque lograra generar impactos positivos, no dejaría de ser una herramienta más o menos eficaz de administración, gestión o, incluso, de atención. En cambio, si la eOdontología respeta el bien como valor objetivo y adhiere a los principios de la bioética personalista, ontológicamente fundada, de derivación aristotélica e inspiración tomista, no sólo se perfecciona sino que también, se transforma y revela como una verdadera <<eOdontología Centrada en las Personas>>.

Así, y por jerarquizar debidamente: a) el valor trascendente y la singular dignidad de cada ser humano, b) los primeros principios práctico morales y c) el justo

marco legal vigente, la <<eOdontología Centrada en las Personas>> puede constituirse, con base en razones objetiva y racionalmente fundadas, en una opción prudente que permite, no sólo, actualizar los objetos y fines propios de la salud bucal en favor de la vida de las personas a través de la teleasistencia odontológica -o atención odontológica a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)-; sino también, volver praxis concreta el primer principio práctico moral "*Hacer el bien y evitar el mal*" mediante la aplicación de una combinación de experiencias de educación para la salud en todos los niveles de atención.

También, como modalidad de atención que se concreta a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), la <<eOdontología Centrada en las Personas>> es capaz de: *a)* hacer que la atención odontológica sea, además de integral, proporcionada, ordinaria y accesible a todo paciente y comunidad y *b)* establecer un justo equilibrio sinérgico entre la práctica odontológica en consultorio y la teleasistencia odontológica en base al empleo prudente de las diferentes herramientas informáticas y las diversas aplicaciones electrónicas, digitales o virtuales disponibles.

Hablar de <<eOdontología Centrada en las Personas>> es hablar de personas cuidando, asistiendo o atendiendo personas o comunidades a través de consultas sincrónicas o asincrónicas en una teleasistencia odontológica plena de respeto y humanidad. Es hablar de un compromiso de cuidado compartido que se realiza y asume a través de la teleasistencia odontológica. Es hablar de redes de teleasistencia odontológicas al servicio prudente y dinámico de los pacientes, de quienes los cuidan, de los profesionales y demás miembros del equipo de atención odontológica y de la comunidad en general sin por ello "(...) hacer caso omiso de la libertad-responsabilidad del individuo, de la persona del paciente en su totalidad, como tampoco del conjunto de la comunidad humana y del ambiente social." (4)

Ahora, para equilibrar prudentemente la práctica odontológica en consultorio con la teleasistencia odontológica y dar lugar a los compromisos de cuidado compartido en el marco de la <<eOdontología Centrada en las Personas>> es necesario establecer entre las personas un vínculo virtuoso de confianza capaz de "(...) facilitar (...) experiencias de aprendizaje complementarias que mejoren la salud del individuo o de la colectividad (...) " (5) a través, en el caso puntual que nos ocupa, del elemento salud oral de la salud. Porque, la salud bucodental:

"- Es un componente fundamental de la salud y el bienestar físico y mental. Ella se inserta en un continuo influido por los valores y actitudes de los individuos y comunidades;

- Refleja los atributos fisiológicos, sociales y psicológicos esenciales para la calidad de vida;

- Está influida por las experiencias, percepciones y expectativas cambiantes del individuo, así como por su capacidad de adaptarse a las circunstancias. (6)"

De este modo, en la <<eOdontología Centrada en las Personas>>, las redes de teleasistencia odontológica pueden -a través de distintas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y de diferentes aplicaciones y dispositivos- facilitar la adaptación voluntaria a las múltiples circunstancias de salud o enfermedad que a lo largo de la vida se suceden en el sistema estomatognático sin olvidar que éste es una parte importante de la totalidad integrada de estructuras y funciones que constituyen la corporeidad de cada persona humana.

Con base en la educación para la salud bucal y en el justo equilibrio sinérgico entre las prestaciones odontológicas presenciales y las prácticas de teleasistencia odontológica, la <<eOdontología Centrada en las Personas>> puede establecer los necesarios *vínculos virtuosos de confianza entre quienes necesitan cuidados odontológicos y quienes los brindan* adaptándose a las particulares circunstancias de vida y de salud que cada una de esas personas vivencian. Ahora bien, para que estos vínculos acontezcan en las redes y aplicaciones de la teleasistencia odontológica, se requiere algo más que dispositivos tecnológicos. Se necesita un equipo de profesionales especializados¹ no sólo en ciencias de la salud sino también en ciencias de la conducta, ciencias de la educación, ciencias de la comunicación y ciencias de la información; y que, además, sean capaces de: *a)* acompañar a las personas brindándoles el apoyo y el consejo esencial, *b)* entender el consentimiento informado"(...) como proceso educativo a lo largo de la relación y no como un hecho puntual para cumplir con una norma legal (...)" (7) y *c)* resguardar debidamente la sensibilidad de los datos que se les confían a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Así entendida, la <<eOdontología Centrada en las Personas>> hace de la teleasistencia odontológica algo más que una estrategia de atención y la convierte en una modalidad asistencial donde, a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), unas personas cuidan, asisten y atienden a otras personas que necesitan ser cuidadas, asistidas y atendidas estableciendo un vínculo verdaderamente humano que no sólo se sustenta en la confianza y en la confidenciali-

1 La teleasistencia odontológica como práctica odontológica debe ser remunerada sea cual sea el subsector del sistema de salud en el cual se desempeñen los profesionales especializados en ella.

dad sino que, al mismo tiempo, evita que cualquiera de las partes ejerza sobre la otra algún tipo de coerción o presión indebida.

Por otra parte, es importante mencionar que la <<eOdontología Centrada en las Personas>> siempre debe contemplar y reconocer que, aún a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), "(...) la experiencia de enfermarse genera, en muchos casos, cierta vergüenza, cierto sentimiento de no merecer el cuidado que se ofrece, lo cual puede obstaculizar la prestación del servicio (...) [y que] (...) la persona, por no sentirse dependiente, se inclina a no buscar el cuidado necesario y dispensado a tiempo". (7) Por esto, y para no quedar reducida a simple y despersonalizada eOdontología, la <<eOdontología Centrada en las Personas>> debe buscar establecer, a través de la teleasistencia odontológica, conexiones o vínculos que, además de ser personales, interactivos, dialogantes, comprometidos y dinámicos, estén ejercidos con responsabilidad, discernimiento y sensibilidad.

Comprender la complejidad del enfermar, apreciar las dificultades de integrar los cuidados entre los distintos niveles de atención y advertir los reparos que pueden surgir a lo largo del tratamiento y de las interacciones a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), debe llevar a cada integrante del equipo de <<eOdontología Centrada en las Personas>> a ser siempre personalmente considerado y a preguntarse en cada actividad o acto de teleasistencia odontológica: "¿Cómo ha de configurarse la relación (...) [de confianza] para que ésta esté integrada al fin terapéutico y educativo, y sea congruente con el bienestar total del paciente en cuanto persona? ¿Cómo ha de ser la interacción entre profesionales para así lograr una colaboración de respeto mutuo orientada al fin común, vale decir, al bienestar del paciente, pero simultáneamente tomando en cuenta las necesidades justas de la comunidad (...) [asistencial] y de la población en general? ¿Cómo mediar en un conflicto entre bienestar del paciente individual y justicia ante el uso eficiente de recursos escasos en el cuidado en salud? ¿Cómo (...) [educarse] según la ética que exige enfocar el bienestar de su paciente individual en una época de aseguradoras y planes colectivos del cuidado en salud motivados por el control de costos y el mantenimiento de una calidad de cuidado óptima para todos? (7)"

Las personas que integran el equipo de <<eOdontología Centrada en las Personas>>, además de dar respuesta a las preguntas antes enumeradas, deben ser capaces también, a través de la teleasistencia odontológica, de constituir una "(...) red humana de interacción (...) [y de] encuentros de comunicación (...) [sin ignorar que esta red dependerá, indiscutiblemente,] de la disposición de cada persona (...)"

(7) y de las múltiples alternativas de contacto que se empleen prudentemente para evitar que el encuentro virtual, digital o electrónico no "(...) quede empañado por prejuicios o estados de ánimo negativos (...) (7)"

Sin dudas, en las instancias virtuales, digitales o electrónicas (igual que en la atención presencial), el paciente y/o sus cuidadores o apoyos merecen una escucha atenta y la deferencia del "(...) cuidado primario [que] aspira a la continuidad, la amplitud y la coordinación de todos los elementos que puedan contribuir (...) [a su] bienestar total (...). [Este cuidado primario presupone] una visión biopsicosocial tanto de la enfermedad como de la salud, es decir que se compromete a atender al paciente en su contexto comunitario y en virtud de su red de relaciones. [Este cuidado primario reconoce también, que se trata de] (...) un fluir de información que (...) busca interpretar con criterio objetivo (...) (7)" lo que le acontece al paciente para que este sienta "(...) que es cuidado (...) [y que] se lo asiste (...) [integrando] sanamente las dimensiones vitales que su enfermedad probablemente haya alterado (...) (7) incluso, cuando este cuidado primario se esté brindando mediante aplicaciones y tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en base a combinaciones de experiencias de educación para la salud bucal.

Más allá de esto, es necesario destacar también, que el cuidado primario a través de la teleasistencia odontológica no es un simple "(...) gesto de humanitarismo y compasión en la práctica (...), sino que resulta (...) [ser una] práctica competente y eficaz, según (...) [la propia] razón de ser [de la <<Odontología Centrada en las Personas>>] a la hora de (...), cuidar y sanar (...) [y que, al igual que en la atención odontológica en consultorio, busca motivar] (...) en el paciente el seguimiento confiado de la propuesta clínica. (...)

Discernir, [para la <<Odontología Centrada en las Personas>>] es un proceso intuitivo orientado a captar [en cada acto de teleasistencia odontológica,] la totalidad individual (...) para comprender la vivencia del sujeto que sufre la enfermedad. Más que (...) conocimientos, (...) [los profesionales del equipo de <<Odontología Centrada en las Personas>> deben adquirir y cultivar] un don semejante a la sabiduría práctica que (...) [les facilite] reconocer el misterio en la persona (...) (7)" aún a través de las aplicaciones y dispositivos tecnológicos. Porque, desde la perspectiva de la <<Odontología Centrada en las Personas>> no alcanza con contar con conocimiento científico y destrezas técnicas, sino que es necesaria una "(...) disposición y actitud que (...) permita [-además-] comprender con mayor facilidad el sufrimiento, la vivencia de necesidad, dependencia y vulnerabilidad del paciente visto como persona.

En efecto, el paciente [tanto en la consulta presencial como en la consulta virtual, digital o electrónica] anhela y busca ser reconocido en su experiencia individual (...). (...) [En ambas consultas se] necesita el diálogo personalizado, la conversación en la cual se incluya la historia individual y la proyección futura del paciente (...): (7) Y cuando esto se dificulte en la consulta presencial, como por ejemplo en los consultorios odontológicos en tiempos de Pandemia por SARS-CoV-2, conociendo incluso que algunos pacientes prefieran evitar las modalidades virtuales, digitales o electrónicas (por temer que sus decisiones sean indebidamente influidas por la tecnología), la teleasistencia odontológica con fundamento en la <<eOdontología Centrada en las Personas>> puede convertirse en la estrategia capaz de facilitar el "(...) intercambio negociado o cuidado compartido (...) [en] comunicación mutua y [dejando de ser] sólo [, y únicamente, una mera] intervención técnica (...)". (7)

El desafío de la <<eOdontología Centrada en las Personas>> es entonces: realzar "(...) la realidad del encuentro en sí (...) [aunque este se establezca a través de tecnologías de la información o la comunicación (TIC)], de modo que (...) [siempre se] destaque la interacción como diálogo o deliberación compartida en la cual (...) [todos] aprendan (...) del otro y reconozcan que la verdad se capta precisamente en ese proceso de respeto mutuo y complementariedad (...)". (7) y es por esto, que la teleasistencia odontológica desde la visión de la <<eOdontología Centrada en las Personas>>, debe estar basada en "(...) una concepción de (...) persona fundada en la relación intersubjetiva (...) [y] en la apertura y disponibilidad esenciales para con las otras personas (...)". (7)

La <<eOdontología Centrada en las Personas>>, como relación intersubjetiva, en apertura y disponibilidad para con las otras personas, existe en la esencia y naturaleza de las personas que la vuelven praxis. Personas que cuidan, asisten y atienden a personas en cada acto de teleasistencia odontológica. Personas que guardan especial consideración por los valores de cada paciente y de cada profesional que ejerce la práctica de la odontología en consultorio. Personas que, con dedicación profesional, se comunican con ellos. Personas que a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) interactúan con pacientes y profesionales para, junto a ellos, alcanzar la alternativa prudente en cada instancia del proceso de salud-enfermedad-salud.

Porque, en definitiva, es "(...) la confianza mutua [que se genera en la teleasistencia odontológica la que le] otorga a la (...) [<<eOdontología Centrada en las Personas>>] un matiz de virtud (...) que (...) [en base a] los distintos sentidos del bien (...) (bien clínico, bien de preferencia, bien inherente al ser persona en sí

mismo y en su finalidad trascendental), y en diálogo [con los verdaderos protagonistas de los cuidados] (...) delibera sobre la mejor opción en (...) [el] contexto personalizado (...)” (7) de la combinación de experiencias de educación para la salud que se concreta en la atención odontológica integral, ordinaria y proporcionada cuando esta se sustenta en los valores de la bioética personalista, ontológicamente fundada, de derivación aristotélica e inspiración tomista.

CONCLUSIÓN

En el contexto de la eSalud, la eOdontología es la modalidad que permite incorporar a la prestación de servicios odontológicos nuevas estrategias de gestión, administración y atención a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Sin embargo, al considerar que la singular dignidad y trascendencia de cada persona humana son los valores que merecen absoluto respeto, la eOdontología se perfecciona para, a través de la teleasistencia odontológica, constituirse en una verdadera alternativa de cuidados, asistencia y atención capaz de integrarse sinérgicamente con las otras modalidades que se ocupan de la salud bucal y revelarse como <<eOdontología Centrada en las Personas>>.

Además, al aplicar los principios de la bioética personalista, ontológicamente fundada, de derivación aristotélica e inspiración tomista a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), la <<eOdontología Centrada en las Personas>> vuelve a la teleasistencia odontológica una alternativa idónea para, estableciendo un justo equilibrio con la práctica de la odontología que se desarrolla en los consultorios, brindar una atención odontológica integral, ordinaria y proporcionada adecuada a cada persona y en todos los niveles de atención.

Respetuosa de la persona humana y su dignidad, la <<eOdontología Centrada en las Personas>> transforma la teleasistencia odontológica en una estrategia o prestación que, a través de vínculos virtuosos de confianza plenos de respeto y humanidad, es capaz de cuidar, asistir y atender a todas las personas mediante las aplicaciones y dispositivos tecnológicos disponibles.

Al aprehender y hacer praxis los valores de la bioética personalista, ontológicamente fundada, de derivación aristotélica e inspiración tomista, la <<eOdontología Centrada en las Personas>> permite alcanzar, a través de la teleasistencia odontológica, un justo y sinérgico equilibrio entre la odontología que debe brindarse indefectiblemente en los consultorios odontológicos y la atención odonto-

lógica que acontece a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Así, la <<eOdontología Centrada en las Personas>> se convierte en una real opción prudente capaz de actualizar los objetos y fines propios de la salud bucal en favor de la vida y la salud de todas las personas a través de la combinación de experiencias de educación para la salud que se concretan mediante la teleasistencia odontológica para, contribuir así, a procurar un sistema de atención odontológica más equitativo y accesible para todos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Francisco, Carta enc. *Fratelli tutti* (03 octubre 2020), 7: Vatican.va, 2020. [Fecha de consulta: 10 enero 2021]. Disponible en: [Fratelli tutti \(3 de octubre de 2020\) | Francisco \(vatican.va\)](#)

² Benedicto XVI, Discurso a los participantes en la XIV Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida (25 febrero 2008). Vatican.va, 2008. [Fecha de consulta: 10 enero 2021]. Disponible en: [A los participantes en el Congreso sobre el tema "Junto al enfermo incurable y al moribundo: orientaciones éticas y operativas", organizado por la Pontificia Academia para la Vida con motivo de su XIV Asamblea general \(25 de febrero de 2008\) | Benedicto XVI \(vatican.va\)](#)

³ Organización Mundial de la Salud y Unión Internacional de Telecomunicaciones. Conjunto de herramientas para una estrategia de eSalud nacional. Ginebra: Biblioteca de la OMS; 2012. p.1

⁴ Sgreccia E. Manual de bioética. I: Fundamentos y ética biomédica. 1.ª ed. (rústica) – cuarta impresión. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2018. p.131

⁵ Rochon A. Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto. 1.ª ed. 2.ª reimp. Barcelona: Masson, S.A.; 1996. p.1

⁶ Definición de la salud bucal de la IED [Internet]. FDI World Dental Federation. 2021 [Fecha de consulta: 26 enero 2021]. Disponible en: <https://www.fdiworlddental.org/oral-health/fdi-definition-of-oral-health>

⁷ Lugo E. Bioética personalista: visión orgánica del P. José Kentenich. 1.ª ed. Patris; 2006. pp. 28; 70; 73; 267; 269-276; 279; 286.

ESTATUS JURÍDICO DE MÁQUINAS AUTÓNOMAS INTELIGENTES

ANÁLISIS DESDE
LA PERSPECTIVA BIOJURÍDICA

Fecha de recepción: 22/06/2021

Fecha de aceptación: 06/07/2021

Mg. Dr. Leonardo L. Pucheta

Contacto: leonardopucheta@uca.edu.ar

- Profesor de Bioderecho en Maestría de Ética Biomédica (UCA)

Palabras clave

- Tecnologías emergentes
- Robótica
- Inteligencia artificial
- Daños
- Responsabilidad
- Nominalismo
- Tecnocracia
- Personalidad
- Persona humana

Key words

- Emerging technologies
- Robotics
- Artificial Intelligence
- Damages
- Liability
- Nominalism
- Technocracy
- Personality
- Human Person

RESUMEN

El Derecho contemporáneo se encuentra exigido por nuevas y rápidamente cambiantes realidades biotecnológicas, poniendo en jaque institutos tradicionales del ordenamiento jurídico. En ese contexto, la impresionante evolución de los desarrollos tecnológicos evidenciados en el campo de la robótica y la inteligencia artificial en los últimos años exige adentrarse en debates novedosos y desafiantes para juristas y bioeticistas, entre los que la discusión en torno al estatus jurídico de robots y máquinas *autónomas* ocupa un lugar de indudable relevancia. Mediante el presente trabajo se pretende reflexionar en torno a la pertinencia de tal iniciativa, el contexto en el que se inserta y el posible impacto que traería aparejado para la persona humana.

ABSTRACT

Contemporary law is demanded by new and rapidly changing biotechnological realities, jeopardizing traditional pillars of the legal system. In this context, the stunning evolution of technological developments evidenced in the field of robotics and artificial intelligence in recent years requires a more active participation into new and challenging debates for jurists and bioethicists, among whom the discussion around the legal status of robots and autonomous machines seems of undoubted relevance. This study is aimed at reflecting upon the relevance of such initiative, the context in which it is inserted and the possible impact that it could bring on the human person.

INTRODUCCIÓN

La existencia de máquinas autónomas –robots y/o sistemas de inteligencia artificial con autoconciencia, autonomía funcional y capacidad de aprendizaje– puede parecer una realidad remota en términos técnicos. Sin embargo, la impresionante evolución de los desarrollos tecnológicos evidenciados en el campo de la robótica y la inteligencia artificial en los últimos años exige adentrarse en debates novedosos y desafiantes para juristas y bioeticistas, entre los que la discusión en torno al estatus jurídico de tales entidades ocupa un lugar de indudable relevancia.

Ciertamente, la atribución de personalidad jurídica a entidades no humanas y, consecuentemente, su tratamiento como sujetos de derecho no resulta un tópico novedoso, de allí que se aludirá a las opiniones de autores y órganos especializados en el plano local y comparado, en los que se ensayan propuestas que consistirían en el reconocimiento de un estado específico para tales máquinas, vinculado a una especie de *fictio iuris* similar a la consideración kelseniana de persona como “centro de imputación de normas”.

Por lo dicho, procurando pivotear siempre sobre el eje del presente trabajo, en primer lugar se atenderá al estado del arte, discutiendo la aptitud de las teorías clásicas relativas a la persona jurídica, así como de aquellas esgrimidas más recientemente respecto del estatus jurídico de los animales, para resolver el desafío del estatus de las máquinas autónomas. ¿Es viable atribuir a los robots y/o a los sistemas *inteligentes* autónomos el atributo de la personalidad tal como sucede con otros sujetos de derecho no humanos?

En honor a la brevedad en esta oportunidad no se atenderá exhaustivamente a las limitaciones ontológicas de las máquinas, a las cuestiones de responsabilidad civil involucradas, ni a las consideraciones ético-jurídicas con respecto a la idoneidad de la consideración de la existencia de una verdadera persona *electrónica*, cuestiones que de todos modos servirán como referencia para justificar la procedencia y actualidad del tema abordado y para fundar una posición bio-jurídica concreta.

Por lo dicho, superado el análisis de las opiniones vertidas que se han ensayado al respecto hasta el momento, consideraremos una situación hipotética en la que en efecto se concediera a tales máquinas algún tipo de personalidad jurídica, con el objeto de habilitar el análisis sobre el impacto que ello podría importar en términos de reconocimiento de la condición humana.

Se argumentará que en el contexto contemporáneo, signado por el no cognitivismo, un escenario apoyado en presupuestos típicamente nominalistas, una

sociedad tecnocrática en la que la protección de la humanidad se encuentra debilitada y una mentalidad subyacente abierta a los postulados del Transhumanismo, la creación de un estatus legal para máquinas autónomas podría expresar un juicio de valor respecto de los elementos constitutivos de la personalidad humana, lo que sugiere que determinado tratamiento de la robótica avanzada podría tener un impacto profundo no solo en asuntos sociales como el empleo, la educación o la relación médico-paciente –para citar algunos ejemplos– sino también en el reconocimiento mismo de la persona humana y de sus derechos fundamentales.

La cuestión será abordada, finalmente, a partir del ordenamiento jurídico argentino, tomando en consideración normas de derecho interno vigentes y antecedentes relevantes.

ENSAYOS Y RECOMENDACIONES

El antecedente más concreto respecto de la problemática bajo estudio es el informe de la Comisión de Asuntos Jurídicos del Parlamento Europeo de fecha 27 de enero de 2017, en el que se cristalizaron una serie de recomendaciones sobre normas de Derecho civil sobre robótica¹. Como antecedente se reconoce la Directiva 85/374/CEE sobre responsabilidad resultante de los daños causados en la salud o los bienes del consumidor por productos defectuosos². Allí, se señaló que en esta época de creciente tecnicismo “únicamente el criterio de la responsabilidad objetiva del productor permite resolver el problema” de los daños ocasionados por las cosas, consignando entonces en el artículo 1° que “el productor será responsable de los daños causados por los defectos de sus productos”. Partiendo de la innegable realidad de la creación de máquinas cada vez más sofisticadas y las ventajas que tales tecnologías traerían aparejadas para la vida diaria de la ciudadanía –en especial en el ámbito productivo– y haciendo referencia específica a “máquinas inteligentes y autónomas, con capacidad de ser entrenadas para pensar y tomar decisiones de manera independiente”, la Comisión destacó las preocupaciones por los posibles efectos no deseados en el conjunto de la sociedad³ y afirmó la nece-

1 Parlamento Europeo, Comisión de Asuntos Jurídicos. Informe A8-0005/2017. Disponible en línea en http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2017-0005_ES.pdf [Último acceso el 30 de junio de 2019].

2 Disponible en línea en <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31985L0374&from=ES> [Último acceso el 30 de junio de 2019].

3 Al respecto nos hemos referido brevemente en: Robótica e inteligencia artificial: nuevos horizontes de reflexión – El Derecho, [282] – 28/06/2019, nro 14.659.

sidad de avanzar en la aprobación de una legislación que revise y eventualmente ajuste los criterios imperantes en materia de responsabilidad.

Si bien el informe alude a cuestiones tales como el posible reemplazo de la fuerza de trabajo por máquinas de esta naturaleza (#J y #K), el impacto que podría generar en términos de concentración de riqueza (#L), la protección de los datos personales (#O), la protección de la dignidad, la autonomía y la autodeterminación de la persona humana (#P), el foco del documento parece haberse puesto en un escenario futuro en el que la inteligencia artificial "supere a la capacidad intelectual humana", marco en el cual la eventual toma de decisiones automatizadas y basadas en algoritmos exige nuevas reglas en materia de responsabilidad civil.

Al respecto surge del informe que "(...) gracias a los impresionantes avances tecnológicos de la última década, los robots ya no solo pueden realizar actividades que antes eran típica y exclusivamente humanas, sino que el desarrollo de determinados rasgos cognitivos y autónomos —como la capacidad de aprender de la experiencia y tomar decisiones cuasi independientes— ha hecho que estos robots se asimilen cada vez más a agentes que interactúan con su entorno y pueden modificarlo de forma significativa; [y] que, en este contexto, es crucial la cuestión de la responsabilidad jurídica por los daños que pueda ocasionar la actuación de los robots"⁴.

Entendemos que por haber afrontado la problemática desde la perspectiva *ius privatista*, intentando generar contenidos apropiados para resolver planteos de responsabilidad civil, la Comisión optó por no adentrarse en discusiones metafísicas asociadas al ejercicio real de autonomía robótica⁵, limitándose a sostener que "la autonomía de un robot puede definirse como la capacidad de tomar decisiones y aplicarlas en el mundo exterior, con independencia de todo control o influencia externos; que esa autonomía es puramente tecnológica y que será mayor cuanto mayor sea el grado de sofisticación con que se haya diseñado el robot para interactuar con su entorno"⁶.

Por ello, partiendo del supuesto de hecho de la toma de decisiones con impacto en el entorno con total prescindencia de controles externos, la Comisión pone

4 Parlamento Europeo, Comisión de Asuntos Jurídicos. Informe A8-0005/2017, Op. Cit. Z.

5 Nos preguntamos, por ejemplo, si la autonomía en términos de agencia moral, la que presupone la libertad para adoptar decisiones atribuibles al sujeto activo, no se riñe con el presupuesto de los increíblemente evolucionados algoritmos y la poderosa tecnología de la información disponible.

6 Parlamento Europeo, Comisión de Asuntos Jurídicos. Informe A8-0005/2017, Op. Cit. AA.

en discusión la aplicabilidad de las teorías de responsabilidad civil imperantes, destacando que "(...) cuanto más autónomos sean los robots, más difícil será considerarlos simples instrumentos en manos de otros agentes (como el fabricante, el operador, el propietario, el usuario, etc.); que esta circunstancia, a su vez, suscita la cuestión de si la normativa general sobre responsabilidad es suficiente o si se requieren normas y principios específicos que aporten claridad sobre la responsabilidad jurídica de los distintos agentes y su responsabilidad por los actos y omisiones de los robots cuya causa no pueda atribuirse a un agente humano concreto, y de si los actos u omisiones de los robots que han causado daños podrían haberse evitado"⁷ ⁸.

El comportamiento de un robot podría tener implicaciones de Derecho civil, tanto en términos de responsabilidad contractual como extracontractual. Por lo tanto, es necesario aclarar la responsabilidad de las acciones de los robots y, en última instancia, la capacidad jurídica o el estatus de los robots y de la inteligencia artificial, con el fin de garantizar la transparencia y la seguridad jurídica para los productores y consumidores⁹.

Así las cosas, se establece en el documento la necesidad de indagar respecto de la viabilidad de asignar a tales máquinas autónomas alguno de los estatus jurídicos existentes o por si el contrario debe crearse una nueva categoría atendiendo a su naturaleza jurídica específica¹⁰.

7 En línea con lo establecido en la Directiva 85/374/CEE, la Comisión afirma que "según el marco jurídico vigente, la responsabilidad por daños causados por productos defectuosos —en la que el fabricante de un producto es responsable de un mal funcionamiento— y las normas que rigen la responsabilidad por una actuación que ocasiona daños —en la que el usuario de un producto es responsable de un comportamiento que deriva en un perjuicio— se aplican a los daños ocasionados por los robots o la inteligencia artificial".

8 El informe alude a diversas aristas conflictivas en relación con determinados entes tales como vehículos autónomos, drones, robots asistenciales, robots médicos o las aplicaciones de rehabilitación e intervenciones en el cuerpo humano, en las que podrían estar involucradas cuestiones de responsabilidad contractual y extracontractual, entre los que cabe citar como ejemplo: la responsabilidad civil (responsabilidad y seguros), la seguridad vial, todas las cuestiones relativas al medio ambiente (por ejemplo, eficiencia energética, uso de tecnologías renovables y fuentes de energía), las cuestiones relativas a los datos (por ejemplo, acceso a los datos, protección de los datos personales y la intimidad, intercambio de datos), las cuestiones relativas a la infraestructura TIC (por ejemplo, alta densidad de comunicaciones eficientes y fiables) y el empleo (por ejemplo, creación y pérdida de puestos de trabajo, formación de los conductores de vehículos pesados para el uso de vehículos automatizados).

9 Parlamento Europeo, Comisión de Asuntos Jurídicos. Informe A8-0005/2017, Op. Cit. P. 32.

10 Como aclaración metodológica se advierte que a los efectos de este trabajo, en lo sucesivo, se aludirá a sistema ciberfísico, sistema autónomo, robot autónomo inteligente, o afines, como sinónimos, sin pormenorizar en posibles diferencias técnicas que pudieran realizarse desde el punto de vista técnico.

En el contexto del documento sucintamente referido, entonces, la Comisión de Asuntos Jurídicos insta a la *Comisión sobre normas de Derecho civil sobre robótica* a evaluar el impacto de un instrumento legislativo que explore, analice y considere –entre otras cuestiones– la creación de una personalidad jurídica específica para los robots autónomos.

*f) crear a largo plazo una personalidad jurídica específica para los robots, de forma que como mínimo los robots autónomos más complejos puedan ser considerados personas electrónicas responsables de reparar los daños que puedan causar, y posiblemente aplicar la personalidad electrónica a aquellos supuestos en los que los robots tomen decisiones autónomas inteligentes o interactúen con terceros de forma independiente*¹¹.

De este modo queda plasmado el ensayo más próximo de atribución de personalidad electrónica a este tipo de entidades no humanas.

Por su parte, en el plano local Carlos Muñiz ha analizado provocativamente la problemática, realizando también un paralelismo con la personalidad jurídica de las sociedades y con el caso de los animales¹².

En ese sentido, atendiendo a posibles lecturas análogas de la realidad de las personas de existencia ideal con las "personas electrónicas" el Dr. Carlos Muñiz destaca que "conforme el artículo 141 del Código Civil y Comercial de la Nación, las personas jurídicas existen para el cumplimiento de su objeto y los fines de su creación". Allí radica, explica, la diferencia fundamental con las personas humanas, "una realidad antropológica que el ordenamiento jurídico se limita a reconocer, y cuya existencia no está orientada hacia el cumplimiento de ninguna finalidad distinta de su propio ser"¹³.

El autor sostiene que si bien no se cuenta con una definición legislativa de sujeto "electrónico" en nuestro derecho, cabría trazarse un paralelo con la persona jurídica, en los términos del artículo 51 del Código Civil y Comercial de la Nación y por tanto, reconociendo la personalidad de la máquina como "centro de imputación de responsabilidad", en similar sentido al análisis realizado por el Parlamento Europeo.

11 Parlamento Europeo, Comisión de Asuntos Jurídicos. Informe A8-0005/2017, Op. Cit. P. 20.

12 Carlos Muñiz. Para nosotros, para nuestra posteridad y para todos los robots del mundo que quieran habitar el suelo argentino. ¿Puede la inteligencia artificial ser sujeto de derecho? En: RCCyC 2018 (julio), 13/07/2018, 22.

13 Carlos Muñiz. Para nosotros, para nuestra posteridad... Op. Cit.

LA PERSONA [HUMANA] DECONSTRUIDA

¿Cuál es el escenario filosófico en el que se realizan estas reflexiones? ¿Cuál es hoy, en términos generales, la idea general subyacente que permite el reconocimiento de la personabilidad tanto de seres humanos como de entidades no humanas? ¿Se trata de un reconocimiento ontológico o es, en cambio, una atribución del ordenamiento jurídico conforme razones puramente pragmáticas?

El pensamiento contemporáneo se encuentra signado por un creciente desapego a los postulados de la Ley Natural, tornándose cuanto menos dificultoso el reconocimiento de naturalezas específicas y de lo *justo-en-sí*. Ciertamente, la dilución de la persona humana y la aparición de normas jurídicas inadecuadas conforme criterios de justicia y bien común en el contexto de la modernidad se encuentra asociado a la consolidación del positivismo en el plano jurídico y al relativismo moral fundado en el no cognitivismo resultante del pensamiento de Hume, según el cual “los hechos se pueden conocer y describir (...) y demostrar científicamente [y] en cambio, los valores y las normas morales son simplemente supuestos y dan lugar a juicios prescriptivos que no se pueden demostrar”¹⁴.

Además, la disociación de lo *justo-en-sí* del contenido positivo del derecho vigente se encuentra ligada al giro lingüístico de la filosofía contemporánea¹⁵, aspecto que será abordado sucintamente en este apartado.

El escenario descrito se caracteriza por el renunciamiento de la experiencia como origen del conocimiento ontológico¹⁶, actitud gnoseológica típicamente moderna, y la reducción de la experiencia externa a la mera experiencia sensible, lo que redundaría en el descrédito de la realidad y la unidad ontológica de la persona humana, la que es percibida primordialmente a través de la experiencia externa.

En ese marco, la negación de las esencias específicas y la asociación de pensamiento y lenguaje, notas características del nominalismo, minan el concepto de naturaleza humana como naturaleza específica y así *deconstruye* la realidad ontológica de la persona, reduciéndola a un mero constructo librado a la voluntad

14 Elio Sgreccia. Manual de Bioética: Fundamentos y ética biomédica. Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 2007. P. 55.

15 Lamas, Félix Adolfo. El hombre en cuanto persona [en línea], Prudentia Iuris, 2011, 70, 31-45. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/hombre-cuanto-persona-felix-lamas.pdf> [Última consulta el 27 de junio de 2019].

16 Lamas, Félix Adolfo. El hombre en cuanto persona. Op. Cit.

e imaginación del agente, fuertemente influidas por un contexto tecnocrático que termina por diluir la diferencia esencial entre las cosas y las *personas*.

NOMINALISMO, DERECHO Y TECNOLOGÍAS EMERGENTES

Si bien el giro lingüístico referido posee sus raíces remotas en el sofismo, más próximamente en la historia se encontraría motivado en el pensamiento de Hegel, el que ha incidido profundamente en la configuración del pensamiento moderno, especialmente a fines del S. XIX y comienzos del S. XX. Así, han surgido variantes de nominalismo que, como se sostuvo, identifican pensamiento (idea) y lenguaje (palabra).

La escuela analítica, por ejemplo, con influencia no cognitivista afirma que no hay otro fenómeno verificable y constatable que el lenguaje, único fenómeno del pensamiento, razón por la cual no procedería la comprobación de la inadecuación de éste respecto de la realidad ontológica de las cosas. Evidentemente, subyace en esta expresión nominalista el reduccionismo metodológico del positivismo, según el cual sólo puede ser objeto de comprobación aquello verificable empíricamente, mediante la experimentación o demostración matemática¹⁷.

La escuela hermenéutica, por su parte, afirma la inmanencia del pensamiento en el lenguaje. Es decir, el hombre no podría pensar sin pre-juicios determinados por un cúmulo de juicios previos del sujeto y por el propio objeto. El lenguaje estaría igualmente determinado.

La teoría del discurso, de la cual Habermas es exponente, reduce el conocimiento a un fenómeno social a partir de la identificación entre pensamiento y lenguaje. La condición de posibilidad del lenguaje y el pensamiento es necesariamente el ámbito social. "Lo social", entonces, determina el lenguaje y establece las condiciones para el pensamiento, en función de lo cual se afirma que lo *verdadero* no es trascendental al lenguaje y al pensamiento, sino la mera adecuación al contexto social.

El resultado de la influencia de las corrientes de pensamiento aludidas se evidencia en el plano científico, ámbito en el cual domina una actitud de abandono

17 Flávio Lemos Alencar, Los presupuestos teóricos de la modernidad y la ADI-3510/2005. Disponible en línea en https://www.academia.edu/39702955/Los_presupuestos_te%C3%B3ricos_de_la_modernidad_y_la_ADI-3510_2005 [Último acceso el 27 de junio de 2019].

del criterio de verdad como adecuación de la mente con la realidad, especialmente en el ámbito de las ciencias sociales.

De este modo, siendo la palabra identificada al pensamiento y éste capaz *de iure* de expresar y comunicar "lo verdadero" con prescindencia de su adecuación con la realidad, el derecho positivo –lógicamente vehiculado por el lenguaje– cristaliza regulaciones que distan de ajustarse a las exigencias de la ley Natural.

El contexto de abrumadores avances en el plano técnico y tecnológico con inaudito poder de transformación de las relaciones privadas entre individuos, entre éstos y su entorno e incluso en el mismo individuo humano, exige un redescubrimiento de la necesaria relación entre la palabra, las ideas y la realidad de las cosas, así como también de aquello que es propiamente humano¹⁸.

El nominalismo subyacente en las ciencias práctico-normativas contemporáneas parece favorecer la aceptación pacífica de aplicaciones biotecnológicas y herramientas técnicas de manipulación del entorno circundante y, de hecho, del cuerpo mismo del hombre, generando profundas vulneraciones a la dignidad humana y un quiebre en las bases de la convivencia comunitaria. En este contexto, al turno que se evidencia un debilitamiento en la lógica misma de los ordenamientos jurídicos positivos, se tensan y resquebrajan las relaciones familiares y sociales¹⁹.

La negación de esencias específicas, la identificación de pensamiento y lenguaje y, por ello, la negación de la naturaleza humana y de la existencia de la ley natural favorece un orden jurídico débil en su fundamentación ontológica²⁰ y peligrosamente cercano a un conjunto de normas de imposición, el derecho de la *fuerza* y el *poder*.

18 Leonardo Pucheta. Robótica e inteligencia artificial: nuevos horizontes de reflexión – El Derecho, [282] – 28/06/2019, nro 14.659.

19 Leonardo Pucheta. La comunidad humana en la era tecnológica – El Derecho, [282] – 16/05/2019, nro 14.630.

20 Lo dicho no se evidencia sólo en el plano local, sino también –y especialmente– en el convencional. Es así que la mera alusión al consenso para el reconocimiento de derechos humanos fundamentales refleja la profunda crisis del sistema internacional de derechos humanos.

Nominalismo y persona

El nominalismo niega la existencia de los universales, de conceptos que refieren a un conjunto indeterminado de objetos agrupados en función de una semejanza y por ello niega la realidad de las especies, el correlato objetivo y real de los conceptos universales que refieren a las especies y consecuentemente niega la existencia de la naturaleza humana. Así, desconociendo la dimensión ontológica de la persona humana, se la identifica simplemente a su conciencia en estado actual, desatendiendo "(...) el dato ontológico de su sujeto dotado de propiedades y capacidades por su propia esencia, aunque de hecho dichas potencialidades estén impedidas por datos de hecho"²¹.

En el ámbito del bio-derecho tal posición ha gozado de cierta recepción a nivel doctrinario²², motivando la distinción entre "vida humana biológica" y "vida humana personal", "siendo el criterio de distinción la autoconciencia" y afirmando que "sólo la *vida humana personal*, es decir, la autoconsciente (...) la merecedora del respeto que se debe a las *personas*"²³. Andorno explica que lo dicho se basa en una antropología dualista radicalizada de origen cartesiano que reduce la persona al pensamiento o a la conciencia. El hombre reducido a su dimensión pensante (*res cogitans*) implica la degradación del cuerpo (*res extensa*) a la categoría de cosa, siendo la unión de ambas dimensiones meramente accidental.

Ahora, así como algunos reducen la persona al ejercicio actual de las potencias espirituales otros la reducen a la esfera de la corporeidad. El actual escenario biotecnológico, en el que el hombre es concebido como material disponible²⁴, se evidencia una fuerte impronta materialista y determinista que encuentra en la corporeidad la única dimensión de la persona humana, soslayando su espiritualidad²⁵. La asociación de lo humano al cuerpo y a sus funciones se alinea con el monismo antropológico, según el cual el cuerpo agotaría la totalidad del hombre. Para Monod, por ejemplo, "lo humano no sólo se reduce a lo biológico, sino que la biología tampoco es otra cosa que física"²⁶. La reducción de la sustancia humana a

21 Félix Adolfo Lamas. El hombre en cuanto persona, Op. Cit., p. 38.

22 Uno de los principales representantes de esta posición es el norteamericano Tristram Engelhardt.

23 Roberto Andorno. ¿Persona - substancia o persona - conciencia? Persona y Bioética, [S.l.], n. 1, p. 85-95, july 2009. ISSN 2027-5382. Disponible en línea en: <<http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/586/1264>> [Último acceso el 27 de junio de 2019].

24 Jorge Nicolás Lafferriere. El cuerpo humano a debate: reflexiones jurídicas - El Derecho, 274-861.

25 Jorge Nicolás Lafferriere. ¿Los seres humanos somos meros "algoritmos"? Una reflexión crítica sobre el libro Homo Deus. Breve historia del mañana - El Derecho, 272-406.

26 Elio Sreccia, Op. Cit. P. 143.

una conciencia independiente de un marco óntico, además, favorece la asociación del carácter personal con la operatividad actual de las potencias espirituales, las que son interpretadas sólo en su dimensión corpórea²⁷.

Si lo propiamente humano es simplemente lo biológico y la mente es asociada sólo al cerebro, pues entonces es el cuerpo y las funciones que son propias las que permitirían el reconocimiento del ser humano como sujeto de derecho.

Ambas posiciones reduccionistas (hombre como la simple operatividad corpórea u hombre como mera conciencia en acto) desconocen la unidad esencial de cuerpo y espíritu, así como la naturaleza humana y la irrelevancia en términos de atributos jurídicos de la eventual imposibilidad fáctica y contingente de poner en acto potencias espirituales. Ello parece reflejar la consolidación de un ordenamiento basado en criterios funcionales en desmedro del clásico modelo antropológico y presenta una amenaza concreta relativa a la falta de reconocimiento del estatus jurídico de la persona humana²⁸.

Si el rasgo determinante para el reconocimiento de la personalidad fuera la operatividad y no un rasgo esencial anterior a la manifestación actual de las potencias humanas, pues entonces ¿Cuál sería el *status* de quienes se encontraran privados, por ejemplo, de las funciones cerebrales, de los menores de edad o de las personas por nacer?

Detrás del escenario de reduccionismo biologicista descripto encontramos al nominalismo, pues la negación de la esencia humana y la identificación de pensamiento y lenguaje, como se dijo, tornarían imposible el conocimiento del alma espiritual humana y de lo extra corpóreo.

Contribución al paradigma tecnocrático

Precedentemente procuró ponerse de manifiesto la relevancia de la asociación entre lenguaje y realidad, en la inteligencia de que contribuye a expresar una cualidad saliente del derecho contemporáneo y por ende, una nota distintiva del actual escenario bio-jurídico.

27 Las facultades mentales son identificadas con el soporte orgánico del sistema nervioso central.

28 De hecho, también conlleva el riesgo inverso, en la medida en que con fundamento en la simple operatividad comienzan a arriesgarse teorías de reconocimiento de personalidad a entidades tales como las máquinas automáticas o los sistemas complejos de inteligencia artificial.

El impacto del nominalismo en las ciencias práctico-normativas y en el derecho en particular dificulta el conocimiento, la aceptación de la dialéctica como técnica de transmisión de pensamientos, y sienta las bases sobre las que soportan los pilares de una cultura tecnocrática, al servicio del mercado y a costa de los individuos de la especie humana, asociada en algunos casos a bienes de consumo.

Hemos sostenido al respecto que “la sociedad tecnocrática –resultante de un imponente desarrollo biotecnológico y un contexto en el que la humanidad es concebida como material disponible– se asienta en todo el planeta e impacta también en nuestras vidas y moviliza las bases mismas sobre las que se apoyan nuestras relaciones sociales, favoreciendo el debilitamiento de los lazos familiares y la descomposición del tejido social. El escenario descrito habilita al individualismo en su máxima expresión y a una total indiferencia por la dimensión comunitaria, potenciando una hostilidad inaudita contra todos, hombres, mujeres, niños y ancianos”²⁹.

Tal es el marco hermenéutico en el que se inscriben los ensayos de atribución de personalidad jurídica a entidades no humanas en base a criterios de orden eminentemente operativos.

ESTATUS JURÍDICO DE ROBOTS ¿UNA DECLARACIÓN SOBRE LO HUMANO?

Los efectos de la asimilación en términos de reconocimiento jurídico de realidades ontológicamente diferentes no se presentan como una problemática pacífica y no es exclusiva del tema abordado en el presente. De hecho, la base constructivista imperante en gran parte del derecho positivo contemporáneo justifica el avance de legislación fundada en consideraciones ajenas a la realidad ontológica³⁰.

Ahora bien, independientemente de las ventajas prácticas que pudiera ofrecer la atribución de personalidad a entidades artificiales automáticas en relación con planteos de responsabilidad, desde una perspectiva propiamente biojurídica es necesario reparar en las repercusiones que ello traería aparejado en lo relativo al reconocimiento de la persona humana, en tanto dependiendo del criterio de

29 Leonardo Pucheta, La comunidad humana en la era tecnológica. Op. Cit.

30 Viene a nuestra mente la problemática de la denominada *identidad de género* regulada en nuestro país a partir de la Ley 26.743 del año 2012, la que ha derramado cuanto menos nominalmente en normativa de relevancia biojurídica tal como la Ley 27.610, vinculada con la liberalización del aborto.

asignación y el alcance del tratamiento propuesto podría correrse un riesgo cierto de *deshumanización*.

Reconocimiento y atribución

*La palabra persona originariamente designaba la máscara que identificaba a los personajes de comedias y tragedias teatrales y a los personajes mismos. Según Boecio, deriva del verbo personare (que podría traducirse al español como personificar), equivalente al prósoopon griego. Es decir, significaba a los sujetos a los que la obra de teatro atribuía las respectivas acciones; de ahí el fácil tránsito a la designación de un sujeto humano natural, sujeto de atribución de su propia vida. Este carácter de sujeto, denotado por la palabra persona, se destaca nítidamente por oposición a las cosas, es decir, a lo que opera como objeto.*³¹

Las advertencias realizadas en este trabajo, si bien sólo se presentan como disparadores tendientes a profundizar la reflexión en lo sucesivo, se enmarcan en un contexto jurídico determinado, cuyos presupuestos no deben ser soslayados si pretende contribuirse a la generación eventual de un ordenamiento jurídico equilibrado.

En el contexto aludido en el apartado precedente el ordenamiento es reducido a un mero conjunto de normas jurídicas positivas legitimadas simplemente por el cumplimiento más o menos cabal de las solemnidades previstas en el mismo derecho positivo, fundadas simplemente en el consenso imperante. De este modo, la posible falta de adecuación de los ordenamientos jurídicos a las exigencias de la naturaleza humana, habilita respuestas legislativas y judiciales inicuas y opuestas drásticamente a las normas de Derecho Natural que debieran obrar de fundamento y parámetro. En ese marco, se constata una tendencia que en el plano biojurídico resulta de central relevancia y que posee serias implicancias en lo relativo a la *personalidad jurídica* de diversas entidades, incluso del ser humano³².

31 Félix Lamas. El hombre en cuanto persona, *Prudentia Iuris*, No 70, 2011, Págs. 31-45. Disponible en línea en <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/2959/1/hombre-cuanto-persona-felix-lamas.pdf> [Último acceso el 5 de mayo de 2021].

32 Tal es el caso, por ejemplo, de la persona en sus fases primigenias de desarrollo, manipulada como objeto de diseño y cuya supervivencia queda supeditada a la voluntad ajena en el caso de las técnicas de reproducción humana asistida o del aborto. En ese marco, sujetos con determinadas cualidades de orden genético lucen especialmente vulnerables.

Cabría en este punto aludir a la diferencia primordial entre la *personalidad humana* y la *personalidad convencional*, siendo la primera una nota esencial reconocida sólo a los individuos de la especie humana y la segunda una condición atribuida, vale decir, una concedida por otro -legislador o juez- que en virtud de determinados parámetros confiere a determinadas entidades no humanas la posibilidad de convertirse en sujeto de derecho y consecuentemente, de ser titular de obligaciones y derechos subjetivos.

En tanto cualidad jurídica, la personalidad humana se encuentra fundada en el reconocimiento de una condición pre-legal, una dignidad especial que no es atribuida sino simplemente reconocida por operadores jurídicos y autoridades estatales.

¿Cuál podría ser entonces el fundamento del reconocimiento de personalidad a los robots? Para la Comisión de Asuntos Jurídicos del Parlamento Europeo, brevemente aludida precedentemente, no todo robot debería ser reconocido como *persona electrónica*, sino que sólo los robots inteligentes, los que poseerían como elementos constitutivos: la capacidad de adquirir autonomía mediante sensores y/o mediante el intercambio de datos con su entorno (interconectividad) y el intercambio y análisis de dichos datos, la capacidad de autoaprendizaje a partir de la experiencia y la interacción, un soporte físico mínimo, capacidad de adaptar su comportamiento y acciones al entorno. Advertimos entonces que las características que permitirían considerarlo como titular de personalidad jurídica estarían asociadas a la potestad fáctica de expresarse autónomamente, de aprender y de interactuar a través de un "cuerpo". No se trataría del reconocimiento de una naturaleza particular, sino de una atribución basada en un criterio puramente funcional.

Lo dicho amerita nuestra atención, por cuanto la *atribución* de personalidades jurídicas en función de aspectos operativos o funcionales puede resultar razonable para entidades no humanas, pero presenta riesgos concretos para la persona humana.

En este punto es menester destacar el pensamiento del Dr. Andorno, quien afirma que "la lógica del proyecto tecnocientífico se inspira implícitamente en un imperativo: en donde sea posible, hay que reemplazar los mecanismos naturales, que son opacos y relativamente imprevisibles, por mecanismos artificiales, que son perfectamente dominables". Afirma el autor que "es sobre esta base ideológica que el ser humano corre el riesgo de ser modelado a la imagen de los objetos técnicos, viniendo así a perder su condición de «sujeto». Por ello, el dilema que se presenta

a la bioética puede resumirse en la siguiente pregunta: ¿Cómo hacer para que el hombre continúe siendo «sujeto», es decir, para que no se vuelva «objeto»?³³.

Personas no-humanas

Enseña el Dr. Alejandro Borda que las personas jurídicas “no son ni un organismo natural, ni una realidad subjetiva (...) son una construcción del pensamiento y del lenguaje de los juristas”³⁴, destacando las notas de constructivismo y nominalismo antes citadas. Esta *fictio iuris* supone una solución práctica para la realidad de la asociación humana para el desarrollo de diversas actividades lícitas y como tales, dignas de promoción por el ordenamiento jurídico. Se trata de una herramienta propuesta por el derecho para dar cauce a una realidad generadora de efectos jurídicos que beneficia, en definitiva, al desarrollo individual y colectivo de la persona humana. La asignación de tal estatus jurídico a la persona jurídica supone el reconocimiento de sus derechos y obligaciones y la constituye como un auténtico centro de imputación de responsabilidad.

En términos históricos es más novedoso el planteo de atribución de personalidad a “realidades naturales” tales como animales o recursos naturales³⁵. En ambos casos, se evidencia una transformación de objetos de derecho en sujetos de derecho, mutación que en términos generales responde a criterios instrumentales prácticos o a cuestiones culturales locales.

A partir de perspectivas proteccionista y el llamado a una “interpretación jurídica dinámica y no estática” del ordenamiento jurídico, se plantea la necesidad de conveniencia de rechazar la tesis personalista de corte antropocéntrico y reconocer que hay bienes jurídicos de sujetos no humanos y pre-personales, en orden a proteger bienes jurídicos concretos tales como la existencia y la conservación de especies no humanas³⁶. Vale destacar que en tanto entes naturales los animales

33 Roberto Andorno. Bioética y dignidad de la persona, Tecnos, Paris, 1997. P. 147.

34 Guillermo Antonio Borda (Dir.), La persona humana, La Ley, Buenos Aires, 2001.

35 Puede resultar de interés atender al reconocimiento efectuado por el Parlamento de Nueva Zelanda del Río Whanganui. Ver al respecto: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-39291759>.

36 Vale referir a los fundamentos esgrimidos en la causa “Orangutana Sandra s/Habeas Corpus”, en el que la discusión se centró en la pertinencia de atribuir personalidad a un animal a fin de encuadrar adecuadamente la conducta ilícita del maltrato animal. Ver: Gustavo Federico de Baggis, Solicitud de Hábeas Corpus para la Orangután Sandra. Comentario a propósito de la Sentencia de la Cámara Federal de Casación Penal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de 18 de diciembre de 2014, en Derecho Animal. Disponible en línea <https://colegioabogadosazul.org.ar/webfiles/recursos/comentario-fallo-sandra.pdf> [Último acceso el 13 de abril de 2021].

poseen una dignidad particular, a diferencia de otros *entes* -como los robots- que sólo son considerados en su dimensión instrumental. Se trata, tal como indica Muñiz de una "cuestión de conveniencia y orden práctico".

Sin embargo, el rechazo del antropocentrismo referido conlleva riesgos concretos que ameritan nuestra atención, pues expresan la faceta *negativa* de la avanzada constructivista mencionada. Tal como se planteó recientemente en la Declaración de Madrid, es menester "(...) alertar sobre las posibilidades reales de deshumanización con que amenazan ciertas modas y ficciones científicas. No podemos ignorar que tras la aparente bondad que pretende regalar derechos a animales naturales o artificiales, a robots, o a nuevas especies superiores de humanos manipulados artificialmente, se esconde un peligro real para la vida humana real tal y como la conocemos con su libertad constitutiva y modo de ser"³⁷.

Los riesgos son concretos y desde la perspectiva biojurídica podrían sintetizarse como la asimilación indebida de la persona humana a las personas *no humanas* y/o como la degradación del ser humano a la categoría jurídica de *cosa*.

Carácter instrumental de la *persona electrónica*

Para ponderar la pertinencia de los criterios de asignación de un estatus jurídico particular a los "sujetos" electrónicos ha de garantizarse el tratamiento adecuado de la persona humana y el reconocimiento de la diferencia sustancial entre aquellos y ésta. Debe repararse tanto en la apariencia como la realidad de los sujetos de derecho. Apariencia en tanto adecuación exterior a los requisitos legales para acreditar su existencia y realidad como alusión a la esencia ontológica del ente. Es así que la diferenciación entre persona natural y persona jurídica mantiene su vigencia y relevancia.

La solución propuesta por la Comisión del Parlamento Europeo exige, más allá de su utilidad en términos de responsabilidad, la aclaración de dos conclusiones fundamentales: que la persona humana no es una cosa y que las personas no humanas (jurídicas, animales o electrónicas, eventualmente) son sustancialmente diversas de la persona humana y se encuentran supeditadas a ésta.

37 Declaración de Madrid. Ciencia, Humanismos y Posthumanismos. Disponible en línea en: <http://centrodebioetica.org/2013/08/ciencia-humanismos-y-posthumanismos-declaracion-de-madrid/> [Último acceso el 4 de mayo de 2021].

Puede encontrarse que ambas afirmaciones lucen alineadas con la previsión contenida en el artículo 1º, apartado 2, de Convención Americana Sobre Derechos Humanos, según la cual "persona es todo ser humano". A pesar de su brevedad, el texto consignado ofrece una pauta hermenéutica central para el estudio de las problemáticas biojurídicas, por cuanto expresa una vinculación concreta entre el derecho en su faz positiva y la realidad del ser humano en su dimensión orgánica. En primer lugar, afirmar que todo ser humano es persona significa que el ordenamiento jurídico no *atribuye* carácter de sujeto de derecho, sino que *reconoce* una realidad biológica preexistente. En función de ello, lo que la biología defina como integrante de la especie humana merece la máxima protección del sistema interamericano de derechos humanos. En este sentido, *la persona humana es inviolable y en cualquier circunstancia tiene derecho al reconocimiento y respeto de su dignidad*, tal como surge del artículo 51 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Dejando lo dicho a salvo, la construcción de nuevas *personalidades* no implica necesariamente la falta de reconocimiento del estatus específico de la persona humana. En este punto luce razonable afirmar que superando la posible confusión en torno a la especificidad de la naturaleza humana y el alcance del estatus jurídico de los sujetos de derecho contruidos socialmente, la creación de la *persona electrónica* podría ofrecer soluciones para problemas concretos de derecho privado, tal como se ha destacado precedentemente.

Tal como sugiere Ercilla García, la creación de una personalidad jurídica específica para los robots devendría en una cuestión de conveniencia, ya que un lapso de tiempo relativamente corto "la sociedad contará con entes no humanos dotados de voluntad que realizarán actos susceptibles de crear derechos u obligaciones en el ámbito jurídico"³⁸. Chavez Valdivia entiende en similar sentido que cabría echar mano de la tesis de la voluntad de Savigny, considerando que sería previsible la generación de la capacidad técnica de "proponerse fines y realizarlos" y que tal sería el elemento básico para definir y reconocer la realidad de la nueva persona *electrónica*³⁹.

No se trataría de un reconocimiento de orden ontológico, sino de una solución práctica para una realidad que, como se ha señalado, constituye una problemática

38 Chavez Valdivia, Ana Karin. No es solo un robot: consideraciones en torno a una nueva personalidad jurídica y el redimensionamiento de las relaciones interpersonales. *Ius et Praxis*, Talca, v. 26, n. 2, p. 55-77, agosto de 2020. Disponible en línea en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-0012202000020005&lng=es&nr=iso [Último acceso el 4 de mayo de 2021].

39 Chavez valdivia, Ana Karin. Op. Cit.

concreta de esta era. Así, entonces, no pretendería igualarse a todos los sujetos de derecho, sino de asimilar determinados presupuestos y efectos de su proceder en orden a favorecer relaciones jurídicas razonables y equilibradas.

Si se toma en consideración el artículo 141 del CCyCN se advierte que, a diferencia de la persona humana, "son personas jurídicas todos los entes a los cuales el ordenamiento jurídico les confiere aptitud para adquirir derechos y contraer obligaciones para el cumplimiento de su objeto y los fines de su creación". Se trata de una atribución positiva del ordenamiento con un alcance determinado por el legislador y no de un reconocimiento de una dignidad preexistente.

¿Es humano?

La preocupación de fondo sugerida en esta trabajo no se funda en la falta de comprensión de las ventajas prácticas de la creación de nuevas ficciones jurídicas para la resolución de conflictos jurídicos contemporáneos, sino en los alcances del trasfondo filosófico en los que se insertan. Nos preguntamos cuál sería hoy el factor determinante para la distinción definitiva de la persona humana de la no-humana. Es decir, si todo es constructo social ¿Porqué la persona humana sería diferente? ¿Qué significa hoy "ser humano"?

El interrogante excede el marco de estas reflexiones, pero parece pertinente acudir al viejo artículo 51 del Código Civil velezano, el que establecía que "(...) todos los entes que presentasen signos característicos de humanidad, sin distinción de cualidades o accidentes, son personas de existencia visible". La norma fue redactada en un contexto histórico en el que realidades biotecnológicas como las que hoy nos convocan resultaban ajenas a la inteligencia legislativa o ciertamente asociada a textos de ciencia ficción y en el que el conocimiento médico era limitado comparado con el actual, de modo que podríamos conceder que en el siglo XIX los "rasgos de humanidad" referían a rasgos físicos constatables sensiblemente.

El código aludía, entonces, a atributos orgánicos, somáticos, cuestiones necesariamente estéticas y por tanto, accidentales. Podría afirmarse que en la *weltanschauung* jurídica decimonónica, si bien entendemos que el ser humano no era necesariamente asimilado a una naturaleza contingente, los signos característicos de humanidad parecían vinculados a la corporeidad.

Ahora, ¿Qué constituye hoy, entrada la segunda década del siglo XXI, los "signos característicos de humanidad"? Frente al interrogante podríamos ensayar una diversidad de respuestas, pero a la luz de lo destacado anteriormente en relación con el ambiente filosófico imperante, cabría plantear alternativas: a) los rasgos

de humanidad podrían asociarse a la operatividad propiamente humana, b) a un conjunto de funciones corporales en potencia o, c) a la realidad ontológica del ser humano.

La asociación de lo humano al cuerpo y a sus funciones se alinea con el monismo antropológico, según el cual el cuerpo agotaría la totalidad del hombre. La concepción organicista y mecanicista del cuerpo expresa el materialismo subyacente al que se aludió precedentemente. Si el rasgo determinante para el reconocimiento de la personalidad fuera la operatividad y no un rasgo esencial anterior a la manifestación actual de las potencias humanas, pues entonces ¿Cuál sería el status de quienes se encontraran privados, por ejemplo, de las funciones cerebrales? ¿Y en el caso de las personas por nacer?

Si lo propiamente humano fuera simplemente lo biológico y la mente fuera asociada sólo al cerebro, pues entonces sería el cuerpo⁴⁰ y las funciones que son propias las que permitirían el reconocimiento del ser humano como sujeto de derecho.

A los efectos de este apartado destacamos la opinión de la Dra. Arias de Ronchietto, quien afirma que "el concepto jurídico de persona no puede ser otra cosa que el concepto mismo de persona en sentido ontológico"⁴¹, de modo que en búsqueda de los elementos constitutivos de la persona humana sostenemos que ésta no se agota en su cuerpo o en la actualización de un conjunto de acciones específicas potenciales.

Volviendo la mirada sobre la pertinencia de la creación de una personalidad electrónica se destaca que para sus promotores deben constarse tres elementos: *tecnologías de "auto-aprendizaje"*, *autoconciencia* y *autonomía*. Las tres características se evidencian asociadas a las potencias del alma espiritual humana, pues las dos primeras deberían asociarse a la inteligencia y la última a la voluntad. Pero, en rigor de verdad, en tales entidades las operaciones referidas no se encuentran ancladas en el alma propiamente dicha, sino que resultan de una determinada programación de un "cuerpo".

40 Tal como se deduce del CCyCN, especialmente del artículo 17, la dignidad particular del cuerpo posee recepción en el ordenamiento jurídico.

41 Catalina E. Arias de Ronchietto. Persona humana, ingeniería genética y procreación artificial. Horizontes, atajos, precipicios y trincheras de nuestro tiempo, en: Guillermo Antonio Bordo (Dir.), La persona humana, La Ley, Buenos Aires, 2001, p. 19.

De lo dicho surgiría, tal como se viene indicando, que la personalidad de los robots autónomos estaría necesariamente asociada a la imitación física de la operatividad humana, mientras que el reconocimiento del estatus de la persona humana debe vincularse con un valor intrínseco preexistente anclado en su naturaleza específica.

REFLEXIONES CONCLUSIVAS

Las tecnologías de la información y la comunicación, las biotecnologías tales como las herramientas de edición genética y la nanotecnologías, así como la robótica y la inteligencia artificial, constituyen realidades que exigen la atención de todo el arco científico y en ese sentido, también es necesaria una profunda reflexión jurídica. El punto de partida es incontrastable.

En este escenario, la propuesta de nuevas construcciones jurídicas como respuesta normativa para el establecimiento de relaciones jurídicas equilibradas no luce *a priori* objetable y por ello, es procedente el debate en torno a la posible creación de una personalidad electrónica para robots y sistemas informáticos "autónomos". Advertimos, no obstante, que las nuevas problemáticas que el derecho debe abordar no deben contestarse en abstracto o como una simple respuesta a problemas concretos (por ejemplo, de responsabilidad), no deben perderse de vista el contexto filosóficos, el plano axiológico ni el impacto individual y colectivo de las medidas propuestas.

De allí que en este trabajo se haya traído a colación una breve reflexión respecto de los postulados filosóficos que parecen signar el paradigma tecnocrático contemporáneo, el que presenta riesgos ciertos para la persona humana, tanto en su faceta singular como en la social. El llamado a una reflexión en clave humanista, permite abordar tópicos jurídicos actuales sin desatender consideraciones antropológicas que deben actuar de contrapeso frente a una tecnocracia que pone en riesgo al epicentro del fenómeno jurídico, el ser humano.

Efectivamente, tal como describe Andorno, los imponentes progresos tecnológicos de las últimas décadas han contribuido enormemente al bienestar de la humanidad pero simultáneamente han creado nuevos riesgos para la integridad y la identidad del ser humano⁴². Existe una visible tensión entre el paradigma tecnocrático y el bien de la humanidad, al que debe subordinarse en orden a asegurar

42 Roberto Andorno. Bioética y dignidad de la persona, Op. Cit.

una relación equilibrada entre las ventajas de la inteligencia humana aplicada y la dignidad de la persona humana. Tanto la robótica como la inteligencia artificial, en definitiva, permiten reparar sobre la humanidad, sobre lo que significa ser humano y lo que es bueno y justo a nivel individual y social.

¿Posee la creación de una *personalidad electrónica* impacto necesario en el reconocimiento del estatus jurídico de la persona humana? Tal fue el interrogante sobre el que ha pretendido reflexionarse en este trabajo. En función de lo presentado luce pertinente afirmar que en la medida en que se parta de la distinción fundamental de la persona natural (o humana) de otros sujetos de derecho como las personas jurídicas (o no-humanas), la respuesta podrá ser negativa. Ello implica el reconocimiento de la primera como una sustancia natural poseedora de una naturaleza específica de la que se deduce una dignidad particular, preexistente al ordenamiento jurídico y que justifica el reconocimiento de la persona como un fin en si mismo, y la consideración de las segundas como construcciones del derecho destinadas a resolver conflictos jurídicos particulares a partir de criterios prácticos. Lo dicho supondría, no obstante, la explicitación de una posición concreta respecto del estatus de la persona humana que no luce *a priori* compatible con el escenario ius-filosófico descrito, signado por el nominalismo subyacente en el mundo de la tecnocracia.

Efectuada la distinción que instamos y garantizando el respeto debido a la persona humana, la creación de un estatus jurídico particular para determinados robots o sistemas *inteligentes* para la solución de planteos de responsabilidad sería razonable y procedente, en línea con lo expresado por Carlos Muñiz, limitando el alcance de su personalidad "a los fines para los cuales el ordenamiento lo requiera, y con el límite inexorable del respeto a la persona humana y su dignidad"⁴³.

43 Carlos Muñiz. Para nosotros, para nuestra posteridad... Op. Cit.

LOS INDICADORES EN SALUD: HERRAMIENTAS PARA BUSCAR LA VERDAD Y EL BIEN

Fecha de recepción: 28/05/2021

Fecha de aceptación: 21/06/2021

Mg. Dra. Silvia Judith Birnenbaum

Contacto: silviabirnenbaum@uca.edu.ar

- Docente e investigadora – Instituto de Bioética (UCA)

Palabras clave

- Indicadores
- Salud –Bioética
- Planificación en salud
- Políticas sanitarias

Key words

- Indicators
- Health
- Bioethics
- Health planning
- Health policies

"Conocer algo, es haber logrado las respuestas al qué, cuándo, cómo, y por qué de ese algo"

Sócrates

RESUMEN

El ser humano posee inteligencia y voluntad, dos potencias espirituales específicas que guían su conducta alineándola con la búsqueda de la verdad y el bien. Su exploración de conocimiento nunca finaliza. Para esto, examina la realidad y establece, a partir de su discernimiento, juicios críticos que le permitan acercarse a la misma. Una estrategia para lograrlo es la medición de elementos, procesos y eventos.

El conocimiento del nivel, la tendencia y la distribución de la situación sanitaria en la población, permite desarrollar políticas para establecer prioridades de atención y de distribución de los recursos, que posibilitan la mejora de la salud comunitaria. Para esto es necesario contar con información veraz y oportuna que permita tomar decisiones. Esta se basa principalmente en la evaluación del estado de salud poblacional y se complementa con una gran cantidad de factores biológicos, demográficos, sociales y sanitarios relacionados con la misma. Estos datos se organizan de manera de poder compararlos y realizar su seguimiento en el tiempo, con el fin de construir políticas sanitarias que busquen el bien de la comunidad.

ABSTRACT

Human beings possess intelligence and will, two specific spiritual powers that guide their behavior by aligning it with the search for truth and goodness. Their exploration of knowledge never ends. To do so, they examine reality and establish, from their discernment, critical judgments that allow them to approach it. One strategy to achieve this is the measurement of elements, processes and events.

The knowledge of the level, trend and distribution of the health situation in the population makes it possible to develop policies to establish priorities for the distribution and care of resources that allow the improvement of community health. To that end, it is necessary to have accurate and timely information to make decisions. This is mainly based on the evaluation of the population's health status and is complemented by a large number of related biological, demographic, social and sanitary factors. This data is organized in such a way that it can be compared and tracked over time, in order to build health policies seeking the good of the community.

I. INTRODUCCIÓN

El ser humano posee inteligencia y voluntad, dos potencias espirituales específicas que guían su conducta alineándola con la búsqueda de la verdad y el bien. Su investigación del conocimiento nunca finaliza. Para esto, explora la realidad y establece a partir de su discernimiento, juicios críticos que le permitan acercarse a la misma. Una estrategia para lograrlo es la medición de elementos, procesos y eventos.

El acto de medir es esencial a los procesos cotidianos del hombre y se ha convertido en una de las actividades más importantes a través de la historia de la humanidad. Es considerada de vital importancia para el desarrollo de numerosos saberes, especialmente las ciencias exactas y de la vida, que requieren de un análisis exhaustivo de los fenómenos y sus magnitudes para poder trazar leyes, normas y políticas.

Desde los orígenes de la vida, el hombre persigue la verdad. Una manera práctica de acercarse a ella, es midiendo diferentes fenómenos. Desde que, el ser humano, existe, necesitó comparar objetos o eventos para establecer relaciones que pudieran servirle para obtener información y tomar decisiones. En consecuencia, medir, es un proceso natural y propio de la persona, especialmente en la exploración y conocimiento del entorno que lo rodea. Con los datos medidos se pueden construir índices que logren servir de cimiento para la elaboración del pensamiento racional. Por lo que, el resultado que surge de comparar mediciones, permite establecer juicios de valor para distinguir entre las propiedades de las entidades o de los actos.

1. Medir en salud

Uno de los grandes desafíos de la gestión en salud es el uso racional de los recursos, en función de obtener el máximo beneficio para la comunidad y cada uno de sus miembros. Para ello es necesaria una adecuada planificación sanitaria que debe basarse en la realidad con la mayor exactitud y precisión posible. Es necesario medirla.

El proceso de medición forma parte de la práctica diaria de todas las áreas del cuidado de la salud. Tanto la aplicación de cuestionarios y escalas, como el uso de métodos de diagnóstico, generan datos medibles. Estos pretenden cuantificar, analizar e interpretar los resultados que se almacenan de las distintas intervenciones sanitarias. En consecuencia, es posible evaluar, si los servicios sanitarios

consiguen resultados que impacten positivamente en la salud de los pacientes y su forma de vida.

La medición de resultados en salud tiene una importante repercusión para todos los agentes del sistema sanitario porque permite que los pacientes tomen decisiones informadas, que los estimule a mejorar en su práctica diaria, y la oportunidad para los planificadores de salud para centrarse en la mejora de aquello que tiene valor para pacientes y ciudadanos, actuando en aquellos servicios, unidades o profesionales que requieran de mayor formación, incentivación o corrección. La medición de los resultados en salud ayuda a operar con mayor eficiencia y, por tanto, a garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

La recolección de datos y generación de indicadores a partir de ellos, tiene como fin crear y sistematizar la evidencia. Esto permite identificar patrones y tendencias para iniciar acciones de protección y promoción de la salud permitiendo la prevención y control de enfermedades en la población. Los atributos que le confieren valor a una medición son la justicia, la equidad, la confidencialidad, la no discriminación y la racionalidad.

2. Los datos sanitarios como recurso

Los datos sanitarios surgen en primera instancia, de la relación clínico-asistencial, donde el ser humano, basándose en la confianza, expone libremente al profesional sanitario su intimidad, iniciándose así el proceso de registro, acumulación, archivo y tratamiento de datos personales relacionados con la salud. Son testimonios especialmente sensibles, objeto de derechos de carácter personalísimo y no deben poder asociarse a ninguna persona en particular. Este tipo de datos están contenidos, básicamente, en la historia clínica. La utilización, archivo, custodia y transmisión de estas entidades, pone en juego el marco legal, la bioética y el código de ejercicio profesional. La medicina necesita datos basados en evidencias, testimonios numéricos que narran una biografía íntima y están supeditados al bien de esa persona, considerando que siempre tiene primacía respecto al interés de la ciencia o la sociedad. Es importante señalar, que el individuo enfermo es mucho más que la suma de sus datos sanitarios, pero estos pueden aportar valor no solo al mismo sino a toda la comunidad. Los datos generan información y ésta, compone conocimiento.

Los antecedentes recolectados en la atención sanitaria de rutina, deben tener valor y veracidad, determinada por el grado de confianza que merecen para tomar decisiones. La información ofrece infinitas posibilidades de aplicación. Su

límite está dado por el propio valor de la misma y la responsabilidad con la que se usa. Es evidente que resulta necesario incrementar las medidas de protección de las personas. Las evidencias recogidas deben ser utilizadas con prudencia y recta conciencia.

La administración de estas realidades deberá estar basada en un imperativo moral y la correspondiente legitimidad social ya que fueron generados específicamente de una finalidad ética: curar y cuidar la salud y la vida.¹ Los valores volcados a los registros oficiales de salud deben ser anonimizados² para que no sea posible identificar nominalmente a los individuos de las provienen.³ Estos registros, son recursos comercializables, con valor potencial para ser vendidos, por lo que el proceso de desvincularlos de la persona resulta ético en sí mismo. Esta estrategia, logra transformar los datos particulares en simplemente datos sin valor transaccional, siempre que se garantice que no es posible volver a vincularlos. Es especialmente en la reutilización de estos datos que se debe certificar la protección de la persona y de su intimidad. Al perderse el control sobre el uso de mismos se puede generar la desprotección del individuo y la comunidad por lo que debe sostenerse el deber de secreto del profesional para mantener la confidencialidad de la información. El uso de estos registros lleva asociado el requisito de la legitimación como justificación de su tratamiento por razones de interés público ya sea atención sanitaria, calidad y gestión del servicio o fines científicos como epidemiológicos, investigación y docencia. El consentimiento expreso de la persona para el tratamiento de datos con fines distintos de los de su origen debe ser considerado. De esta manera se permite el acceso de terceros a los testimonios y, a la vez, pone en manos de sus titulares el control sobre su información personal.

3. *La recolección de datos*

Para la elaboración de indicadores es precisa la identificación de una gran variedad de fuentes de datos con información sanitaria relevante, procedente de re-

1 Llàcer MR, Casado M, Buisán L (coord.). Documento sobre bioética y Big Data de salud: explotación y comercialización de los datos de los usuarios de la sanidad pública. Barcelona. Disponible en: <http://www.publicacions.ub.edu/refs/observatoriBioEticaDret/documents/08_209.pdf>

2 RAE. Anonimizar, es expresar un dato relativo a entidades o personas, eliminando la referencia a su identidad.

3 León Sanz P. Bioética y explotación de grandes conjuntos de datos. En: Carnicero Jiménez J, Rojas de la Escalera D (coord.). La explotación de datos de salud. Retos, oportunidades y límites. Madrid: Sociedad Española de la Informática de la Salud; 2016. p. 30.

gistros administrativos, encuestas de salud, sistemas de notificación obligatoria ⁴ y estadísticas sanitarias. Todo sistema de vigilancia debe seleccionar las estrategias más adecuadas y eficientes, que permitan la recolección, procesamiento, análisis, interpretación y difusión de la información de manera que resulte útil.

La veracidad y oportunidad del dato, permiten realizar intervenciones adecuadas y oportunas, convirtiéndose en la materia prima para el trabajo epidemiológico. Este posibilita construir nuevos modelos, predecir y abordar nuevos fenómenos. Siempre se debe proteger la privacidad y la confidencialidad de los datos compartidos para evitar el daño, respetando la libertad individual de las personas y actuando con precaución y seguridad al reportar los datos, considerando que estos se transforman en herramientas valiosas para el interés público y la democracia. El seguimiento de indicadores implica una carga administrativa para el equipo de salud, sin embargo, es una inversión pensando en el bienestar de la comunidad.

Con frecuencia, la rutina de la asistencia sanitaria dificulta el reporte de datos de salud a las bases de recolección. Se debe capacitar al recurso humano que intervenga en el proceso de recolección y análisis para mejorar la oportunidad, confiabilidad, validez y utilización de la información. La diversidad de fuentes de obtención de datos y la multiplicidad de actores que intervienen en el proceso, obligan a monitorear la integridad, consistencia, uniformidad y confiabilidad de los datos, considerando en especial la existencia de subregistro, los sesgos y la duplicación de datos. Las causas de las deficiencias en la notificación de registros son múltiples; entre ellas se destacan, personas enfermas sin síntomas, sin diagnóstico, sin control de salud y sin atención sanitaria. ⁵

4 En 1960 se sanciona la Ley Nacional N° 15.465 "régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria" Reglamentada por el Decreto Nacional N° 3.640/64. Durante el año 2000, se realizó el análisis del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) dividido en módulo de Enfermedades de Notificación Obligatoria, de vigilancia de Laboratorio, de vigilancia Centinela, de Programas Nacionales, con la inclusión de enfermedades no transmisibles y enfermedades emergentes y reemergentes.

5 Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, segunda edición. Disponible en: <<https://www.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE4.pdf>>

II. LOS INDICADORES

1. *El indicador como medida sencilla de una realidad compleja*

Los indicadores son instrumentos de medida que pueden ser usados para conocer determinados aspectos de la salud de una población. Se elaboran con datos recolectados que se vinculan entre sí. Brindan información relativa a varios aspectos de la misma como esperanza de vida, mortalidad y natalidad. Son herramientas útiles para la proyección de políticas sanitarias y para la gestión de distribución de recursos de atención médica.

Un indicador requiere siempre del uso de fuentes confiables de información y rigurosidad técnica en su construcción e interpretación. Las principales fuentes de datos son la propia atención sanitaria, censos y registros oficiales. Estas fuentes constituyen las fuentes primarias de información, ya que recolectan sistemáticamente con una finalidad determinada.

Un indicador ideal debe tener validez ya que debe medir realmente lo que se establece que debe evaluar, confiabilidad para ofrecer mediciones repetidas por distintos observadores deben dar como resultado valores equivalentes del mismo indicador, sensibilidad para ser capaz de captar los cambios y especificidad para lograr reflejar sólo cambios ocurridos en una determinada situación.

2. *Los indicadores en salud*

Los indicadores de salud son datos de fácil acceso, que reflejan la situación de uno o varios aspectos sanitarios. Son medidas indirectas de la realidad que evidencian una situación determinada. Constituyen el instrumento de mayor uso a la hora de realizar el diagnóstico de la situación de salud de cualquier sistema, independientemente de su ubicación. No sólo son útiles en el proceso de planificación, sino que también lo son para la ejecución de análisis epidemiológicos y para la investigación. Un indicador de salud es una variable que permite medir las condiciones que queremos conocer como el nivel de vida, educación, es decir, aquellos datos que repercuten directamente en la salud de una población.

Los indicadores tienen características particulares de las cuales deriva su valor. Entre ellas se encuentran el ser representativos de la variable que se quiere medir, posibles de obtener con los datos disponibles, ser objetivos, simples en su elaboración, en su lectura y comprensión, y ser universales. Los más frecuentemente utilizados deben cumplir con una buena relación costo-efectividad que justifique la inversión necesaria para obtener datos y con el principio de transparencia. Las

acciones de salud pública deben ser siempre transparentes. La información sobre las mismas tiene que ser clara, sencilla y comprensible para la comunidad.

3. *La medición en salud a través de indicadores*

Todo lo existente se puede medir. El problema reside en cómo medirlo y con qué instrumento. En las ciencias médicas, se busca que la metodología sea confiable; que el resultado de las mediciones permita evaluar si se ha logrado algún avance de importancia, y que los resultados permitan deducir el impacto que las cifras tienen sobre las políticas de salud. Para lograr tales objetivos es indispensable crear instrumentos claros y precisos, fijar metas cuantificables y dar seguimiento al funcionamiento de los servicios de salud. Los indicadores constituyen, sin duda, un instrumento de trabajo especialmente interesante para las autoridades sanitarias. No proporcionan una visión exhaustiva de las condiciones de salud de toda la población, pero son indispensables para orientar con más eficacia los esfuerzos encaminados a lograr el mayor impacto posible en los programas de salud pública.⁶

El progreso en la atención médica se asocia generalmente al desarrollo tecnológico, pero debe ser también vinculado a la medición y cuantificación de los fenómenos. Utilizándolos correctamente, se puede dar a conocer los indicadores y servirán para confirmar el diagnóstico de salud de la comunidad en estudio. Sin embargo, este no es un fin en sí mismo, sino una etapa fundamental para la posterior toma de decisiones. Las aplicaciones que pueden tener estos datos pueden ser útiles para contar con información general y particular en el estudio de algún problema específico, por ejemplo, determinar el origen de una determinada enfermedad, señalar las necesidades y prioridades en materia de salud, evaluar los recursos sanitarios existentes o servir de base para la planificación y programación en salud.

III. REFLEXIONES DESDE LA BIOÉTICA PERSONALISTA

La bioética contribuye al humanizar la planificación en salud, a personalizarla, de manera que sea el hombre el centro y fin de la misma. Sin embargo, los indica-

6 Organización Mundial de la Salud (2017). Pautas de la OMS sobre la ética en la vigilancia de la salud pública. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: OPS. Disponible en: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34499/9789275319840-spa.pdf?sequence=6>>

dores se utilizan para establecer políticas sanitarias globales a nivel poblacional, donde la persona queda sumergida en un compuesto social, que la torna imposible de individualizar. Cabe entonces deliberar acerca de ¿Cuál es el camino para evitar la instrumentalización de las personas y los reduccionismos que contribuyen a la invisibilidad de las poblaciones vulnerables? ¿Cómo se puede aportar valor a los indicadores desde la reflexión bioética? ¿Es necesario acompañar la construcción y uso de estos elementos desde una perspectiva bioética? ¿Es viable acompañar esta tarea sin desatender el valor de la persona?

La bioética está estrechamente vinculada a las prácticas de planificación de políticas de salud. Las cuestiones éticas que surgen de la creación de estas políticas se vinculan con el equilibrio entre intervención pública y la libertad personal, la justa distribución de riesgos y beneficios entre la población, el acceso equitativo a la asistencia sanitaria y la reducción de las disparidades en estados de salud a través de la incorporación de programas oportunos y útiles.⁷ Esta ciencia, resulta ser el instrumento que permite recuperar a la persona detrás del indicador de salud, ubicar la programación en salud entre el individualismo y colectivismo, entre la esfera clínica-médica personal y la salud pública comunitaria. El objetivo de este artículo es plantear una reflexión sobre aspectos de la acción permanente de medición de datos y construcción de indicadores, parte fundamental de la planificación sanitaria bajo la mirada de la bioética.

1. Valores éticos referentes a la protección de datos sanitarios

La bioética como ciencia práctica, debe estar fundamentada en los valores objetivos como la dignidad, la libertad, y la intimidad personal. Conforman una disciplina comprometida no sólo con la moral en el área de la salud y de la enfermedad de los seres humanos, sino también con la reflexión y discusión de los conflictos morales presentes a lo largo de la historia de la sociedad humana.

La dignidad humana es el valor exclusivo e inseparable de todo ser humano. No se refiere a algo, sino a alguien que no tiene equivalente, ya que es único e irremplazable. Es el valor ético sobre el que se fundamentan el resto de valores y principios que sostienen los actos humanos. La libertad es la capacidad de la persona para actuar de un modo determinado, o no hacerlo, sin imposiciones

7 Petrini, C.; Gainotti, S. y Requena, P. Personalism for public health ethics. *Ann Ist Super Sanità*, 46, 2, 2010, págs. 204-9.

externas ni internas. El límite de la libertad es la responsabilidad por la que cada ser humano se hace cargo de las derivaciones de sus actos. La intimidad propia es lo más íntimo y distintivo de la persona. Solo ella puede acceder, y solo ella puede decidir cómo, cuándo y con quién compartirla.

Los valores éticos no son absolutos, pueden entrar en conflicto con otros valores éticos de igual rango, de acuerdo a las circunstancias que ocurren en una determinada situación. El valor de la intimidad puede conceder espacio cuando aparecen enfermedades de declaración obligatoria, que sufren un grave perjuicio a uno mismo o a terceras personas. Esto se fundamenta en un principio clásico, el de la excepción, que consiste en la obligación de no aplicar una norma cuando se sabe que de su aplicación derivan difíciles consecuencias negativas para la dignidad de las personas como valor fundamental.

2. Principios éticos en orden a proteger los datos sanitarios

El ser humano es absolutamente valioso para el propio ser humano. El requerimiento de no instrumentalizar a la persona, se traduce en el predominio que se le debe otorgar, por encima de los intereses de la ciencia, la sociedad, los hospitales y las organizaciones dedicadas al archivo, estudio y aprovechamiento de los datos personales relacionados con la salud.

La protección, entendida como la obligación moral de resguardar, defender y proteger a cualquier ser humano de un peligro que atente contra su dignidad y sus derechos fundamentales como ocurre, con los datos sanitarios. La confidencialidad es el compromiso de no divulgar la información particular de salud que corresponde a la intimidad de la vida de una persona. Se relaciona con el deber de secreto profesional que garantiza el valor y el derecho a la intimidad de los pacientes. La limitación de la finalidad, obliga a recolectar y dar tratamiento a los datos exclusivamente para los objetivos específicos y legítimos que se estipularon. Cuando se usan para otros fines es indispensable legitimarlo con un consentimiento voluntario y específico de la persona.

Los tres principios éticos mencionados se basan en los valores de dignidad, libertad e intimidad, y en los principios que los justifican: no hacer daño y tratar a todos con igual consideración y respeto.

3. *Virtudes morales para incrementar la protección de datos sanitarios*

Es necesario proteger la calidad de los datos sanitarios. Para esto, es obligatorio tratar los datos de forma leal y legítima; recolectarlos y usarlos sólo para el cumplimiento de fines determinados, transparentes y justificados. Estos deben ser exactos, adecuados y pertinentes en relación con los objetivos planteados, y responder con veracidad al contexto medido. El uso honesto de datos implica que los registros deben ser eliminados cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para el propósito establecido. Entre las virtudes⁸ vinculadas con la protección de los datos en salud incluyen la lealtad, la veracidad y la honestidad.⁹

La lealtad, entendida como la disposición de cumplir con lo que demandan los valores de dignidad e intimidad de las personas.¹⁰ La exposición de la intimidad del paciente y la información sobre su salud, es objeto de especial lealtad, concretada en la anonimización y la autenticación de los datos. La veracidad, resulta de la disposición positiva de buscar la verdad, que está íntimamente relacionada con el ser sincero, honesto y actuar de buena fe. Es lo opuesto a la mentira y a la falsedad, tan importantes a la hora de proteger datos personales relacionados con la salud. La honestidad, considerada como la disposición positiva de comportarse y expresarse con sinceridad, respetando los valores de la intimidad y la verdad. Consiste en respetarse y hacerlo con los demás. Es clave de las relaciones humanas y, en particular, de las de confianza sanitario-paciente, para guardar secreto como para revelarlo de manera proporcionada y en sus justos límites, basados en el principio de excepción.

4. *Deber moral de respetar los derechos vinculados con la protección de datos*

La transparencia de la información, comunicación y modalidades de ejercicio de los derechos del interesado resultan fundamentales para proteger los derechos de las personas en relación al uso de sus datos. Debe respetarse el principio de la

8 Catecismo de la Iglesia Católica. Tercera parte la vida en cristo. Primera sección la vocación del hombre: la vida en el espíritu. Capítulo primero: la dignidad de la persona humana. Disponible en: < https://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s1c1a7_sp.html>

9 Cuaderno "Fortalecemos Valores, Principios y Virtudes Colección cuadernos de Formación Continua. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, Ministerio de Educación de Bolivia. Estado Plurinacional de Bolivia, 2020. Disponible en: < https://www.unodc.org/documents/bolivia/Cuaderno_de_Formacion_Continua_1.pdf>

10 Aguirre Palma, B. Valores morales en la conducta personal. Enfoque 2: 77-101. Universidad Tecnológica Equinoccial, Facultad de Ciencias de la Ingeniería. Ecuador.

transparencia, unido al de justicia, y entendido como la capacidad de los seres humanos de pensar y actuar responsablemente conforme a unos conocimientos que propendan por el cuidado, la preservación, la conservación y la propagación de la vida, se hace indispensable.

Resulta necesario proteger la información y acceso a los datos personales de manera de cuidar indirectamente a las personas. Junto con esto se establece la obligación de la notificación relativa a la corrección o eliminación de datos personales o la limitación del tratamiento de los mismos.

5. Del tratamiento de la enfermedad a la planificación de la salud

Cuando con los datos recolectados se elaboran políticas sanitarias, se debe considerar su relación con la bioética. Por su vinculación directa con la persona humana, en particular en los momentos más vulnerables de la vida del hombre como nacimiento, edad avanzada y discapacidades debe interesar a todos los que forman parte de la sociedad a la que están afectando las políticas de planificación. El problema más grave vinculado con las actuales políticas de salud, surge de las propias planificaciones que no son conformes con la naturaleza humana y van en contra de lo realmente importante, que es lograr una mejor distribución poblacional y material, de tal forma que contribuyan a crear mejores condiciones de vida e impulsar el desarrollo sanitario y el perfeccionamiento humano. Esta planificación debe sostenerse en el principio de pertinencia. Las decisiones de salud pública que surgen de la evaluación de los indicadores, deben atender a los problemas de salud que aspiran corregir, justificando su necesidad basada en los criterios de proporcionalidad, eficiencia y sostenibilidad.

Existen un grupo de enfermedades que se consideran de gran importancia para la salud pública. El cuidado de la comunidad exige que estos cuadros se notifiquen cuando los médicos o bioquímicos las diagnostican.¹¹ La comunicación permite recoger datos estadísticos que muestren la frecuencia con la cual ocurre la enfermedad, lo cual, a su vez, ayuda a identificar las tendencias de la enfermedad y a rastrear sus brotes. Esto puede ayudar a controlar brotes futuros. Esta

11 Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria – 2007. República Argentina. Disponible en: <<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y-control-de-enfermedades-de-notificacion>>

responsabilidad de los profesionales del equipo de salud compromete a todos los profesionales en los reportes.¹²

Es importante orientar las decisiones de los profesionales de la salud pública, para que consideren los alcances éticos de las intervenciones en salud que proponen. Kass,¹³ plantea un marco que utiliza distintos criterios para evaluar la ética de las políticas y programas de salud pública, que involucren el considerar que la medida adoptada debe tener el potencial de mejorar la salud de la comunidad, debe ser eficaz para el logro de sus objetivos, y que las cargas de la medida deben minimizarse o considerar medidas alternativas. Por último, sostiene que las medidas de salud pública deben implementarse de modo justo con cargas y beneficios equilibrados. El uso incorrecto de los datos y los indicadores puede llevar a conclusiones erradas. Por esto, los planificadores de la salud pública deben buscar la información necesaria para poner en práctica políticas y programas eficaces que protejan y promuevan la salud.¹⁴ Basados en el principio de precaución, los indicios de una posible consecuencia grave para la salud de la población, aun cuando exista un nivel de incertidumbre sobre el carácter del riesgo, debe determinar la suspensión o limitación de la actividad planificada.

Los indicadores incrementan el bien en la comunidad. La gestión adquiere un papel importante en la planificación conveniente de la distribución de recursos y la toma de decisiones correctas para lograr el mayor impacto social de los bienes de salud. Los indicadores son fundamentales para tomar decisiones en forma racional y eficiente en la búsqueda de cumplir los objetivos de salud, se busca el beneficio individual y al mismo tiempo colectivo. La información que se genera con la medición de los indicadores, sirve de base para la toma de decisiones en la búsqueda constante por alcanzar el bien para cada una de las personas y la sociedad en general.

No es posible generar el bien apartándose de la verdad. Hacer el bien protege a las personas y a sus grupos. Debido a que la verdad es la manifestación de la realidad que corresponde al conocimiento porque manifestar es dar a conocer. Por lo que un indicador que porta intrínsecamente la verdad permite un conoci-

12 Pautas de la OMS sobre la ética en la vigilancia de la salud pública. Organización Mundial de la Salud 2017 ISBN: 978-92-4-151265-7 <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34499/9789275319840-spa.pdf?sequence=6>

13 Kass, N. E. «An ethics framework for public health». Am. J. Public Health, 91, 2001, págs. 1776-82

14 Public Health Leadership Society.5 Principles of the Ethical Practice of Public Health Version 2.2. Disponible en: < https://www.apha.org/-/media/files/pdf/membergroups/ethics/ethics_brochure.ashx>

miento verdadero de la realidad sanitaria y por consiguiente genera un bien a la comunidad.

El análisis de indicadores veraces y oportunos permite generar una planificación en salud tendiente a contribuir a la promoción de la justicia y la equidad para conseguir una mejora de la salud que impacte directamente en el conjunto de la población, aportando valor a este bien. Todo proyecto pensado para la comunidad tiene que ser evaluado con indicadores y patrones para poder ser mejorado.

Programar es prepararse para hacer algo en la mejor forma posible, es prever los eventos con la anticipación suficiente para que al momento de la acción no haya dudas sobre lo que se debe hacer, ni falten los elementos para poder hacer lo que se propone. Sus propósitos fundamentales son profundizar la comprensión y ampliar la visión de los responsables de la toma de decisiones a todo nivel. La planificación, entonces, es un proceso que se ocupa de reunir información y utilizarla para el desarrollo, elaboración y evaluación de las acciones y actividades que se van a implementar. La epidemiología brinda un método dentro del proceso de organización para reunir la información y para establecer lineamientos para actuar en base a la misma. La programación de la salud es un proceso que está relacionado con la estructura de valores de una sociedad y con lo que ella considera importante. Se trata de una actividad normativa, donde se deciden prioridades y las alternativas de acción que tendrán consecuencias en el mediano y el largo plazo. Las pautas de acción proporcionan un marco general para la acción organizativa.

Existe un modelo tradicional de asumir la planificación sanitaria, donde no se consideran las particularidades de las comunidades en las que se desea introducir intervenciones. La programación desde este enfoque, se trata de un procedimiento que tiende a fijar normas de contenido racional, que generalmente dependen de la posibilidad tecnológica y se refieren a la oportunidad de actuar en el futuro. La concepción de actividades del sistema de salud, ignora aquellos aspectos de la misma que se refieren al estilo de vida, al medio-ambiente, a los procesos sociales, a las bases culturales. Este modelo no busca implementar el bien de la comunidad, ya que no se basa en la valoración de la misma. Se trata de un modelo estático que no consigue información proveniente de la vida de las personas a las cuales va a afectar. La concepción de la planificación en salud implementada desde la bioética, debe sostenerse en un conocimiento integral de la comunidad, utilizando como base la información que procede de la misma. En este marco, los indicadores referidos a la salud, se transforman en esperanza y son capitalizados en el proceso de planificación. Se prevé la necesidad de garantizar continuidad en los procesos, por ello considera que el tiempo de la programación es el de la situación

real y el futuro se construye desde esa base, considerando la dinámica social y las necesidades verdaderas. Esta concepción de la programación, no busca establecer normas para actuar, sino desencadenar un proceso de análisis de los problemas socio-sanitarios que lleva a proponer metas que debe ser analizadas en forma permanente en conjunto con la comunidad.

La construcción de indicadores permite, por un lado, identificar las necesidades de atención de salud de una población y establecer prioridades, y por el otro, orientar los recursos y actividades de la red de servicios para resolver los problemas prevalentes en las poblaciones más necesitadas. En este sentido, promover la participación de la comunidad en la definición de prioridades y en la realización de actividades, permite ajustar permanentemente las acciones de salud para lograr la cobertura efectiva y la resolución de los problemas, y al mismo tiempo evaluar los procesos y resultados de estas operaciones. El análisis de los indicadores no debe limitarse al insensible análisis estadístico, y debe tenerse en cuenta lo que las personas piensan y sienten respecto a sus necesidades y expectativas en relación a las políticas implementadas. El análisis de la utilización del servicio y la identificación de otros recursos comunitarios constituye el elemento básico para trabajar la asignación de prioridades ubicando a la salud en el centro de la justicia social.

Las decisiones que se toman en salud pública en torno a la asistencia sanitaria, planificación, atención clínica y biotecnológica se deben enmarcar desde una perspectiva bioética ya que representa un soporte importante para orientar las decisiones en salud pública. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos,¹⁵ es uno de los marcos referenciales para establecer los lineamientos que en materia de bioética se requiere incorporar en la toma de decisiones, acciones de intervención y políticas estratégicas en salud pública.

IV. CONCLUSIONES

Medir la salud no es fácil. Sin embargo, es posible aportar valor a las mediciones, de manera de proteger a la persona y ubicarla en el centro de la gestión en salud, considerándola el punto de partida y el fin de las mismas. El análisis de indicadores veraces y oportunos permite generar una planificación en salud tendiente a contribuir a la promoción de la justicia y la equidad para conseguir una mejora de la salud que alcance efectivamente al conjunto de la población aportando va-

15 UNESCO, Declaración Universal de bioética y derechos humanos, 2005. Disponible en: <http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html>

lor a este bien. Todo proyecto comunitario debe que ser evaluado con indicadores veraces y estándares reales para poder ser mejorado.

Dentro de los ámbitos de incumbencia de la bioética se encuentran los problemas éticos de las profesiones y las políticas sanitarias y de planificación sanitaria, como el uso de los recursos económicos y asignación del presupuesto, que se sostienen en sociabilidad y subsidiariedad en salud. La salud como un bien que hay que alcanzar socialmente, sin excluir a nadie. En el compromiso real con la vida del otro, podemos reconocer su dignidad y, por lo tanto, la necesidad de la defensa y promoción de su vida sin perder la centralidad que es la persona misma.

Los indicadores sanitarios resultan útiles para defender las vidas amenazadas. Pero más importante y eficaz es que se trabaje activamente en la construcción de una sociedad inclusiva donde los discapacitados, los débiles, los vulnerables, no sean considerados una carga insoportable la cual es necesario eliminar, sino que todos sean reconocidos como personas dotadas de capacidades que si se les da la oportunidad de desarrollarse pueden enriquecer a toda la sociedad.

La persona está abierta a la comunidad y la relación que existe entre sociedad y persona nunca es imparcial, existe un vínculo directo e indirecto que orienta la salud, el bienestar e incluso la personalidad hacia la solidaridad y el sentimiento fraternal. Es el principio de sociabilidad el que justifica el hecho de que las políticas públicas favorezcan el bien común, como la donación de órganos y tejidos, sin dejar de lado los derechos fundamentales de las personas, los sistemas de salud con régimen subsidiario y contributivo, buscan un equilibrio entre ayudar a quienes pueden aportar económicamente un poco más y quienes necesitan de ser subsidiados por no tener recursos financieros para recibir sus tratamientos médicos.

La bioética personalista, parte del análisis del dato biológico y observa las consecuencias que se desprenden de la planificación, mediante la confrontación de la misma con los valores implicados, y a favor de la dignidad de la persona. Las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población deben buscar la disminución de las desigualdades sociales e incorporar acciones en este sentido, incluyendo objetivos específicos al respecto y tendiendo a la equidad. La responsabilidad social, la participación activa y colaborativa de la comunidad posibilitan la creación y el sostenimiento de procedimientos en salud útiles y oportunos. Esto se logra con el aporte desinteresado de los datos personales de salud y su transparente y oportuna transformación en indicadores, de modo de incrementar el bien en toda la sociedad.

**PROMOCIÓN
DEL RECONOCIMIENTO
DE LA FERTILIDAD FEMENINA,
EN EL ESPACIO CURRICULAR
DE LA EDUCACIÓN SEXUAL
INTEGRAL (ESI),
EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADAS DE RODEO
DEL MEDIO, MAIPÚ MENDOZA,
AÑO 2018**

(RESUMEN de Tesis)

Fecha de recepción: 27/05/2021

Fecha de aceptación: 26/06/2021

Mg. Prof. Mercedes R. Pennesi

Contacto: mercedespennesi@yahoo.com.ar

- Magister en Ética Biomédica. Instituto de Bioética - UCA.

Palabras clave

- Reconocimiento
- Fertilidad
- Adolescentes
- Educación integral
- Beneficios

Key words

- Recognition
- Fertility
- Adolescents
- Comprehensive education
- Benefits

RESUMEN

Nos interrogamos en primer lugar si las adolescentes de las escuelas de Rodeo del medio que concluyen sus estudios secundarios, son capaces de establecer los días fértiles en sus ciclos.

Para dar respuesta al interrogante decidimos investigar qué conocían las alumnas sobre fertilidad al terminar el nivel medio de educación.

Como estrategia metodológica para obtener la información, utilizamos una encuesta de preguntas cerradas, abiertas y de elección múltiple, que se aplicó a las alumnas.

El análisis de los datos cuantitativos obtenidos, mostraron la imposibilidad que tenían las adolescentes de interpretar correctamente los signos y síntomas de fertilidad.

Expresaron la necesidad de conocer sobre su fertilidad, y respondieron afirmativamente a la propuesta de enseñanza/aprendizaje.

Esta realidad nos llevó a implementar proyectos y acciones concretas tendientes a promover este conocimiento, que además les permitirá elaborar juicios rectos a la hora de tomar decisiones que comprometan su salud y futura fertilidad.

El presente trabajo promueve el Reconocimiento de la Fertilidad Femenina desde los espacios de Educación Sexual Integral (ESI), en adolescentes escolarizadas de Rodeo del Medio, Maipú, Mendoza.

ABSTRACT

First of all, we asked ourselves whether adolescent girls from the schools of Rodeo del Medio who finish high school are able to establish the fertile days in their cycles.

In order to answer this question, we decided to investigate what the students knew about fertility at the end of their secondary education.

As a methodological strategy to obtain the information, we used a survey of closed, open and multiple choice questions, which was applied to the students.

The analysis of the quantitative data obtained showed that it was impossible for the adolescents to correctly interpret the signs and symptoms of fertility.

They expressed the need to know about their fertility, and responded affirmatively to the teaching/learning proposal.

This reality led us to implement projects and concrete actions aimed at promoting this knowledge, which will also allow them to make correct judgments when making decisions that compromise their health and future fertility.

This work promotes the Recognition of Female Fertility from the spaces of Comprehensive Sexual Education (ESI, for its Spanish acronym), in adolescent schoolgirls from Rodeo del Medio, Maipú, Mendoza.

INTRODUCCIÓN

En mi labor docente he tenido la oportunidad de educar, es decir cultivar, en mis alumnos distintas facetas de su persona, como por ejemplo cuidar el bienestar relacionado con el conocimiento de sí, en los aspectos vinculados a la fertilidad, de modo que se descubra valioso el aprendizaje sobre el Reconocimiento de los Síntomas de Fertilidad (RSF) como oportunidad de conocer y aceptar su condición femenina.

Se propone conocer, reconocer e interpretar la expresión de la fisiología reproductiva de la mujer, asociada a los eventos del ciclo ovárico.

Es de vital importancia que toda mujer tenga la oportunidad de adquirir este conocimiento fundado en el marco de una antropología Bioética Personalista.

Estamos inmersos en un contexto social que favorece la elección de conductas inapropiadas que muchas veces conllevan riesgos. Tal es el caso de iniciar la actividad sexual en edades tempranas con las consecuencias lógicas, no siempre asumidas de manera responsable. También conlleva riesgos para la salud física, tal es el caso del contagio de enfermedades de transmisión sexual.

La tarea educativa de padres y docentes debe priorizar una atención especial en esta etapa de vulnerabilidad que transitan hijos y alumnos.

Es importante abordar una educación sexual de forma integral, con el objetivo de alcanzar el crecimiento, desarrollo y maduración plena de la persona.

1.1. Planteo del Problema de investigación

Estamos insertos en una cultura donde no se reconoce la verdad sino que se multiplican las opiniones; no hay valores objetivos sino que cada uno establece su propia jerarquía.

En el año 2003 se pone en marcha el Programa Nacional de Salud sexual y Procreación Responsable, Ley 25673. En el año 2006 surge el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, Ley 26.150 y en el año 2008 se aprueban los Lineamientos curriculares básicos (LCB).

Se han realizado intentos de implementación de la educación sexual integral (ESI) en las escuelas. Y sin embargo los resultados obtenidos distan de ser los esperados. ¿Qué ha sucedido? ¿Hubo falta de comunicación del mensaje? ¿O las propuestas no fueron las adecuadas? Con la normativa existente se evidencia que

el mensaje dirigido hacia púberes y adolescentes, no llegó con la misma sintonía que se emitió; no se interpretó adecuadamente, o el mensaje no fue el apropiado.

A este respecto la Dra. Zelmira Bottini de Rey expresa:

“Evidentemente la educación sexual integral no se ha alcanzado. Quizás lo que ha sucedido es que el abordaje, a pesar del nombre de la Ley, no ha sido integral; que se ha puesto el foco en hacer valer los derechos, dejándose de lado que el gozo de un derecho siempre entraña un deber, se realiza un abordaje reductivo de la sexualidad humana, poniendo el acento en la prevención de riesgos y una concepción hedonista que no ofrece ningún marco de referencia en el cual alcanzar el placer.

Con intención o sin ella, se han incentivado dos rasgos predominantes de nuestra cultura: el individualismo y la inmadurez afectiva. Intentar reducir el embarazo de adolescentes incentivando medidas anticonceptivas, tiene pocas posibilidades de éxito. Se olvida que en el mundo el uso de anticonceptivos, en esta etapa de la vida, ha fracasado y ha obligado a la utilización de métodos cada vez más invasivos y que ponen en mayor riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual. Tal es el caso del DIU y los implantes hormonales.

Mientras se siga estimulando conductas sexuales irresponsables y cada vez más anticipadas en los adolescentes, seguirán aumentando las cifras de embarazo y también de enfermedades. El grave error es tratar de modificar los efectos sin analizar y encarar las causas.” Dra. Zelmira Bottini de Rey.

Por otra parte se puede comprobar que en los lineamientos curriculares básicos para el nivel medio, no se menciona la enseñanza del Reconocimiento de los Síntomas de Fertilidad, y tampoco se nombran los beneficios que tiene este aprendizaje para la mujer. Se trata de una muestra más de falta de integralidad.

1.2. Pregunta de investigación

Nos planteamos si las adolescentes de las escuelas de la Localidad de Rodeo del Medio, Maipú, Mendoza que concluyen su secundario, poseen los conocimientos y habilidades básicas necesarias para reconocer los días fértiles de su ciclo sexual.

A fin de dar respuesta a este interrogante se procedió a investigar qué conocimientos sobre fertilidad tenían las alumnas de las instituciones educativas de nivel medio, tanto de gestión estatal como de gestión privada de la Localidad.

- Se usó como criterio de inclusión para la investigación, a las adolescentes mujeres del último año de la enseñanza del nivel medio que asistieron en las cuatro instituciones año lectivo 2017.
- Como estrategia metodológica: se aplicó una encuesta para cuantificar en las alumnas seleccionadas, los aspectos relacionados con la fisiología femenina y el reconocimiento de los síntomas de fertilidad.
- La encuesta constó de 12 ítems como unidades de análisis y sus opciones de respuestas a través de preguntas cerradas, abiertas y de opción múltiple.

1.3. Alcances

El trabajo de campo permitió objetivar los conocimientos alcanzados por las alumnas, referidos a su fertilidad a lo largo del trayecto educativo.

El procesamiento de los datos objetivos a través de la encuesta permitió elaborar conclusiones. A partir de las cuales se propone como acción concreta la enseñanza del Reconocimiento de la Fertilidad a las adolescentes escolarizadas de nivel medio.

Esta propuesta de enseñanza-aprendizaje del Reconocimiento de la Fertilidad, permitirá a las adolescentes y jóvenes: descubrirse, conocerse y valorarse.

También les permitirá la posibilidad de elegir y decidir conductas coherentes en proyectos de vida actuales y futuros de realización personal y familiar.

CAPÍTULO I

1. Estado del arte

1.1. Reconocimiento de la fertilidad femenina desde orígenes remotos

La historia da cuenta de la presencia del hombre sobre la tierra, manifestando su presencia con huellas indelebles sobre sus asuntos de significación.

El hombre primitivo fue muy sensible a su naturaleza y al entorno que lo cobijó. Distintas evidencias muestran que la mujer desde tiempos remotos imprime señales de su fertilidad dejando signos hoy reconocibles.

Se nos presenta en el siguiente texto una original muestra de autoconocimiento de valor, al interpretar signos de la fisiología reproductiva de la mujer desde tiempos remotos.

El hueso de Ishango y de Lebombo



"En 1960, el geólogo y explorador belga Jean de Heinzelin de Braucourt (1920-1998) descubrió en Ishango, lo que hoy es la República Democrática del Congo, un hueso de babuino con una serie de marcas... algunos científicos consideran que las marcas indican cierta destreza matemática que va más allá de la mera tarea de contar objetos.

Se han encontrado otras varas anteriores al hueso de Ishango, el hueso de Swaziland Lebombo, descubierto en las montañas de Lebombo África del sur, es un peroné de babuino de treinta y siete mil años de antigüedad que contiene veintinueve muescas, separadas de otras veintinueve..., se considera que las marcas del hueso de Lebombo forman una especie de calendario lunar de la mujer de la Edad de Piedra, que llevaba la cuenta de sus ciclos menstruales..."¹.

1 Pickover Clifford A. El libro de las matemáticas. Ed. Española Ilus Books; 2011: p. 26-27.

1.2. Eventos significativos en el descubrimiento de los síntomas de fertilidad

1.2.1. Primera descripción de la mucosidad y cambio térmico

Desde el año 1855 el Dr. Tyler Smith describió la mucosidad cervical y observó que la concepción ocurría con más frecuencia cuando la mucosidad era más fluida.

En 1877 la Dra. Corinna Mary Putnam Jacobi notó por primera vez que la temperatura sube durante su ciclo, lo que conocemos como curva bifásica, contaba con un grupo de mujeres que se tomaban la temperatura todos los días del ciclo y observó el patrón de alza en la temperatura. Sólo observó el fenómeno sin preguntarse por qué.

Al final del siglo XIX, los dos elementos básicos para determinar los tiempos fértiles e infértiles del ciclo habían sido descubiertos. Esto incluye el descubrimiento de la mucosidad cervical como un conductor de la migración de espermatozoides en 1855, y el aumento de la temperatura postovulatoria en 1877.

El cambio térmico que registró Mary Jacobi fue explicado científicamente por el Dr. Theodor Van De Velde (1873-1937) ginecólogo holandés, quien fue el primero en reconocer, que el cambio de la temperatura era causado por la hormona progesterona del cuerpo lúteo una vez producida la ovulación.

En el año 1924 dos investigadores trabajando independientemente en lugares opuestos del mundo, descubrieron que la ovulación ocurre alrededor de 2 semanas antes de la menstruación siguiente. Kyusaku Ogino (1882-1975) ginecólogo cirujano japonés, y Hermann Knaus ginecólogo y obstetra austriaco coincidieron en lograr uno de los descubrimientos científicos de la fertilidad más grandes del siglo 20.

Durante los años de la década del 40 hubo un creciente reconocimiento sobre el gran valor de la temperatura para determinar el comienzo de la infertilidad postovulatoria.

En 1948 el Dr. Eduard F. Keefe de Nueva York, especialista en obstetricia y ginecología, reconoció que podría ser fácil para las personas observar y registrar los cambios de temperatura si tuvieran un termómetro fácil de leer; por lo cual inventó el termómetro Ovulindex con un registro de 96 a 100 grados Fahrenheit y más espacio entre los indicadores de los grados.

1.2.2. Primeros registros de los cambios en el cuello del útero

El Dr. Keefe instruyó a sus pacientes a observar la mucosidad del cuello del útero. Comenzó una investigación sistemática, y en el año 1962 publicó un trabajo sobre los tres cambios físicos que presenta el cuello del útero cuando se acerca la fertilidad en cada ciclo: se eleva, se blanda y se abre.

Entre 1951-52 el médico austriaco Dr. Joseph Roetzer describe las primeras reglas de su método de planificación natural familiar que tiene en cuenta temperatura y mucosidad.

En 1948, el investigador sueco Dr. Erik Odeblad, se dio cuenta en un estudio de micoplasma cervical que la mucosidad del cuello del útero cambiaba siguiendo un patrón predecible en el curso del ciclo de la mujer. Entre los hallazgos de Odeblad relacionados con los signos de la mucosidad, se incluye el que muestra que las cavidades de Shaw y la capa de células epiteliales de la vagina, juegan roles importantes en el comportamiento de la humedad vulvar.

En el año 1953 un neurólogo australiano el Dr. John Billings, descubrió la relación entre la mucosidad del cuello del útero y la fertilidad. El Dr. Billings vio la necesidad de diseñar un método de Planificación Natural Familiar, y que estuviera unido a la progresión de la fertilidad en el ciclo de la mujer.

En 1965, el Dr. Billings junto con su esposa la Dra. Evelyn Billings fueron los primeros en describir el uso de la mucosidad del cuello de útero como un único signo para indicar la fertilidad.

En 1962 otro australiano, el Dr. James Brown, desarrolló pruebas de estrógenos y progesterona, que usó para ayudar a los Dres. Billings a entender la interacción entre la mucosidad del cuello del útero y la ovulación.

A finales de los años 60 fueron formuladas las normas para identificar los días fértiles por mucosidad. Se establecieron centros alrededor del mundo para enseñar el método de la ovulación. Para los años 70 se le dio nuevo nombre, Método de la Ovulación Billings, también llamado del Moco Cervical o Método Billings.

En 1971 Jhon y Sheila Kippley fundaron la Liga de Pareja a Pareja enseñando el método sintotérmico que utiliza la toma de temperatura, expresión de mucosidad cervical y apertura del cuello de útero.

El método Sintotérmico, basado en la asociación de señales determina los tiempos fértiles e infértiles dentro de cada ciclo. Hoy se presenta de manera sencilla la forma de enseñar, aprender e interpretar los indicadores de fertilidad ac-

tualizando la capacitación constante de las parejas instructoras que comparten los conocimientos con las parejas que lo solicitan.

En 1976 Tomas Hilgers presentó un método guía, tendiente a ayudar a las mujeres con dificultades para lograr el embarazo, esta metodología se conoce con el nombre de Naprotecnología, el método que utiliza se llama Método Creighton que realiza una categorización de los tipos de moco cervical, favoreciendo encontrar la causa y tratamiento del problema"²

Hoy sabemos por la investigación científica y la experiencia probada:

Que el evento más importante de un ciclo fértil es la ovulación.

Que la ovulación está asociada al equilibrio hormonal.

Que existe la expresión corporal de señales naturales e indicadores de fertilidad.

Que toda mujer puede identificarlos e interpretarlos correctamente.

Que la pareja puede regular responsable y saludablemente su fecundidad.

1.3. Beneficios de reconocer los síntomas de fertilidad para la mujer

Lo expuesto en los párrafos anteriores, hoy nos permite contar con rigor científico sobre los beneficios de reconocer la fertilidad de la mujer.

Como lo expresa la autora del libro "Reconocer la propia fertilidad. Oportunidad y derecho de toda mujer":

Reconocer la propia fertilidad es una propuesta educativa que requiere la decisión de realizar un camino de aprendizaje. Y como en todo aprendizaje, la motivación adecuada ocupa un lugar fundamental.

Esta motivación responde al afán de saber y conocerse, propio de toda mujer y seguramente será fortalecida por el conocimiento de los beneficios que aporta a toda mujer aprender a realizar este reconocimiento.

² Kippley, John F. Kippley, Sheila K. El Arte de la Planificación Natural de la Familia. G guía del instructor. Liga de Pareja a Pareja Internacional. Cincinnati, USA. 2010. NFPMtcs-0

¿Cuáles son estos beneficios?

- Ayuda a la mujer a comprender la vinculación, entre el proceso que cíclicamente tiene lugar en su cuerpo, y los cambios no sólo físicos sino también psicoafectivos que experimenta su persona. Esto contribuye a la aceptación de su feminidad y también al autogobierno de sí misma.
- Logra comprobar el correcto funcionamiento de su aparato reproductor, ya que a partir de la lectura de las señales de fertilidad, puede seguir las distintas fases de su ciclo. Esto le permite advertir cualquier alteración del mismo, y si fuera necesario, realizar una consulta médica.
- Al conocer el orden admirable de los procesos que tienen lugar en su cuerpo, la posible generación de la vida deja de ser percibida como un riesgo, y pasa a ser considerada como algo muy valioso que exige cuidado y respeto.
- Tanto a las mujeres adultas como adolescentes, el conocimiento de sí misma las ayuda a valorar el sentido de su propia dignidad y esto favorece la autoestima.
- En definitiva, son muchos los beneficios que proporciona aprender a realizar el reconocimiento de la fertilidad cíclica³.

CAPÍTULO II

1. Marco teórico

Poseer un conocimiento nos interpela a compartirlo, especialmente con los jóvenes a quienes se les presenta la posibilidad de una elección saludable aplicable en toda su etapa reproductiva.

Se propone estudiar y valorar esta opción de aprendizaje sobre el reconocimiento de fertilidad de la mujer.

El contexto y las circunstancias que acompañan a las adolescentes escolarizadas no son las más adecuadas y oportunas para recibir e internalizar este aprendizaje particular, está en nosotros con la educación, propiciar los medios, la experiencia y pericia para mostrar un valor que persiste en el tiempo beneficiando a las parejas.

3 Bottini Z, Pirreux J, Curriá M. Reconocer la propia fertilidad. Oportunidad y derecho de toda mujer. 1ra ed. Buenos Aires (Argentina): Educa; 2015. p. 7.

La antropología adecuada es el fundamento para el Reconocimiento de la Fertilidad Humana cuyo presupuesto filosófico se centra en la unidad en el obrar humano.

1.1. La unidad en el obrar humano

Carlo Caffarra, cardenal italiano fallecido en 2017, nos comenta sobre la importancia del conocimiento de los dinamismos que posibilitan a la persona para el obrar humano y el mecanismo de integración de éstos⁴.

Gracias a la unidad sustancial cuerpo-espíritu podemos evidenciar que la persona humana tiene conciencia de ser un único sujeto, pero a la vez constata que. Se distinguen tres dinamismos, tres facultades, o tres capacidades para la acción:

1°. El dinamismo físico-biológico como el beber, que tiene un cierto automatismo en la propia realidad del organismo. No siempre la libertad actúa poniendo las bases para que sea controlado.

2°. El segundo es el dinamismo psíquico-afectivo que corresponde a una realidad intermedia entre lo que es físico-biológico y lo que es a la vez espiritual; se incluye la afectividad, y como centro de ésta, se halla el "corazón", entendido no solamente como "órgano" de todos los deseos y anhelos, de sentimientos genuinos como el amor, la alegría, la pena, la contrición, la compasión y muchos otros, de todo "conmoverse", todos los tipos de felicidad y dolor, sino como verdadero núcleo del ser afectivo de la persona humana.⁵

3°. El tercero se refiere al dinamismo espiritual de orden natural que lleva a la persona a poder entender y realizar cualquier acción que haya sido decidida por sí misma gracias a la memoria, la inteligencia y la voluntad.

¿Cómo se asocian los dinamismos al Reconocimiento de la Fertilidad?

La auto-observación diaria de los indicadores de fertilidad, como por ejemplo el moco cervical y temperatura basal evidencia la endocrinología de la reproducción (dinamismo físico biológico) como los más importantes.

4 Caffarra, Carlo. *Ética General de la Sexualidad humana*, Madrid, Ediciones Internacionales Universitarias, 2000, p. 33-37.

5 "Es en la esfera afectiva, en el corazón, donde se almacenan los tesoros de la vida más individual de la persona; en el corazón donde encontramos el secreto de una persona; y es aquí donde se pronuncia la palabra más íntima" Von Hildebrand, *El corazón*, Madrid, Palabra, 1998, p. 118.

A su vez, en el dinamismo psico-afectivo se resaltan las diversas situaciones de aplicación del (RF) por ejemplo: búsqueda o postergación del embarazo, y distintas situaciones que puede vivir la mujer durante su vida reproductiva, tales como periodos de lactancia, la peri menopausia, contienen una gran variedad de experiencias en la vida afectiva de sentimientos y emociones.

Por último, la facultad intelectual y volitiva (dinamismo espiritual) capacita para el conocimiento y características específicas de cada fase del ciclo, identificación de ventana de fertilidad, gráfica de registros etc., actividades que requieren de este dinamismo.

La integración de la persona se da en el orden del ser, pero también tiene que darse en el orden del actuar. La experiencia muestra que no siempre hay una armonía entre los dinamismos físico-biológicos, psico-afectivos y el dinamismo espiritual. Por consiguiente, hay una nueva dimensión de la unidad sustancial de la persona humana y es la integración de los dinamismos⁶

La unidad de la persona humana en el actuar hay que conquistarla.

Hay dos movimientos que son necesarios para lograr la unidad en el actuar:

Que el instinto tienda habitualmente a lo que el afecto plenamente humano le señala.

Que la inteligencia descubra lo bueno para que la voluntad se oriente hacia ese fin, según la dignidad del obrar específicamente humano.

Que la sensibilidad siempre reaccione frente al bien, queriéndolo.

La afectividad responda verdaderamente al bien realizado.

La inteligencia no se turbe, siempre busque la verdad.

La voluntad sólo quiera concebir el bien moral.

Esto se logra a través de dos movimientos, la autotrascendencia y el autogobierno.

La inteligencia que ve la existencia de serios motivos para engendrar o no un hijo, podría orientar el impulso sexual y esperar hasta la fase infértil, esto es autotrascenderse.

6 Cafarra Carlo, Ética General de la sexualidad...Ibid., p.15.

Sólo la persona puede orientar sus estímulos con el dinamismo espiritual inteligencia y voluntad.

La inteligencia hace ver agudamente el bien moral, pero no es suficiente, es necesario ser capaz de realizar el acto libre, es decir con un acto de voluntad, gobernar esos instintos y afectos. Eso se llama autogobierno; este automovimiento de la persona hacia el bien moral compromete a toda la persona, es importante que el corazón, el intelecto y la voluntad cooperen entre sí.

A modo de conclusión sobre el obrar humano y Reconocimiento de la Fertilidad:

- La posible generación de la vida deja de ser percibida como un riesgo y pasa a ser considerada como algo muy valioso que exige cuidado y respeto.
- La persona se encuentra dividida cuando recurre a la contracepción no pudiendo especialmente, en adolescentes, superar pulsiones, pasión y sentimientos provisorios.
- El Reconocimiento de los Síntomas de Fertilidad induce la paternidad responsable como estilo de vida que conduce al diálogo, la prudencia y responsabilidad procreativa custodiando la familia.

1.2. Fertilidad Humana

Estamos frente a un desafío que debemos encarar desde lo personal, familiar y social, como padres, docentes e investigadores comprometidos en cultivar los aspectos relacionados con el Reconocimiento de la Fertilidad.

Aunque sintamos ser comparados con los salmones porque vamos en contra de la corriente contraceptiva, esterilizante y abortista, contamos con los fundamentos científicos y una antropología personalista, centrada en la noción unitaria e integral de la persona humana; que invita a reconocer la naturaleza y "el misterio" de la fertilidad humana.

La persona humana fértil es la que es capaz, en el encuentro con un diferente también fértil, de perpetuar la especie y trascender a través de sus hijos

El ser humano existe por naturaleza como varón o como mujer. A partir de la concepción va desarrollando a lo largo de su ciclo vital las potencialidades. La fertilidad constituye una de las tantas capacidades que desarrolla el ser humano.

*"La fertilidad es la capacidad de reproducirse y tiene características diferentes en los varones y en las mujeres. El varón, desde que empieza a producir espermatozoides, alrededor de los catorce años, es fértil todos los días durante el resto de su vida. La mujer, a partir de que comienza a madurar óvulos, a los doce años aproximadamente, tiene una fertilidad cíclica, es decir que aparece y desaparece a lo largo de su ciclo; y también acotada a unos años de su vida"*⁷

Centramos la atención en la dimensión biológica de la mujer enfocando al cuerpo femenino en su anatomía y fisiología del cual derivan los indicadores en directa vinculación con su fertilidad.

La fertilidad humana es para la Bioética uno de sus núcleos de análisis de discernimiento y deliberación relevantes en la toma de decisiones al servicio de la vida, reconociendo el atributo más llamativo en la mujer como el privilegio de ser madre transmisora de la vida en unión con el varón.

***Para que una mujer logre concebir y logre gestar un nuevo ser debe haber:**

***Una ovulación satisfactoria que deriva de un ciclo hormonal adecuado.**

***Espermatozoides adecuados en cantidad y calidad.**

***Una función del cuello cervical apropiada en la producción de moco estrogénico, que capacitará a las células espermáticas saludables para que alcancen y fertilicen al óvulo.**

***Trompas de Falopio permeables y móviles para lograr aspirar al óvulo y permitir el paso de espermatozoides y óvulos.**

***Endometrio receptivo para la implantación del embrión.**

***Los Dres. Evelyn y John Billings consideran necesario, además de la dimensión biológica señalada, hacer hincapié en el dinamismo psicoafectivo de la armonía emocional entre esposo y esposa como esencial, para el funcionamiento normal del sistema reproductivo de la mujer"**⁸

7 Bottini Z, Pirreux J, Curria M. Reconocer la propia fertilidad. Oportunidad y derecho de toda mujer. 1ra ed. Buenos Aires: Educa; p7. 2015.

8 Billings E, Billings J. Enseñanza del método de la ovulación Billings (parte 2), 1ra ed. México: WOOMB Internacional; 1997 p. 47.

1.2.1. Anatomía y fisiología femenina de la reproducción base para el (RSF)

Es oportuno interiorizarnos sobre la anatomía y fisiología reproductiva femenina. La que guiará a descubrir los indicadores para el Reconocimiento de la Fertilidad.

Nos remitiremos a los primeros momentos de la generación de un nuevo ser humano, quien nos revela que a partir de la concepción se inicia la vida humana.

La unión de las dos gametas, óvulo y espermatozoide da lugar a la cigota primera célula que a través de la expresión de su ADN ordena un proceso coordinado, continuo y gradual dando lugar a la diferenciación celular ⁹.

Diferenciación que va progresando hacia la histogénesis de un embrión humano, que en 7 días es reconocido por un endometrio receptivo en diálogo embrio-materno, para avanzar en la organogénesis y morfogénesis del proceso gestacional, manifestando sus potencialidades de nuevo ser humano singular.

Se considera a las gónadas, ovarios femeninos y testículos masculinos, ambas glándulas de secreción mixta y sus conductos correspondientes derivan de la hoja germinativa del mesodermo.

A las doce semanas los genitales externos se han desarrollado lo suficiente como para que en este tiempo, pueda determinarse por medio del examen ecográfico el sexo del feto.

1.2.2. Formación del óvulo

En la figura 1, se representa esquemáticamente un segmento del ovario en diferentes etapas de desarrollo.¹⁰

9 M., M. I. (2006). *Los primeros quince días de una vida humana*. Navarra: Ediciones Universidad de Navarra, S.A (EUNSA). P. 19: "La diferenciación de una célula es un proceso ordenado y preciso por el cual unos determinados genes se abren a la expresión, mientras que otros se cierran. A través de este proceso la célula se determina a ser de un tipo especializado, a tener un fenotipo concreto; fabrica un tipo u otro material y por ello desempeña un tipo u otra función".

10 Sadler T. W. *Langman's Medical Embryology*. 7a. ed. Buenos Aires Argentina, Editorial Médica Panamericana; 1999, p. 12.

- A los cuatro meses.

Los ovogonios están en cúmulos en la porción cortical del ovario; algunos presentan mitosis, otros ya se han diferenciado en ovocitos primarios y entraron en la profase de la primera división meiótica.

- A los siete meses.

Casi todos los ovogonios se han convertido en ovocitos primarios, los cuales se encuentran en la profase de la primera división meiótica.

- En el momento del nacimiento.

No hay ovogonios. Cada ovocito primario está rodeado por una capa única de células foliculares, lo cual forma el folículo primordial. Los ovocitos han pasado a la fase de diploteno, en la cual permanecen hasta inmediatamente antes de la ovulación. Sólo entonces entran en la metafase de la primera división meiótica.

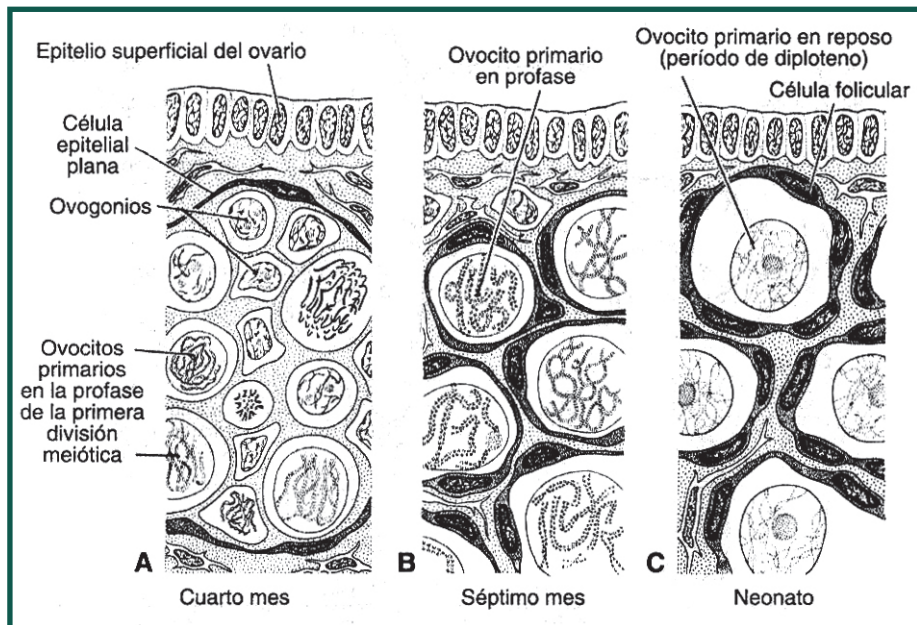


Fig.1. Representación esquemática de un segmento del ovario en diferentes etapas de desarrollo.

Aproximadamente en el momento del nacimiento, los ovocitos primarios permanecen en la profase y no terminan su primera división meiótica antes de llegar a la pubertad, aparentemente debido a una sustancia inhibidora de la maduración del ovocito secretada por las células foliculares.

Se calcula que la recién nacida tiene entre 700.000 y 2.000.000 de ovocitos primarios. Dado que los siguientes años de la niñez la mayor parte de los ovocitos experimentan atresia.

Al comienzo de la pubertad sólo quedan alrededor de 400.000 y menos de 500 llegarán a la ovulación en el curso del período reproductor de la vida de una persona.¹¹

Desde la concepción la persona es sexuada, varón y mujer, y ésta condición se manifiesta en todas las esferas de su personalidad.

Desde la pubertad los cambios son evidentes e integrales, comprometen la dimensión física, psicoafectiva, espiritual y conductas sociales.

Las hormonas son las protagonistas que comandan cambios, también los dirigidos hacia el proceso de la reproducción.

1.2.3. Ovulación

"En la pubertad la mujer comienza a presentar ciclos menstruales regulares, también llamados ciclos sexuales y ováricos que son regulados por hormonas.

Al comenzar cada ciclo ovárico, entre 5 y 15 folículos primordiales comienzan a crecer, en condiciones normales, sólo uno de estos folículos (Folículo de Graf) alcanza su madurez total y únicamente se expulsa un ovocito; los demás degeneran y se convierten en folículos atrésicos. ...en coincidencia con el desarrollo del folículo de Graf el ovocito primario, que hasta entonces permanecía en el período de diploteno, reanuda y completa su primera división meiótica .

Entretando la superficie del ovario comienza a presentar un abultamiento local, en cuyo vértice aparece una mancha avascular, el llamado estigma.

¹¹ Ídem, p. 20.

Como consecuencia del debilitamiento local y la degeneración de la superficie del ovario, el aumento de la presión folicular y la contracción muscular de la pared del ovario es expulsado el ovocito.¹²

Surge la ovulación y simultaneamente las franjas del pavellón experimentan un movimiento de barrido sobre el folículo que está rompiéndose, para recoger el ovocito y conducirlo hasta la trompa uterina.

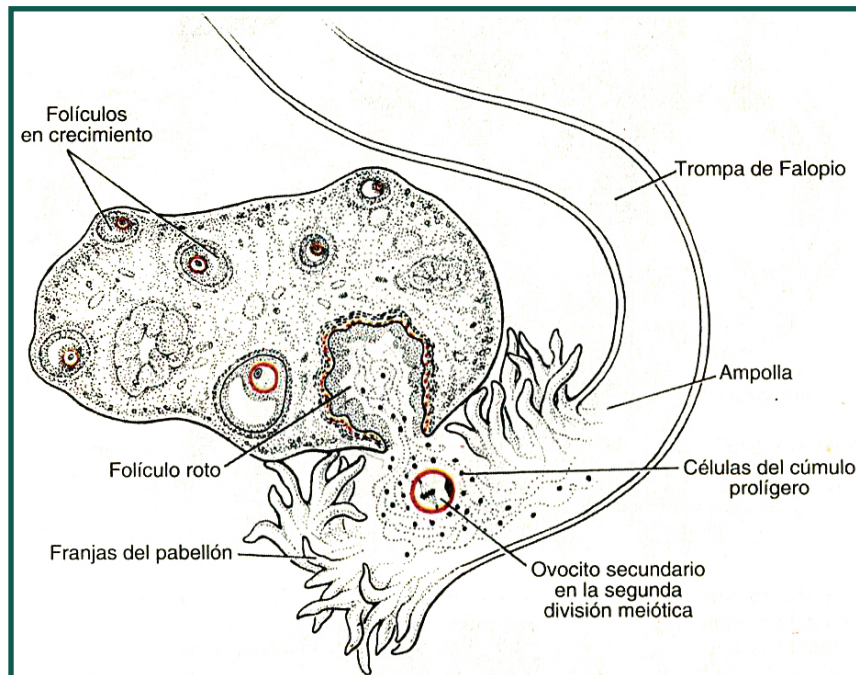


Fig.2. Esquema de la Ovulación. Sadler T. W. Langman's Medical Embryology. 7a. ed. Buenos Aires Argentina, Editorial Médica Panamericana; 1999: p. 24.

12 Ídem, p. 21.

1.2.4. Interrelación hormonal en el ciclo reproductivo de la mujer

Como se había anticipado en párrafos anteriores, toda la armonía anatómica fisiológica del sistema reproductivo se manifiesta en la precisa complejidad de la interrelación hormonal.

Los órganos blancos son los que responden a estímulos hormonales, reaccionan específicamente según función a desempeñar.

Leemos en Embriología Médica: "Los ciclos menstruales son regulados por el hipotálamo. La hormona liberadora de gonadotrofina (GnRH) producida por el hipotálamo actúa sobre las células del lóbulo anterior de la hipófisis las cuales, a su vez, secretan las gonadotrofinas. Estas hormonas son la hormona folículoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH) que estimulan y regulan los cambios cíclicos en el ovario"¹³

La fundamentación científica base del conocimiento, nos permite interpretar la fisiología de la reproducción y con ello la expresión sensitiva visual, de los indicadores de fertilidad femenina.

Nos guiamos a continuación por el artículo que escribe el Dr. James Brown. "Hormonas pituitarias y ováricas del ciclo reproductivo de la mujer. Enseñanza del método de la ovulación Billings."¹⁴

Cuando los niveles de la hormona Folículo Estimulante y de la hormona Luteinizante suben estimulan un grupo de folículos dentro del ovario.

Se requieren varios días de crecimiento antes de que los folículos inicien la producción de estradiol.

Alcanzado el nivel de FSH el folículo está capacitado para su respuesta ovulatoria.

Nivel que no debe ser excedido más de un 20% porque de otra manera, también muchos folículos serían estimulados y ocurrirían ovulaciones múltiples.

Además es preciso el control de retroalimentación de la producción de HFE por el estradiol producidos en los folículos.

¹³ Ídem, p. 24.

¹⁴ Brown J B, Hormonas pituitarias y ováricas del ciclo reproductivo de la mujer. Billings E, Billings J. Enseñanza del método de la ovulación Billings (parte 2), 1ra ed. México: WOOMB Internacional; 1997. p. 42-43.

Una vez que el folículo dominante se acerca a la ovulación, produce rápidamente cantidades de estradiol, éste estimula la producción de **moco cervical** con sensaciones y características fértiles.

Se suprime la producción de FSH por debajo del valor umbral, quitando así el soporte requerido para los folículos restantes, que están compitiendo en la carrera hacia la ovulación.

La caída de FSH, también activa un mecanismo de maduración dentro del folículo dominante que lo hace receptivo a la segunda gonadotrofina pituitaria, la hormona luteinizante, disparador que inicia la ruptura del folículo (ovulación) aproximadamente 37 horas después del inicio de la oleada de HL.

Los altos niveles de estradiol, desencadenan un mecanismo positivo de retro-alimentación en el hipotálamo, que causa que la glándula pituitaria, libere una oleada masiva de HL. Después de la ovulación, el folículo roto se transforma en cuerpo lúteo, y la producción de otra hormona ovárica, la progesterona, aumenta rápidamente junto con los estrógenos.

La hormona progesterona causa el abrupto cambio en las características del moco cervical, se inicia sensación y características de secado en relación al día anterior, lo que permite retrospectivamente señalar el día cúspide en el ciclo. El inicio del siguiente sangrado menstrual en ausencia de embarazo es altamente predecible a partir de estos eventos".

Tener presente que la enseñanza de la anatomía y fisiología reproductiva femenina conviene ser presentada a las alumnas desde la menarca.

En un proceso de enseñanza-aprendizaje planificado y desarrollado sistemáticamente, de forma científica, completa y en complejidad creciente.

De esta manera se considera la posibilidad de descubrir lo dado, valorar la armonía de la interrelación hormonal, cuidar la salud y Reconocer la propia Fertilidad.

1.2.5. Anatomía cervical, función cervical y tipos de moco cervical en un ciclo promedio mujer de 20 años. Dr. Erik Odeblad. (Gráfica 4, A1).

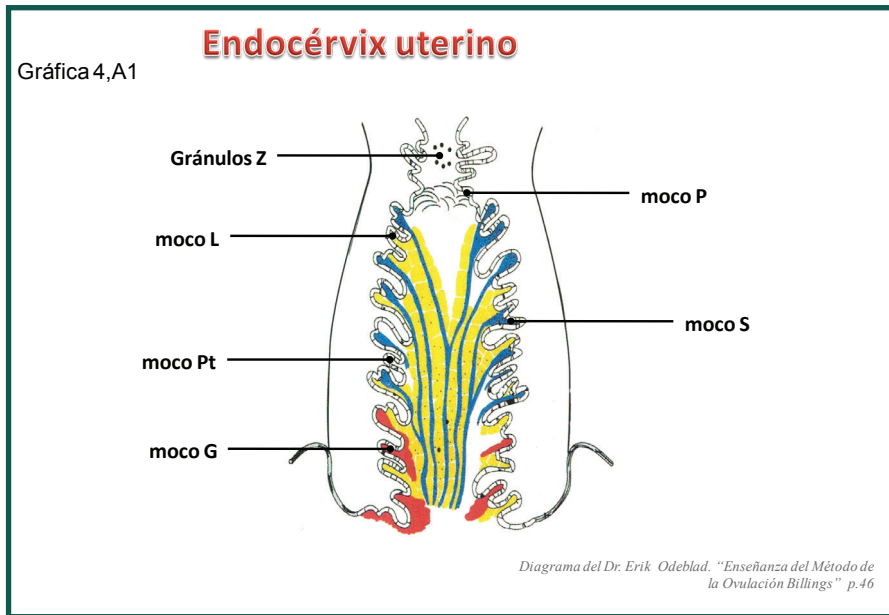
"El cérvix es una zona ubicada entre la vagina y el istmo que lo conecta al cuerpo uterino, su longitud es de 25mm y contiene varios cientos de criptas (glándulas) cubiertas por células que bajo influencias hormonales y neurógenas, fabrican moco que es liberado al interior del canal cervical.

Existe una correlación entre las hormonas ováricas y el cérvix uterino en la producción de moco cervical.

Las diferentes criptas secretan diferentes tipos de moco. El istmo produce una enzima en gránulos llamada Z.

La fertilidad de la mujer es regulada por las variadas funciones de estas secreciones. La mujer reconoce su fertilidad observando sus cambios en la sensación y apariencia en la vulva.

El tipo de moco puede ser identificado microscópicamente tomando una muestra del canal cervical y extendiéndola rápidamente en una capa delgada, sobre una laminilla de vidrio, donde se deja secar sin cubrir. Los diferentes tipos de moco cervical también son identificados por las características formas de cristales."¹⁵

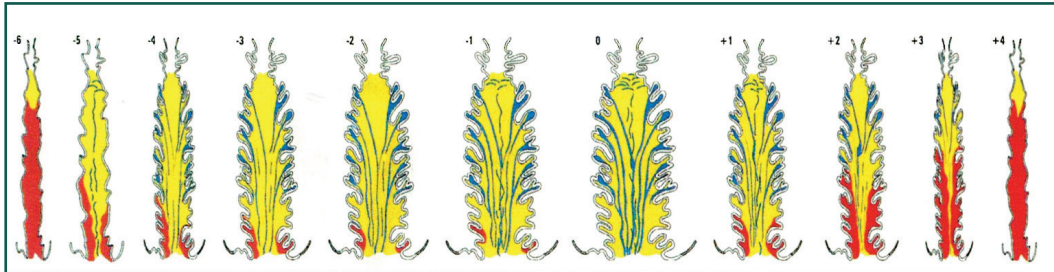


15 Billings E, Billings J. Enseñanza del método de la ovulación Billings (parte 2), 1ra ed. México: WOOMB Internacional; 1997: p. 45.46.

1.2.5.1. Paredes laterales del cérvix (Interpretación de la gráfica A 1)

Moco Cervical (mc)	Origen: Criptas son cavidades revestidas de células epiteliales, estructuras endófitas que forman parte del endocervix, son las principales unidades productoras de (mc), ocupan la mayor parte de las paredes inters Clasificación: Hay 4 tipos de criptas diferentes denominadas G,L,S y P. Existen distintos tipos de moco producidos en las diferentes criptas	Estructura química a) moléculas de mucinas. b) agua c) compuestos químicos y bioquímicos disueltos (cloruro de sodio, proteínas, enzimas). Propiedades físicas: viscoso, transparente, forma hilos.	Función del moco cervical Nutrición: favorece la supervivencia de los espermatozoides. Formación de hilos: favorece la conducción de los espermios. Filtrar espermios de baja calidad.
Moco de tipo L	Las criptas que producen moco cervical de tipo L se encuentran a lo largo del canal cervical	Forman cristales en ángulo recto patrón de helecho	Sostiene al moco P y la formación hilo del moco S. Atrae a los espermios de baja calidad, deja sólo los de alta calidad que llena las criptas S, las que son bloqueadas por el moco L de 1/2 a 2 días, las criptas no secretan y el esperma está inmóvil.
Moco de tipo Pt	Sus criptas han sido recientemente identificadas a lo largo del canal cervical	Producen moco de tipo Lubricativo.	Tiene un papel en el transporte de esperma
Moco de tipo G (G-G+)	Se lo encuentra en la parte inferior del cérvix	No tiene formación cristalina. G- antes de la fase fértil tiene una malla más grande que G+ después de la ovulación.	Forma parte del sistema inmune que protege el sistema reproductivo de infecciones. Cierra el cérvix durante la mayor parte del ciclo.
Moco de tipo P	Es producido en las criptas más altas del cérvix, debajo del istmo.	Cristaliza en estructuras hexagonales acomodado como en hojas de cebolla.	Antes de la ovulación el moco P alcanza del 4% al 8% de volumen del moco y combinándose con la enzima de los gránulos Z tiene efecto licuefactor sobre el moco L, disuelve hilos L y S. Las células espermáticas bloqueadas en las criptas son liberadas y conducidas hacia el óvulo por las unidades del moco P.
Moco de tipo S	Las criptas secretoras de moco S ocupan la mitad superior del cérvix	El patrón cristalino muestra agujas paralelas, está presente en formaciones parecidas a hilos antes y después de la ovulación.	Proporciona alimentación para el esperma de alta calidad y canales para su transporte hacia las criptas S.
Moco de tipo F	El moco F viene de las células esparcidas a todo lo largo del cérvix.		No tiene función especial conocida, podría diferenciarse en algún tipo de célula secretora de las 4 existentes.
Gránulos z	Ubicados en el istmo.	En forma de gránulos.	Función enzimática

1.2.5.2. Fisiología cervical (Interpretación de la Gráfica A 2)



Días	-6	-5	-4-3-2-1	0 Ovulación	+1+2+3	+4
Hormonas	Estrógenos bajos	Estrógenos aumentan	Estrógenos suben hacia una cúspide	Los estrógenos están altos y pronto bajan rápidamente	La progesterona aumenta	La progesterona Aumenta y se mantiene
Moco cervical	El moco G espeso ocluye la entrada al cérvix.	El moco P licúa el espeso moco G y mezclado con m. L deja el cérvix. El moco alcanza la vulva que ya no está seca y ahora indica posible fertilidad. El patrón cambiante de fertilidad se inició	El moco G disminuye el moco L aumenta, el moco S aumenta, el moco P aparece de nuevo. Los hilos de L y S aparecen 1 o 2 días antes de la cúspide	Moco en su mayor expresión. La ovulación puede ocurrir en los días 0 +1, 0 +2 y como el óvulo puede sobrevivir 24h, la concepción es posible hasta 4to día	El moco G+ empieza a formarse en las criptas más bajas	Moco G+ sigue aumentando. La concepción es posible hasta el 4to día post cúspide
Cérvix	Es estrecho y ocluido por el moco G	Abierto, entrada de espermatozoides	Abierto, blando	El cérvix ha alcanzado la cúspide de su desarrollo para la concepción		En proceso de cerrado
Esperma	Estando en vagina, el tiempo de supervivencia es corto	Puede ya estar en útero.	Los espermios viven 5 días en moco cervical fértil	Condiciones favorables para la selección y transporte de esperma de calidad	Los canales para el esperma disminuye en estos 3 días. Seca o	
Vulva	Está seca	Moco en vulva, ya no está seca	Cambios de moco observado en vulva	Resbalosa e hinchada	pegajosa no resbalosa	
Fertilidad	infértil	fértil	fértil	Fértil	fértil	potencial/fértil

2. Indicadores de fertilidad

Es preciso poseer conocimientos claros del aparato reproductor femenino y sus funciones. Al conocer detalladamente el ciclo ovárico es posible identificar, comprender e interpretar los indicadores de fertilidad.

En las distintas etapas de la vida reproductiva de la pareja, el conocimiento permite a la mujer y a su compañero postergar o buscar un embarazo.

Si se van a utilizar estos conocimientos es conveniente aprender un método natural de planificación familiar, que implica conocer marco teórico, normas de uso y llevar registros para la correcta interpretación, aplicación y seguimiento del mismo.

Reconocimiento de fertilidad a través de sus indicadores

2.1. Moco cervical.

2.2. Temperatura corporal basal.

2.3. Apertura y cierre del cuello uterino.

2.4. Otros síntomas y señales anexas al tiempo de fertilidad.

2.1. Moco cervical

Aparece como consecuencia de la acción de los estrógenos sobre el cérvix uterino, es un fluido natural del cuerpo, igual que las lágrimas o la saliva, y proviene de la secreción de las células especializadas que forman el revestimiento de las criptas dentro del cuello del útero. En general, provee un medio adecuado que permite la supervivencia de los espermatozoides; nutrirlos, vehiculizarlos, "seleccionarlos" y es factor de capacitación para fertilizar al óvulo.

Al inicio del ciclo femenino los niveles de estrógenos y progesterona son bajos por lo que no hay producción de moco estrogénico. En este tiempo el espermatozoide sólo puede vivir unas pocas horas en el medio ácido vaginal hostil al espermatozoide.

Con el progreso del ciclo sexual femenino, el nivel de estrógenos sube y estimula a las células del cuello del útero produciendo moco cervical, a la vez que lo ablanda y abre gradualmente.

Con el aumento de estrógenos, la primera aparición de moco fértil, se percibe como sensación de humedad, con cambio de sensación áspera, a un tipo de mucosidad pegajosa. Sumando más estrógenos en el avance del ciclo, el moco cervical se vuelve más fluido, con sensación más húmeda y/o resbalosa y característica elástica, lo que la mujer puede sentir y ver. En torno a estos signos y síntomas se espera la ovulación.

Los niveles de progesterona aumentan, incidiendo en el cambio de la mucosidad e iniciando un proceso de secado.

Se puede detectar la mucosidad de dos maneras:

2.1.1. Las Sensaciones, lo que la mujer puede sentir.

La mucosidad cervical produce **sensaciones** húmedas y resbalosas que la mujer puede aprender a detectar mientras hace sus actividades diarias.

La superficie del labio interno de la vulva. Contiene células específicas en el tejido conectivo subyacente que reaccionan fuertemente a la estimulación de estrógenos y existen receptores que captan y diferencian humedad de sequedad.

Una mujer puede sentir la presencia o ausencia de mucosidad cervical aún cuando los cambios son pequeños.

Esta "conciencia de fertilidad" permite que también las mujeres ciegas puedan sentir los cambios en la mucosidad cervical.

La clave es detectar las sensaciones de mucosidad y sus cambios evolutivos

Es conveniente registrar todas las noches en la gráfica personal los datos que la mujer percibe durante el día.

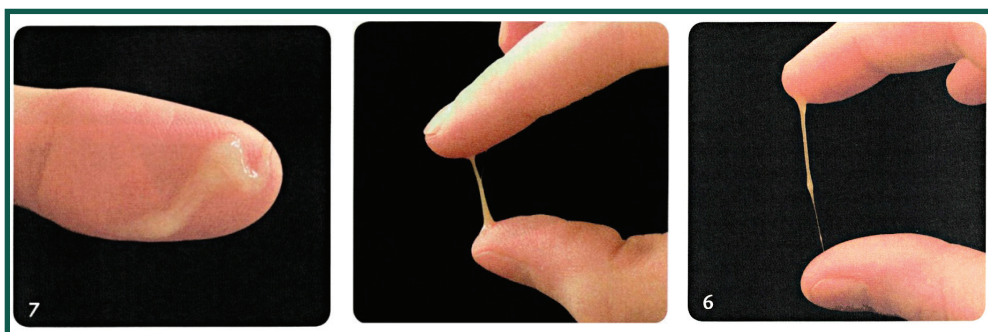
Dr. Erik Odeblad encontró que son necesarios aproximadamente 5 miligramos de mucosidad para crear una sensación de mucosidad. Pero, toma aproximadamente 40 miligramos para ver la mucosidad. Por lo tanto, se necesitan 8 veces menos de mucosidad para sentirla que para verla.¹⁶

16 Odeblad E. *Atlas del Método de Ovulación Billings*, 5^{ta} ed., abril 1989, Apéndice 1, p 91.

2.1.2. Características de la mucosidad: lo que la mujer puede ver

Además de identificar la presencia de mucosidad por las sensaciones, las mujeres pueden observarla espesa, pastosa, cremosa, con grumos y sus cambio en forma de hilos.

Se debe tener presente percibir las sensaciones y observar las **características** tan pronto como el flujo menstrual disminuya, o a partir del día 6 del ciclo, a más tardar, cualquier presencia de mucosidad es considerada una señal de fertilidad. Al menos 97% de todas las mujeres detectan mucosidad de las dos maneras: al sentirla (sensación) y/o al verla (característica) en la vulva.¹⁷



Ejemplos de moco cervical fértil

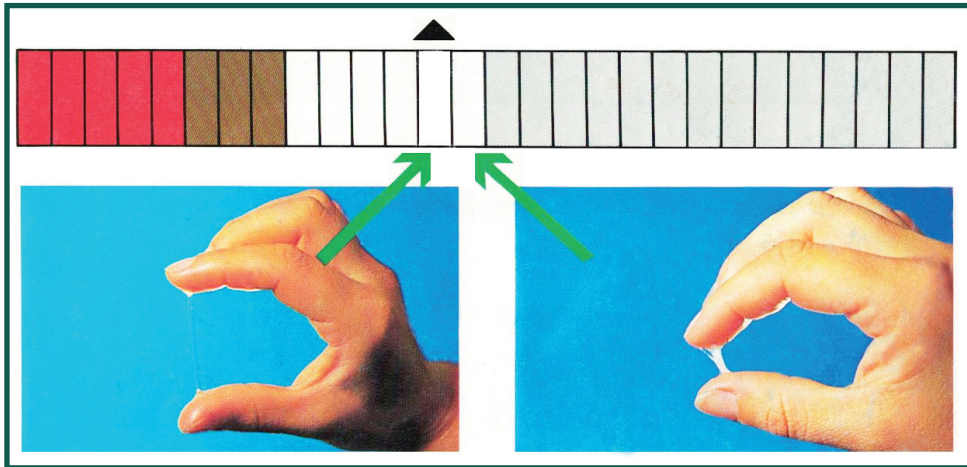
2.1.3. El Día Cúspide o día Pico

El evento más importante del ciclo fértil femenino es la ovulación, que se puede identificar entorno al día cúspide o día pico, el cual se define como el último día de mucosidad más fértil antes de que comience el proceso de secado.

El día cúspide no se identifica por la máxima elasticidad del moco ni tampoco por su cantidad, sino que es el último día de moco de aspecto más fértil y/o sensación resbalosa luego de un patrón evolutivo (fig. 6). Por lo tanto se lo reconoce

17 Organización Mundial de la Salud (OMS), [Estudio prospectivo sobre el método de ovulación (BOM, por sus siglas en inglés) de planificación natural de la familia, realizado en varios centros] "A prospective multi-center trial of the ovulation method of natural family planning," Revista Fertility & Sterility 1987; 47(5):765-772. "La mayoría de las mujeres (97%) aprenden con facilidad el BOM (mucosidad externa solamente). Según el estudio conducido por la OMS en varios centros de enseñanza, el 97% de las mujeres pudieron registrar un patrón interpretable de sus mucosidades en el primer ciclo".

retrospectivamente por el cambio brusco en la sensación al identificar el primer día de retorno a la sequedad vulvar y/o presencia de moco pastoso o pegajoso.



Día cuspide de moco y su señal retrospectiva a partir del primer día de presencia de moco pegajoso
Fig. 6. Extraído del libro de Anna Capella. *Según la Naturaleza. El Método Billings.* Torino. Italia. Ed. La Página 1993; p 12.

Es importante reconocer que el cérvix tarda 3 días en cerrarse completamente, por lo que durante ese tiempo persisten algunos canales de transporte de espermatozoides. Por eso estos 3 días se consideran potencialmente fértiles.

La ovulación ocurre en el 80% de los ciclos en el día cuspide, pero también puede darse el día siguiente y ocasionalmente en el segundo día post-cuspide.

Como el óvulo puede vivir hasta 24hs en la trompa, es necesario contar 3 días después del Cuspide para determinar el fin de la fase fértil.

Una combinación de al menos dos señales: día cuspide y ascenso térmico sostenido por 3 días, son necesarias para hacer la interpretación del inicio de la Fase III infértil.

La progesterona, por la luteinización del folículo comienza a aumentar un poco antes de la ovulación y activa la producción de moco G+ de las criptas inferiores del cérvix, el cual comienza a ocluir el canal cervical.¹⁸

Después de la ruptura del folículo y la liberación de óvulo, el cuerpo amarillo formado a partir de aquel, secreta tanto estradiol como progesterona. La progesterona liberada entonces, logra inhibir la maduración de otros folículos, si es que hubiera en ese ciclo más folículos en desarrollo. Este es el fundamento científico para entender por qué no es posible otra ovulación luego de transcurridas más de 24 horas de la primera.

Además el rápido aumento en la secreción de la hormona progesterona, neutraliza el efecto de los estrógenos sobre el cérvix y el epitelio vaginal, provocando el cambio en el patrón mucoso próximo a la ovulación.

Dicho cambio se debe a que el ascenso de progesterona, activa el funcionamiento de las bolsas de Shaw, pequeñas estructuras en forma de pliegues ubicadas a ambos lados de la uretra en la porción inferior de la vagina, como se muestra en la figura, las cuales se cargan de manganeso. Este ion tiene la propiedad de reabsorber agua y electrolitos, por lo tanto al interactuar con el moco durante su transporte desde el cérvix, modifica sus propiedades reológicas volviéndolo más viscoso y removiendo su carácter lubricativo.

Una razón por la que aparecen secreciones fuera de la vagina durante los días infértiles, por ejemplo en Fase I y/o Fase III, es que hay una reducción de la absorción de las Cavidades de Shaw.¹⁹ Por lo que la capacidad de las Cavidades de Shaw de controlar la absorción de las secreciones vaginales tiene efecto en el flujo o secreción de la mujer. Esto puede explicar porqué algunas mujeres tienen mucosidad durante todo el ciclo (o no días sin flujo), desde el fin de la menstruación durante la Fase I y una secreción constante que se puede observar durante Fase III. (Patrón Básico Infértil mucoso).

18 Odeblad, E. The Cervix, the Vagina and Fertility. Billings Atlas of Ovulation Method. Melbourne. Australia. Th Ed 1989.

19 <http://www.woomb.org/omrrca/bulletin/vol21/no3/discovery.shtml> [El descubrimiento de los distintos tipos de mucosidad cervical y el método de ovulación Billings] Revista "Bulletin of the Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia", 27 Alexandra Parade, North Fitzroy, Victoria 3068, Australia, Volumen 21, Número 3, páginas 3-35, septiembre 1994.

Si no existe este patrón PBI mucoso, la mujer experimenta bruscamente sensación de sequedad vulvar después de la ovulación.

2.2. Temperatura basal corporal

La temperatura basal corporal es la temperatura del cuerpo humano en estado reposo o al despertar, no afectado por comida, bebida, ni actividades. Se aconseja tomarla cuando marca el punto más bajo durante las horas tempranas de la mañana, normalmente después del tiempo más largo de descanso.

Cuando la persona es activa durante el día, la temperatura normal sube hasta llegar a 37°C. El ciclo de subida y bajada de las temperaturas durante el día y la noche pertenece a un patrón cíclico de 24 horas que afecta la temperatura basal.

El ciclo sexual u ovárico de la mujer, es un patrón cíclico de un mes que también afecta la temperatura corporal basal después de la ovulación, sube unas décimas de grado, lo que se puede registrar como valioso indicador postovulatorio.

Para detectar el cambio de la temperatura debido de la influencia de la hormona progesterona, se la debe tomar al despertar, todas las mañanas, con un reposo previo de al menos de tres horas y no influenciada por factores externos, que pueden causar que la temperatura suba como: beber, comer, hacer ejercicio, fumar, enfermedad, algunos medicamentos, y/o la falta de sueño.

Si alguno de los factores externos mencionados no pudiera ser evitado, la temperatura puede tomarse igual y registrarse como temperatura alterada, dentro de la región de temperaturas de la gráfica indicando la causa, para luego ser interpretada correctamente.

Es conveniente que la mujer comience a tomar las temperaturas a partir del primer día de cada ciclo, no más tarde del día 6.

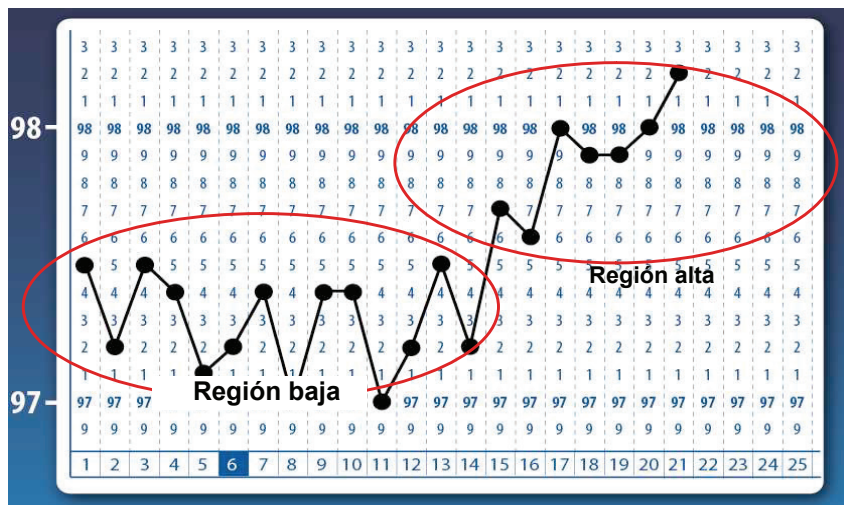
Después del inicio de la Fase III (infértil), es opcional continuar tomando las temperaturas. Se recomienda seguir haciendo este ejercicio para no perder el hábito y a la vez confirmar la meseta del alza térmica en su gráfica, medir la fase lútea y calcular el inicio de la próxima menstruación.

Recordemos que el aumento de la hormona progesterona liberada por el cuerpo lúteo, células secretoras que ocupan el saco vacío del folículo en el ovario después de la ovulación, causa cambios en el metabolismo de la mujer y aumenta su temperatura basal unas décimas de grado.

2.2.1. Temperatura bifásica (Graf.7)

Se pueden observar en la gráfica dos regiones distintas de temperaturas en el ciclo, una primera región baja preovulatoria y una región alta después de la ovulación, post-ovulatoria, por aumento de la hormona progesterona que es termogénica.

Registro de la temperatura basal ciclo promedio bifásico



Temperaturas Región baja: 36,2°C, 36,5°C, 36,2°C, 36,2°C, 36,4°C (precambio)

Temperaturas Región alta: 36,7°C, 36,6°C, 37,0°C, 37,9°C, 37,9°C ...

El arte de la Planificación Natural de la Familia. Guía del estudiante . p. 46.

Gráfico 7

Antes de la ovulación, los niveles altos de estrógenos tienen un efecto "depresor" en las temperaturas por lo que son bajas, y niveles altos de progesterona causan que las temperaturas suban después de la ovulación. Por esto, es muy importante encontrar el cambio térmico para identificar el tiempo infértil después de la ovulación (Fase III).

Mediante un ejercicio simple, contando con los registros de los cambios del moco cervical y los signos del día cúspide, más las temperaturas diarias. Se combinan ambos indicadores según la norma correspondiente y se determina el fin de

la fase II fértil e inicio de la fase III infértil. Esta técnica se aplica en la enseñanza del curso básico de capacitación del método sintotérmico.

2.2.2. Temperatura y Fase Lútea

En un típico ciclo de fertilidad, la región de temperaturas altas dura aproximadamente dos semanas hasta la próxima menstruación, si una concepción no ocurre.

El tiempo entre el primer día del cambio térmico y la próxima menstruación generalmente el número de días es consistente (12 a 16 días), llamamos a este tiempo Fase Lútea porque se corresponde con la vida del cuerpo lúteo, el primer día de la Fase Lútea es el primer día del cambio térmico en alza respecto de 6 temperaturas anteriores, y el último día de la Fase Lútea es el último día de temperaturas altas antes de que la menstruación inicie.

La longitud de la Fase Lútea es importante porque no solo puede ayudar a predecir el primer día de la próxima menstruación, sino que indica el potencial para la implantación de una nueva vida y la continuidad de un embarazo. (Gráfica N° 8).

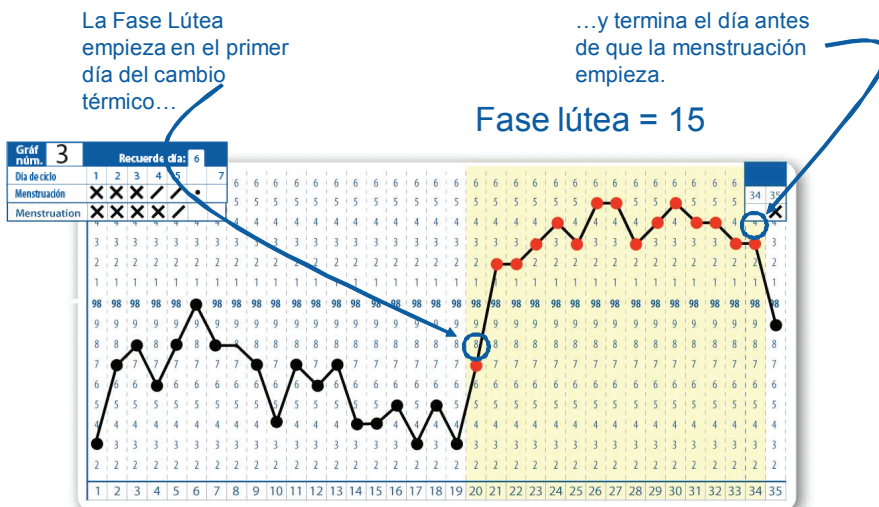


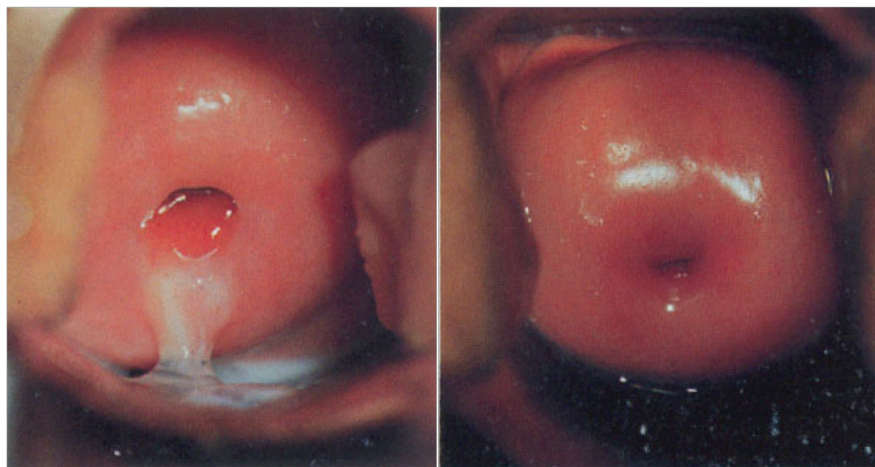
Gráfico N°8 Extraído de "El arte de la Planificación Natural de la Familia". Guía del instructor. Marzo 2010.

2.3. Cuello del útero como indicador de fertilidad

Este indicador que se ofrece a la mujer de forma opcional, se refiere a la apertura y cierre del cuello del útero por acción hormonal, cuya técnica preferiblemente debe ser aconsejada por el profesional de la salud.

El uso está presentado especialmente para la mujer múltipara en cuyo caso la expresión del indicador del moco cervical puede ser escasa. Los cambios físicos del cuello del útero podrían complementar sus observaciones para determinar la ventana de fertilidad.

Cuando la ovulación se acerca, los niveles de estrógenos aumentan y causan que el cuello del útero se abra, cambie de consistencia y presente moco cervical. Si el cuello del útero está abierto y blando, indica fertilidad. La ausencia de mucosidad cervical con cuello cerrado y firme señala infertilidad, en este caso se asocia al aumento de la hormona progesterona. (Fig.Nº9)



Cuello abierto y con secreción: Fertilidad.

Cuello cerrado y sin secreción: Infertilidad.

2.3.1. LH: Indicador hormonal que desencadena la ovulación:

Se trata de la hormona luteinizante (LH) segregada por células del lóbulo anterior de la hipófisis.

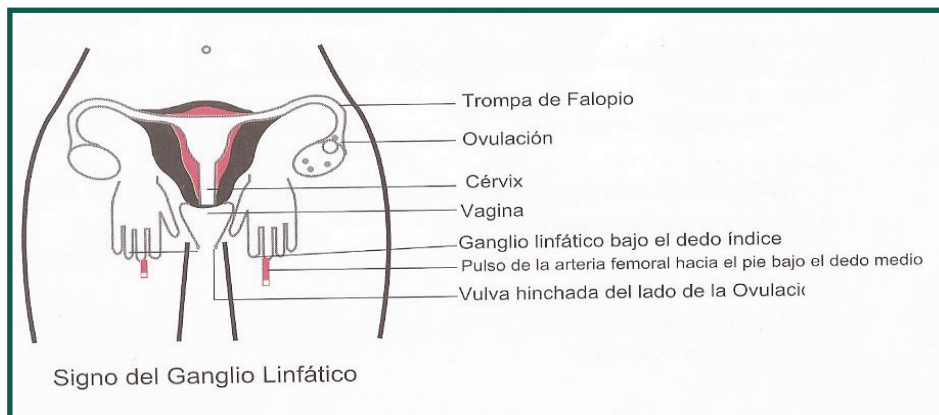
Conocemos a través de la Dra. Marina Curriá: en su tesis de doctorado "LH y moco cervical en el reconocimiento de la fertilidad", una vasta investigación y

experiencia que nos confirma la correlación existente, entre el primer día de moco fértil y el día Cúspide con el pico de LH detectado éste, por cinta reactiva que proporciona la información.

"Nuestros datos fueron capaces de definir una alta correlación entre, el 1° día de moco fértil y el día cúspide, con el pico de LH, lo cual significa que una mujer entrenada en el reconocimiento de su fertilidad puede identificar con eficacia el día cúspide de moco" "...aquellas mujeres que presentan un patrón básico infértil mucoso, pueden reconocer los cambios evolutivos de fertilidad del moco cervical y determinar con eficacia el día cúspide y su relación con la ovulación al igual que quienes tienen un PBI seco". "Esta evidencia podría poner en juego el desarrollo de proyectos educativos, que consideren la efectividad de los métodos para reconocer la fertilidad, en un grupo más amplio de mujeres..." "Toda mujer puede hacer un reconocimiento "preciso" de su fertilidad, además de contribuir eficazmente a complementar los desafíos que la ley de salud sexual nos plantea."²⁰

2.3.2. Otras señales asociadas a la fertilidad

"El sistema linfático del tracto genital también es importante como signo auxiliar para indicar la ovulación. Aproximadamente en el 70% de las mujeres es posible observar el síntoma del ganglio linfático o síndrome inguinal uno o dos días alrededor del momento de ovulación.



20 Curriá, MI. LH y moco cervical en el reconocimiento de la fertilidad. Tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Católica Argentina; 2010: p. 51.

<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/lh-moco-cervical-reconocimiento-fertilidad.pdf>.

Se puede apreciar el agrandamiento y mayor sensibilidad de un pequeño ganglio a la altura de la ingle, coincidiendo con el lado del ovario que está por ovular en ese ciclo. La mujer puede hacer este examen acostada, ubicando las manos sobre la ingle con sus dedos apuntando a los pies. El dedo mayor sentirá el pulso de la arteria femoral y el dedo índice palpará el ganglio del tamaño de una arveja. Si lo realiza diariamente podrá evaluar el desarrollo del signo, notando el aumento de tamaño y mayor sensibilidad cuando se lo presiona, determinando así de qué lado está ovulando. Fig. 10. Extraído de Enseñanza del método de la ovulación Billings. 2da. Parte. p. 25.

Otro indicador periovulatorio muy útil, también relacionado a la conexión linfática con la vulva, es el edema vulvar a nivel de los labios mayores, coincidiendo con el lado del ovario que está activo en ese ciclo. Probablemente se deba a que el nódulo linfático bloquea el flujo normal de linfa desde la vulva, acumulándose líquido en uno de los lados²¹.

Se aconsejan hábitos de higiene personal y ropa interior adecuada para evitar el proceso de multiplicación de organismos patógenos, que además de desencadenar una enfermedad, altera sensaciones, características e interpretación correcta del moco cervical.²²

3. Papel de los educadores en la formación de la sexualidad responsable

En todos los espacios y ambientes, los padres son los primeros educadores de sus hijos. Los padres deben asumir la responsabilidad del conjunto de acciones educativas, que contribuyen al desarrollo y a potenciar las capacidades, orientándolos al logro de la madurez para la toma de decisiones libres y responsables, según sus necesidades.

La institución educativa apoya, refuerza, complementa la tarea de los padres y/o adultos.

21 idem n° 24. p 13.

22 <http://www.woomb.org/omrrca/bulletin/vol29/no1/investigations.html> [Investigaciones sobre las bases fisiológicas para la conciencia de la fertilidad]. Odeblad, Erik, M.D., Bulletin of the Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia, Vol. 29, No. 1, March 2002, pp.2-11.

La educación integral de la sexualidad debe ser presentada con claridad científica, cuyo modelo se funde en la **formación en valores**, creando condiciones para que sea de aprendizaje y aplicación ética.

Entendemos por valor la acepción recogida en el diccionario de la Lengua de la Real Española: "Cualidad que poseen algunas realidades, consideradas bienes, por lo cual son estimables."²³ "Se habla de los valores humanos porque son guía para la vida y para los deseos de autorrealización como persona.

Cuando se considera el valor del valor se mencionan parámetros como la durabilidad, diciendo de ellos que son permanentes, la integralidad asumiendo que el valor no es divisible (la vida humana es un valor desde la concepción hasta la muerte natural), o la polaridad, al tener la posibilidad de presentarse en sentido positivo o negativo. Cada valor conlleva un contravalor, un antivalor o un disvalor."²⁴

Alfonso López Quintás nos plantea: "Los valores en principio no ofrecen nada. Más bien exigen, piden ser admirados, elegidos realizados. Invitan a colaborar con ellos y darles vida en acciones concretas. Una vez realizados, dan testimonio de sí mismos, de su valía, de su eficacia para configurar la vida humana de modo más feliz. Los valores positivos confieren dignidad a nuestras acciones y les otorgan pleno sentido..."²⁵

La Educación Integral de la Sexualidad y con ella el Reconocimiento de la Fertilidad, necesitan estar inmersos en el modelo de aprendizaje ético, combinado con un diseño de enseñanza/aprendizaje donde docentes comprometidos acuerdan trabajar, no sólo los contenidos conceptuales, sino especialmente los contenidos procedimentales y sobre todo los actitudinales, relativos a la educación en valores.

"Se pretende que a partir de determinadas condiciones, se pueda contribuir a que las personas a lo largo de la vida aprecien y reclamen valores como: justicia, igualdad, libertad, solidaridad, respeto, tolerancia activa, actitud de diálogo y sobre todo responsabilidad y respeto a la dignidad de las personas.

En este sentido la Bioética es ética práctica, no porque indique lo que hay que hacer en cada momento, sino porque hace madurar la capacidad del hombre, ayudándolo a tomar conciencia de su responsabilidad. Estos mínimos son valores

23 DRAE. Diccionario real academia española. 22° edición. Madrid, España: Espasa Calpe S.A; 2001.

24 Vázquez C.S. Diccionario de Bioética. España : Monte Carmelo; 2006. Ética. P.324.

25 López Quintás, A. Descubrir la grandeza de la vida. Un nuevo proyecto educativo. Buenos Aires: Consudec, Puesto de Palos; 2005.

morales, es decir dependen de la voluntad humana, por lo que contribuyen a ser más humana nuestra convivencia social"²⁶.

El Dr. Leon Correas en su libro "Bioética Razonada y Razonable" nos recuerda: Transmitir y formar en valores.

"Este es el reto más importante para un educador y para un profesor en Bioética. No porque "expliquemos" muy bien cuáles son los valores éticos, el alumno los va a incorporar de modo racional. Se necesita una acción indirecta, de modo que sea el propio alumno el que vaya descubriendo esos valores..."

"No sirven los mandatos u órdenes, ni siquiera la mera demostración de la racionalidad de lo que proponemos; es necesario proporcionar indicaciones educativas que sugieren acciones a alguien, al estudiante, para que las lleve a cabo libremente, y de ese modo se perfeccione como persona individual.

El educador puede proponer intenciones o campos de acción, algo que el estudiante debe "querer hacer". Lo importante de la acción educativa es conseguir que el estudiante quiera por sí mismo hacer algo porque lo encuentra valioso..."²⁷

Respetar las opiniones de nuestros hijos y alumnos significa escucharlas, y tenerlas en cuenta para acompañarlos en su proceso hacia la madurez y no necesariamente implica obedecerlas y aprobarlas.

Por lo expuesto se suma a nuestra tarea de educadores una intransferible temática a ser abordada con nuestros niños, adolescentes y jóvenes en todo tiempo y lugar, según la pericia del adulto y las necesidades del educando.

26 Martínez M, Hoyos Vásquez G. ¿Qué significa educar en valores hoy?. España: Octaedro; 2004. P. 34-36.

27 León Correa, F. J. Bioética Razonada y Razonable. Santiago de Chile: Fundación Interamericana Ciencia y Vida; 2009. P. 77-78.

CAPÍTULO III INVESTIGACIÓN

1. Hipótesis:

*Los conocimientos que poseen las adolescentes mujeres acerca de su fertilidad son escasos e incompletos.

*Esta situación dificulta que la mujer logre reconocer su fertilidad cíclica.

2. Objetivos:

General:

Investigar los conocimientos sobre fertilidad humana que poseen las alumnas de Rodeo del Medio, Maipú Mendoza, al terminar el nivel medio de educación.

Específicos:

- a) Determinar conceptos básicos de fertilidad que poseen las alumnas.
- b) Indagar el interés de las alumnas para realizar el aprendizaje de Reconocimiento de Fertilidad.
- c) Identificar los desafíos educativos que surgen durante el proceso de investigación.

3. Enfoque metodológico

- a) Como estrategia metodológica usada para cuantificar el problema planteado se utilizó una encuesta.
- b) Población a encuestar, las alumnas del último año de la enseñanza del nivel medio, de todas las instituciones educativas de gestión estatal y de gestión privada de la localidad de Rodeo el medio.
- c) Se tomó como criterio de inclusión a las adolescentes mujeres del último año de la enseñanza de nivel medio que asistieron en las cuatro Instituciones, de la Localidad de Rodeo del Medio año lectivo 2017.
- d) Se pautó una entrevista a través de secretaría, con el directivo de la institución solicitando autorización para implementar el proyecto con las alumnas.

• Encuentro con Directivo:

- ✓ Entrevista al Directivo de cada institución.
- ✓ Presentación del Proyecto (objetivos, metodología, formulario de la encuesta)

- ✓ Solicitud de autorización para aplicar la encuesta.
- ✓ Formalización escrita de la aceptación.
- ✓ Definición del cronograma de intervención.

El **encuentro con las alumnas** acompañadas por el docente a cargo de la hora de clases para la toma de la encuesta permitió:

- ✓ Presentarles la propuesta de investigación, objetivos y finalidad.
- ✓ Garantizarles confidencialidad y el anonimato con la que se utilizarían los resultados.
- ✓ Entregarles personalmente la encuesta para resolverla individualmente, de forma anónima y voluntaria.

Una vez finalizada la recolección de la encuesta, las alumnas manifestaron gran inquietud por las preguntas y sus respuestas correctas. Esto puso de manifiesto, tanto la falta de conocimientos como la necesidad de adquirirlos. En lo personal me sorprendió el grado de inquietud despertado por una sencilla y simple encuesta.

3.1. Trabajo de Campo

El trabajo de campo se realizó en la localidad de Rodeo del Medio, Maipú, Mendoza, donde se concentra una población estudiantil de más de 5.000 niños, adolescentes y jóvenes quienes se acercan a sus escuelas y universidades desde un radio aproximado de 20 Km de distancia.

En esta fase de la investigación se tomó contacto directo con las alumnas, quienes proporcionaron a través de la encuesta los datos en el lugar y tiempo en el que se suscita el proceso de enseñanza aprendizaje de interés para la investigación.

La encuesta consta de doce ítems, con un enfoque de resolución cuantitativo, cualitativo y mixto. Se determinó el nivel de conocimientos sobre fertilidad alcanzados por las alumnas al concluir su secundario.

Se indagó sobre el interés de las alumnas de conocer sobre fertilidad.

Se identificaron desafíos educativos derivados de estas acciones de investigación.

Cabe mencionar que dado que en una de las escuelas, las alumnas de 5to año estaban en sus prácticas de pasantía, se aplicó la encuesta a las alumnas de 4º año.

Se destaca que todas las alumnas recibieron, contestaron y entregaron el formulario completo. En anexo, se presenta el formulario de la encuesta utilizada.

3.2. Análisis de Resultados

3.2.1. Instituciones participantes clasificadas por tipo de gestión, modalidad, orientación y número de alumnas encuestadas (n).

Institución	Tipo de Gestión de Educación	Modalidad orientación	n 149
Escuela Vitivinícola Don Bosco	Privada	Técnica Vitivinícola	15
Escuela Juan Isidro Maza	Estatat	Comercial	38
Instituto Secundario Rodeo del Medio	Privada	Comercial y Humanidades	60
Colegio María Auxiliadora Rodeo del Medio	Privada	Humanidades	36

3.2.2. Edad de las participantes:

El 100% de las participantes de gestión privada tenían entre 16 y 18 años.

El 84% de las participantes de la institución de gestión pública también cumplió con el rango de 16-18 años. El (14%) superaba esta edad, ya que tenían entre 19 y 20 años.

3.3. Elaboración e interpretación de resultados de las 6 primeras preguntas de la encuesta

3.3.1. Que una mujer es fértil significa que:

Opción		n:149	%
1	Puede tener relaciones sexuales	0	0
2	Ha comenzado a menstruar	21	14
3	Puede quedar embarazada *	128	86 *
4	No sé	0	0

*Opción correcta

Se valora que el **86%** (128 alumnas), de las 149 consultadas asocian la fertilidad de la mujer con la posibilidad de embarazo. Se esperaría que todas las alumnas de los últimos años de nivel medio, hayan internalizado el concepto de fertilidad.

3.3.2. El ciclo ovárico de una mujer comienza:

Opción		n:149	%
1	El primer día de la menstruación *	86	58 *
2	El último día de la menstruación	44	29
3	No sé	19	13

*opción correcta

La respuesta correcta marcada fue del **58%**, 86 de las estudiantes encuestadas.

Conocer oportunamente cuándo se inicia el ciclo ovárico de la mujer, resulta interesante e importante para poder registrar el número de días del ciclo y los eventos esperables a sucederse.

Sumando las opciones 2 y 3 queda en evidencia que el **(42%)** (63 alumnas), de las 149 alumnas desconoce cuándo inicia su ciclo ovárico.

3.3.3. Una mujer puede ser fértil durante:

Opción		n:149	%
1	28 días de su ciclo	13	9
2	14 días	46	31
3	6 días *	49	33
4	No sé	41	27

*opción correcta

El 67% (100 alumnas) responde de manera incorrecta, no saben cuántos días pueden ser fértiles en el ciclo.

Es notable que el 9% (13 alumnas) marcan ser fértiles durante los 28 días del ciclo. Es decir, creen que una relación sexual en cualquier día del ciclo puede derivar en una gestación.

3.3.4. La ovulación se produce en:

Opción		n:149	%
1	Útero	38	26
2	Trompa	27	18
3	Ovario *	61	41
4	Vagina	5	3
5	No sé	18	12

*Opción correcta

Es notable que el 59% (88 alumnas), responden de manera incorrecta. Este error pone de manifiesto los escasos conocimientos de anatomía y fisiología básica del sistema reproductor femenino como es, el no distinguir en qué órgano se produce la ovulación. Por otro lado este error muestra desconocimiento del juego hormonal que aparece en el ciclo femenino.

3.3.5. *Un óvulo vive:*

Opción		n:149	%
1	2 horas	6	4
2	24 horas *	30	20 *
3	72 horas	57	38
4	No sé	56	38

*opción correcta

Se registra que el **80%** (119 alumnas), no conocen el tiempo de vida del óvulo. Por lo tanto no tienen posibilidad de delimitar la ventana de fertilidad.

3.3.6. *¿En qué momento del ciclo ovárico promedio, (28 a 30 días), una mujer es fértil?*

Opción		n:149	%
1	Al principio de la menstruación	11	7
2	En el día de la ovulación *	83	56 *
3	En los días previos a la menstruación	35	23,50
4	En todos los días del ciclo	20	13,50

*Opción correcta

Se registra que el **56%** (83 alumnas), responden correctamente al marcar que una mujer es fértil en el día de la ovulación,

El **44%** (66 chicas), no saben cuándo se pueden quedar embarazada dentro de ciclo. Nuevamente un **13,5%** (20 alumnas), manifiestan que una mujer es fértil todos los días del ciclo. Ninguna de estas chicas conoce ventana de fertilidad.

3.3.7. Síntesis de resultados de las 6 primeras preguntas (investigación 2017)

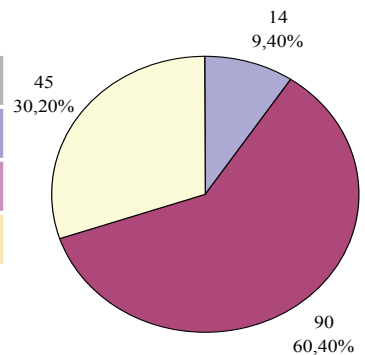
n:149	Preguntas	Respuestas correctas %		Respuestas incorrectas %	
	N°1. Que una mujer sea infértil significa:	86	128	14	21
	N°2. El ciclo ovárico de una mujer comienza:	58	86	42	63
	N°3. Una mujer puede ser fértil durante:	33	49	67	100
	N°4 La ovulación se produce en:	41	61	59	88
	N°5. Un óvulo vive:	20	30	80	119
	N°6. ¿En qué momento del ciclo una mujer es fértil?:	56	83	46	66
	Resultado total	49	437	51	457

Se constata que analizando los porcentajes de respuestas correctas e incorrectas a los interrogantes presentados en las 6 primeras preguntas, se alcanza el promedio de **49%** de respuestas correctas y **51%** de respuestas incorrectas.

Si estos porcentajes se tradujeran al sistema de evaluación y calificación actual donde se aprueba con el 70% de las respuestas correctas, no se alcanzaría el porcentaje de aprobación requerido.

3.3.8. ¿Has recibido enseñanza sobre reconocimiento de los síntomas de fertilidad?

Opción		n	%
1	Muchas veces	14	9,4
2	Algunas veces	90	60,4
3	Nunca	45	30,2



Como lo señala el **60,4%** (90 alumnas) de las 149, han recibido **algunas veces** la enseñanza sobre reconocimiento de síntomas de fertilidad.

Este resultado expresa una posible confusión en la interpretación de la pregunta. ¿Has recibido enseñanza sobre "reconocimiento de síntomas de fertilidad"?, con ¿has recibido enseñanza en educación de la sexualidad?

Al seleccionar "algunas veces" podemos inferir que la educación sexual integral no ha sido planificada en complejidad creciente ni de forma sistemática en cuanto a frecuencia sostenida durante el tiempo de escolaridad.

El **30,2%** (45 alumnas), marcaron "nunca haber recibido enseñanza sobre el reconocimiento de los síntomas de fertilidad" hicieron interpretación y contestaron lo consultado.

El **9,4%** (14 alumnas), indican que muchas veces recibieron enseñanza sobre el reconocimiento de síntomas de fertilidad.

3.3.9. ¿Podes reconocer algún signo de fertilidad en tu cuerpo?

SI: 39% (58 alumnas)	NO: 60,5% (90 alumnas)	1 no aplica
¿CUÁL? (Se ordenan en dos grupos a y b las respuestas de las alumnas que escriben sí conocen)		
a) Las respuestas que tienen relación con los signos o indicadores de fertilidad.. • el moco vaginal. • flujo espeso y blanco. • flujo, después de la menstruación depende de cómo salga el flujo es en qué etapa está. • por el flujo vaginal que es diferente. • flujo líquido y transparente. • por el flujo en la ropa interior. • siento algo cuando se produce la ovulación		

b) Las respuestas asociadas con la fertilidad nombrando datos generales.

- cuando me está por venir.
- regularidad de la menstruación
- rubor natural.
- la menstruación. (señalado por 15 alumnas)
- comodidad con mi cuerpo.
- sensibilidad.
- cuando tengo el período.
- los desarrollos del cuerpo.
- tengo calendario en mi cel.
- la ovulación. (señalado por 7 alumnas)
- me duele la cabeza.
- dolor de estómago.
- me duelen los ovarios.

El 39% (58 alumnas) de las 149 consultadas escriben que si reconocen algún signo de fertilidad en su cuerpo. Reflejan conocimientos parciales, siendo todas las respuestas incompletas y confusas por lo que se infiere la imposibilidad de conocer, interpretar y aplicar correctamente el reconocimiento de los síntomas de fertilidad.

El 60,5% (90 alumnas), dicen no conocer signos de su fertilidad.

3.3.10. ¿Desearías aprender a reconocer los síntomas?

Contestan sí, el 93% (138 alumnas) de las 149 encuestadas

¿Por qué?

- Me interesa saber más de mi cuerpo
- Porque tengo dudas.
- Porque todos los cuerpos son diferentes y los ciclos pueden variar.
- Para estar más informada sobre el tema.
- Porque lo veo útil para cuidarme
- Quisiera estar más informada, ya que es algo muy importante a esta edad.
- No me han enseñado cuáles son éstos síntomas.
- Es bueno tener conocimiento de cómo funciona el cuerpo y cuidarlo.
- Para conocerme más a mí misma.
- Me ayudaría el día de mañana para saber si estoy embarazada.
- Porque me da curiosidad.
- Porque creo que es útil y necesario.
- Necesito aprender más sobre los síntomas.
- Aunque un poco sepa siempre es importante saber de esto.
- Porque es interesante aprender sobre estas cosas ya que uno nunca sabe si es fértil o no, si está en condiciones o si tiene alguna enfermedad.
- Todos tenemos que estar al tanto de este tema para aprender a cuidarnos.
- En algún momento me puede llegar a servir.
- Tendría que saberlo para toda mi vida.
- Es súper importante saberlo para poder cuidarse.
- Para conocer mi cuerpo y no cometer ningún error.
- Es preferible estar bien informada a que ocurran embarazos o se contagien de ETS
- Para poder darme cuenta cuando llegue a pasar, obvio, cuando sea más grande.
- Me parece algo muy importante para la prevención.
- Para tener más precaución y conocer mejor mi cuerpo.
- Me ayudaría a mejorar.
- Esto me ayudaría en un futuro a planear mi familia
- Porque es mejor para alguien que no quiere tener hijos.
- Para evitar posibles problemas en el futuro.
- Para estar más segura al momento de las relaciones sexuales.
- Para que ninguna mujer (que no quiera quedar embarazada) no mantenga relaciones sexuales.
- Es importante porque así podríamos evitar embarazos tempranos.

Contestan NO, el 7% (11 alumnas) de las 149 consultadas

¿Por qué? 10 alumnas no escriben respuesta. 1 escribe "el tema no me interesa".

Perspectiva general de las repuestas recibidas:

- Aparece una constante que se expresa en la necesidad de conocer más sobre su cuerpo.
- Ven en la educación integral de la sexualidad prevención, orientación y cuidado para su futura vida sexual.
- Se reflejan conceptos valiosos en favor de la maternidad y responsabilidad procreativa.
- Es de considerar además que lo que desean aprender sobre su fertilidad lo proyectan necesario, pero en el futuro.
- Hay frases escritas en tercera persona, distanciando la posibilidad de que les ocurra a ellas las consecuencias imprevistas.
- Calculan la necesidad de conocer sobre el tema para más adelante.
- Escriben sobre la necesidad de evitar riesgos, errores, accidentes, prevención, se deduce que se refieren a embarazos imprevistos, y/o ITS.
- Es frecuente encontrar también, respuestas que transmiten el deseo de no tener hijos.
- Algunas respuestas reflejan insensibilidad sobre el tema.
- La mayoría de las respuestas presentan interés por resolver dudas en el tema de la prevención de embarazos.

Se ha constatado que habiendo analizado las respuestas escritas de cada alumna ordenadas por institución, no existen grandes diferencias en la calidad de sus contenidos. La gran mayoría de las respuestas de las estudiantes son comunes en las cuatro instituciones, tanto de gestión estatal como de gestión privada y perteneciendo a distintas orientaciones o modalidades de aprendizaje cursadas.

CAPÍTULO IV

1. Conclusiones:

Con el presente trabajo se inició un proceso de sensibilización en las comunidades educativas sobre la educación integral de la sexualidad, en Rodeo del Medio, localidad del departamento de Maipú, Mendoza.

El trabajo de la investigación incentivado por la comprobación de la hipótesis que refiere: "Los conocimientos que poseen las adolescentes mujeres acerca de su fertilidad son escasos e incompletos", con la metodología aplicada nos permitió comprobar la hipótesis enunciada y acceder a las siguientes conclusiones:

Se valora que el **86%** (128 alumnas), marcaron correctamente asociando la fertilidad de la mujer con la posibilidad de embarazo.

Se evidencia que el **42%** (63 alumnas), desconoce cuándo inicia su ciclo ovárico.

El **67%** (100 estudiantes de las 149 consultadas), no saben cuándo son fértiles dentro del ciclo.

El **9%** (13 alumnas), marcan ser fértiles durante los 28 días del ciclo. Es decir, creen que una relación sexual, en cualquier día del ciclo puede derivar en una gestación.

Se subraya que el **59%** (88 alumnas), no conocen dónde se produce la ovulación. Este error pone de manifiesto los escasos conocimientos de anatomía y fisiología básica del sistema reproductor femenino.

También se registra que el **80%** (119 alumnas), no conoce el tiempo de vida del óvulo. Por lo tanto no tienen la posibilidad de delimitar la ventana de fertilidad.

Se registra que el **56%** (83 alumnas), responden correctamente al marcar que una mujer es fértil en el día de la ovulación, pero el **44%** (66 chicas), no saben cuándo se pueden quedar embarazada

El **60,4%** (90 alumnas) indican haber recibido "algunas veces" enseñanza sobre fertilidad.

Se puede inferir que la educación sexual integral no ha sido planificada de forma sistemática en cuanto a frecuencia sostenida ni en complejidad creciente durante el tiempo de escolaridad.

Se constata que analizando resultados de las 6 primeras preguntas: se logra el promedio de **49% de respuestas correctas** y el **51% de respuestas incorrectas**.

Si estos porcentajes se traducen a un sistema de calificación donde se aprueba con el 70% de respuestas correctas, no se logran los conocimientos suficientes de aprendizajes programados.

No obstante:

- Las jóvenes se manifiestan interesadas sobre el Reconocimiento de su Fertilidad. Manifiestan intenciones deseando la educación integral de la sexualidad como prevención, orientación y cuidado para su futura vida sexual.
- Las alumnas que reconocen algún signo de fertilidad en su cuerpo al escribir sus respuestas reflejan conocimientos parciales.
- Se deduce la imposibilidad de conocer, interpretar, y aplicar correctamente los síntomas de fertilidad.
- Asimismo aparece el deseo de conocerse y capacitarse con el propósito de vivenciar plenamente una futura maternidad.

Estas premisas representan un reto educativo para el proceso de enseñanza/aprendizaje de la ESI, en donde está ausente el Reconocimiento de los Síntomas de Fertilidad de la mujer, fuente de valores propiamente humanos.

Resultados y conclusiones que surgieron de la implementación del proyecto de intervención.

Se llevó a cabo una propuesta concreta aplicando el proyecto de intervención educativa, en instituciones de enseñanza de nivel medio, en Rodeo del Medio Maipú Mendoza. El mismo respondió a las necesidades expresadas por los alumnos de conocer más sobre fertilidad.

Cabe señalar que se omitió el diseño del Proyecto de Intervención Educativa con la finalidad de adaptar la presente Tesis a la revista "Vida y Ética".

1.1. Cuadro Síntesis de resultados de las 6 primeras preguntas (con implementación del proyecto educativo año 2018)

Preguntas n: 134	%	Respuestas correctas	%	Respuestas incorrectas
N°1. Que una mujer sea infértil significa:	89	92	11	11
N°2. El ciclo ovárico de una mujer comienza:	69	71	31	32
N°3. Una mujer puede ser fértil durante:	49	50	51	53
N°4. La ovulación se produce en:	53	55	45	48
N°5. Un óvulo vive:	78	80	23	22
N°6. ¿En qué momento del ciclo una mujer es fértil?:	75	77	25	26
Resultado total	69	425	31	193

Estos resultados son los logros del desempeño del alumno, dando respuestas a las situaciones planteadas en la evaluación escrita y según sus deducciones de la información recibida dirigida hacia los objetivos previstos.

Los resultados de las evaluaciones escritas se presentaron a los equipos de conducción de las instituciones que participaron en la ejecución del proyecto para su análisis institucional.

1.2. Cuadro comparativo de resultados:

Preguntas	Trabajo de investigación 2017 n149				Implementación Proyecto 2018 n134			
	%	correctas	%	incorrectas	%	correctas	%	Incorrectas
N°1. Que una mujer sea infértil significa:	86	128	14	21	89	92	11	11
N°2. El ciclo ovárico de una mujer comienza:	58	86	42	63	69	71	32	31
N°3. Una mujer puede ser fértil durante:	33	49	67	100	49	50	51	53
N°4. La ovulación se produce en:	41	61	59	88	53	55	45	45
N°5. Un óvulo vive:	20	30	80	119	78	80	22	23
N°6. ¿En qué momento del ciclo una mujer es fértil?:	56	83	46	66	75	77	25	26
Resultado total	49	437	51	457	69	425	31	193

Haciendo un ejercicio de comparación de resultados cuantitativos en porcentajes, entre el trabajo de la investigación para la Tesis y los resultados obtenidos de la evaluación del Proyecto de Intervención podemos inferir que:

Se confirma un avance en los resultados de aprendizaje, del 49% obtenido en el trabajo de investigación se alcanza al 69% sumando un 20% de mejora.

Las respuestas incorrectas han disminuido del 51% al 31%, señales que siendo satisfactorias para esta evaluación, no confirma que sean aprendizajes suficientes ya que 6 horas reloj destinadas al proyecto de intervención se consideran escasas para un proceso que implica; motivación para la incorporación de saberes, habilidades de aplicación afianzado y seguimiento ciclo a ciclo.

Al evaluar de forma continua actitudes de los alumnos, se percibió en los educandos, escucha activa y participativa favoreciendo la interacción y aceptación.

En sus respuestas escritas de aspectos cualitativos se evidenció la necesidad de autoconocimiento, certificación de sus propios síntomas de fertilidad, disminución de miedos y motivación para dar continuidad al proceso iniciado.

Como eje transversal se presentó una enseñanza que orienta en la prevención y conservación de la salud.

Con la enseñanza/aprendizaje sobre educación integral de la sexualidad y el Reconocimiento de la Fertilidad, no se intenta prefijar su fin sino presentarles su propio medio.

El tiempo disponible sólo permitió una aproximación al desarrollo de los contenidos, siendo esta, una actividad significativa por la sensibilización que se creó en las comunidades educativas.

La enseñanza aprendizaje sobre educación integral de la sexualidad debe dejar de ser ocasional para transformarse en una actividad sistemática y continua que ayude al mejoramiento de la calidad de los aprendizajes, favorezca el rendimiento de los alumnos y contribuya a perfeccionar el Proyecto Educativo Institucional.

Manifiesto mi agradecimiento a todos los alumnos, primeros protagonistas en esta experiencia, al equipo de conducción de las instituciones participantes que autorizaron incondicionalmente a realizar esta iniciativa educativa, como así también a los docentes que acompañaron con su presencia el desarrollo de las clases.

Mi gran agradecimiento a la Dra. Zelmira Bottini de Rey quien a la distancia, me guió generosamente para que esta ilusión fuera posible.

*"Toda la corporeidad femenina es atravesada periódicamente
por el ciclo de vida.
Toda mujer lleva consigo su propia riqueza y la promesa de la vida
que no termina en ella..."*

Extraído y adaptado
VII Congreso Internacional
de María Auxiliadora Bs. As.
Nov. 2019
Hna. Linda Pocher

Tesis de Maestría en Ética Biomédica UCA Bs.As.
Mag. Mercedes Pennesi

LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA

¿QUEDA RESUELTO
EL PROBLEMA
HUMANO DEL DOLOR
Y DEL SUFRIMIENTO?

Roberto Germán Zurriarán

Contacto: roberto.german@unirioja.es

- UCAM. Universidad Católica San Antonio

Palabras clave

- Eutanasia
- Cuidados paliativos
- Dignidad
- Derecho
- Libertad
- Autonomía
- Dolor
- Sufrimiento

Key words

- Euthanasia
- Palliative care
- Dignity
- Right
- Freedom
- Autonomy
- Pain
- Suffering

RESUMEN

El Congreso de los Diputados español ha aprobado la ley de regulación de la eutanasia. Precisamente, este artículo trata sobre los conceptos más importantes que se han utilizado para la legalización de la misma y el suicidio medicamente asistido: dignidad, derecho, libertad, y dolor-sufrimiento.

La dignidad humana es el principio individual y social por excelencia, y del que se derivan los otros tres. Por esta razón, por defender la dignidad se está en contra de esta nueva Ley. Sin embargo, el supuesto derecho a la eutanasia es propio de una visión exclusivamente individualista y reduccionista del ser humano; y de una libertad desvinculada tanto de la bondad o maldad de la elección y acción realizadas, como de la responsabilidad hacia la vida de los demás.

Frente a ofrecer la eutanasia, como única solución al dolor y al sufrimiento de las personas en la última etapa de su vida, deben proponerse unos cuidados paliativos de calidad. Estos son la única opción ética acorde con el respeto a la dignidad humana. Respetar, valorar, cuidar, y atender a la vida humana vulnerable y frágil suponen progresar en humanidad.

ABSTRACT

The Spanish Congress of Deputies has approved the law regulating euthanasia. Precisely, this article deals with the most important concepts that have been used for the legalization of the same and the medically assisted suicide: dignity, right, freedom, and pain-suffering.

Human dignity is the individual and social principle par excellence and from which the other three are derived. For this reason, simply, by the fact of being it, it is against said Law. However, the supposed right to euthanasia is typical of an individualistic exclusively and reductionist vision of the human being; and of a freedom detached both from the goodness or badness of the choice and action carried out, and from the responsibility towards the lives of others.

Faced with offering euthanasia, as the only solution to the suffering of people in the last stage of their life, quality palliative care should be proposed. These are the only ethical option, consistent with respect for human dignity. Respecting, valuing, caring for, and attending to vulnerable and fragile human life means progress in humanity.

INTRODUCCIÓN

España se ha convertido en el séptimo país del mundo que regula la eutanasia con la Ley Orgánica 3/2021. Los otros son Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Colombia y Nueva Zelanda. Este último prevé que su ley entre en vigor en noviembre de este año. Otro grupo de países –Suiza, algunos estados de Estados Unidos y dos de Australia– permite el suicidio asistido.

Los argumentos a favor de la aprobación en España de la primera Ley que despenalizaba y regularizaba la eutanasia, giraron en torno a varios conceptos: *dignidad, derecho, libertad y dolor-sufrimiento*. Decir, de entrada, que los que están en contra de esta Ley no son ni crueles, ni inhumanos, ni faltos de compasión, ni contrarios al progreso, ni insensibles al dolor y sufrimiento humanos. Precisamente, por defender la dignidad de la vida del enfermo están en contra de dicha Ley.

1. DIGNIDAD HUMANA

Toda ley que emane de una sociedad democrática debe aspirar al bien común. En consecuencia, nos tenemos que preguntar si el precepto legislativo aprobado lo busca, persigue y consigue.

Desde un punto de vista jurídico, esta Ley, que influye, de manera decisiva, en la reflexión acerca del bien común, supone, una extraordinaria transformación legal, pues se pasa de considerar la eutanasia como un delito, donde queda prohibida

1 B.O.E núm. 72, de 25 de marzo de 2021, 34037 a 34049, [acceso: 26/03/2021]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628.

Sorprende que esta Ley Orgánica se haya tramitado durante los sucesivos estados de alarma decretados en España en el contexto de la pandemia del Covid-19. Sorprende también que con cerca de 100.000 fallecidos a causa del virus se haya dado prioridad a una norma legal que establece la prestación sanitaria de la eutanasia. Esta Ley ha sido aprobada sin debate social preliminar, y diálogo entre los distintos pareceres de entidades o personas involucradas en el tema. No ha contado con la opinión del Consejo de Estado; ni con el parecer del Comité de Bioética de España; del Consejo General del Poder Judicial, ni con el asesoramiento de Colegios Profesionales directamente relacionados con la temática.

Por su parte, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en el 2012, en la Resolución 1859, afirmó expresamente que la eutanasia, en el sentido de muerte intencional por acción o por omisión... de un ser humano dependiente para su supuesto beneficio, debe ser siempre prohibida.

Y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la sesión de 1990, celebrada en Ginebra, considera que *"existe una alternativa viable a la muerte dolorosa, tendrían que concentrarse los esfuerzos a la implantación de programas de tratamiento paliativo, antes que ceder ante las presiones que tienden a legalizar la eutanasia"*. Distingase, aunque el fin sea el mismo, entre eutanasia, donde se precisa la acción directa de un profesional sanitario, y suicidio asistido, donde es el propio interesado quien ejecuta la acción de acabar con su vida con un soporte logístico externo.

su institucionalización, a crear un nuevo derecho subjetivo². Efectivamente, desde este punto de vista, el Estado tiene el deber de proporcionar la muerte a petición de la persona a través del sistema sanitario, asistiendo así a un enorme cambio jurídico, social y cultural que equipara y confunde moralidad con legalidad.

Además, la comprensión del concepto de dignidad humana es distinta entre los partidarios de esta Ley y sus detractores. Estos opinan que la dignidad humana pasa de ser una condición objetiva (innegociable, indisponible, inviolable), base de nuestro ordenamiento jurídico, a una percepción subjetiva³, al considerar que la voluntad individual es la única fuente de moralidad⁴. De modo que la dignidad ha pasado de ser el reconocimiento del valor infinito de las personas a concebirse como el derecho a la autodeterminación cuasi absoluta del individuo, esto es, a la capacidad de decidir sin asumir responsabilidades ni consecuencias⁵.

Así es, porque lo que se dirime con esta Ley es si el término dignidad es sinónimo de autonomía individual en el sentido de autodeterminación sin límites⁶, o si, por el contrario, es un valor objetivo, inherente, incommensurable, intrínseco

2 No obstante, la consideración de delito no conduce, de forma obligada, a una privación de libertad. Entre la persecución penal de algunos casos eutanásicos y la consagración de la muerte como un derecho subjetivo, hay vías intermedias.

A esto se suma que su legalización, como normalización de la misma, reduce la cuestión de la eutanasia a un acto procesal, resultado de un acuerdo meramente contractual entre médico y paciente. De esta manera, la eutanasia se vuelve, desde el punto de vista moral, completamente neutral, ver LEMMENS W. Cuando la conciencia vacila. Algunas reflexiones sobre la normalización de la eutanasia en Bélgica. En DEVOS T. (ed.) Eutanasia. Lo que el decorado esconde. Reflexiones y experiencias de profesionales de la salud. Salamanca: Sígueme; 2020. p. 82.

3 Cfr. TORRALBA JM. "Dignidad humana y autonomía personal en la nueva ley de eutanasia", Periódico El Español, 17 de octubre de 2020. [acceso: 27 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.elespanol.com/opinion/tribunas/20201017/dignidad-humana-autonomia-personal-nueva-ley-eutanasia/528817119_12.html.

Montero afirma: "*Dar un paso en pro de la eutanasia significa, en realidad, consagrar la idea del valor relativo y subjetivo de la dignidad humana*", MONTERO E. ¿Hacia una legalización de la eutanasia voluntaria? Reflexiones acerca de la tesis de la autonomía. La Ley, Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurisprudencia y Bibliografía. 1999; 2: 1722-29.

4 Cfr. La mera voluntad de la persona no es condición necesaria y suficiente para legitimar elecciones, ASOCIACIÓN UNIVERSITARIA IRAGARRI. Jornadas: Sufrimiento al final de la vida. Cómo afrontarlo. Vitoria-Gasteiz, 15 de enero de 2021.

5 Ver TORRALBA JM. [acceso: 26/03/2021]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=tECXsa5L9w&list=PLKD6YIIldHLC9UVCmyrr8NjW1VQqxQAF5&index=2>.

6 Sobre los partidarios de la autodeterminación de la eutanasia, véase RIVERA LÓPEZ E. Eutanasia y autonomía. Humanitas: Humanidades Médicas. 2003; 1: 93-100. Y acerca de que la eutanasia no depende del derecho a una decisión autónoma individual, véase MARTÍNEZ OTERO J. Cuando la autonomía sólo beneficia a algunos: crítica de una hipertrofia. VI Seminario Internacional de Bioética: El futuro de la bioética en la lucha contra la exclusión y la pobreza. 2016, Universitat de València.

e inalienable a la propia condición humana, invariable a lo largo de toda nuestra existencia. Para esta segunda acepción, si se es persona se tiene dignidad, con independencia de sus capacidades, circunstancias, de su estado de salud física o mental.

En cambio, si se opta por la primera opción, el derecho a la vida deja de ser la raíz sobre la que se fundamenta los códigos morales y de conducta, las leyes de los países democráticos, y se ensalza la eutanasia (que biológica y éticamente es muerte provocada, no natural) como principio absoluto, convirtiendo el derecho a morir (deseo subjetivo) en la máxima de nuestras relaciones sociales que imposibilita el bien común.

En esta dirección, hay quienes esgrimen la necesidad de esta Ley aduciendo la autonomía de las personas. En concreto, esta Ley habla de "respetar la autonomía" de quien considere que se encuentra en condiciones incompatibles con su dignidad individual. Según este parecer, habrá condiciones de enfermedad grave o terminal que hagan la vida indigna. De tal manera que la única dignidad que existe es la autonomía individualista (no como "autonomía interrelacionada o personalizada" que incluye su dimensión social), que decide si vale o merece la pena vivir, de modo que sería una obligación respetar tal autodeterminación.

No obstante, esta visión supone un deterioro del concepto de dignidad humana⁷, pues se percibe como algo que va disminuyendo a medida que perdemos facultades y salud, y olvida la inclusión de la protección de los vulnerables, al ser la dignidad un valor que no es destruido por la enfermedad terminal, ni por la dependencia, la depresión, la soledad, el sufrimiento o la debilidad.

La dignidad se reconoce, no se concede, porque el ser humano es digno por el hecho de ser un "ser humano", por el hecho de existir. Su ser es su dignidad⁸. Por tanto, la autonomía individual es expresión de la dignidad de todo ser humano, no esta expresión de aquélla, porque la dignidad del ser humano nunca es conferida en atención a ciertas características. El ser humano es digno por lo que es (persona), no porque lo sabe o siente.

La dignidad es el principio fundamental, básico, del que se tiene que partir, y evita que cualquier ser humano se convierta en juez para decidir si otro carece o no de ella. La vida humana es un valor intrínseco derivado de su dignidad que no lo otorga la sociedad, los jueces, los políticos, ni tan siquiera uno a sí mismo. Y

7 Sobre el sentido del concepto de dignidad, véase VILARROIG J. Dignidad personal: aclaraciones conceptuales y fundamentación. *Quién*. 2015; 2: 49-63.

8 Cfr. MELENDO T, MILLÁN-PUELLES L. Dignidad ¿una palabra vacía? Pamplona: Eunsia; 1996.

el respeto a la dignidad humana se desarrolla en el respeto a otros derechos: vivienda, salud, trabajo, familia...No podemos caer en siguiente trampa: pensar que disponer de condiciones óptimas de salud es más importante que defender la vida.

Toda vida humana "merece la pena", porque su dignidad, al radicarse en el hecho de ser persona, es un nombre propio, no un adjetivo. Poner una serie de condiciones a la vida humana, ya sean puestas por uno mismo o por su entorno, es abrir una puerta donde esta deja de ser un valor en sí mismo y sobre la que se podría disponer. La vida humana es la fuente de todos los bienes y derechos, es la esencia de la condición humana y el presupuesto necesario para la actividad del hombre y la convivencia social; en el polo opuesto está la muerte que es el no ser, la inexistencia.

La vida no está a disposición, por lo que prevalece sobre cualquier otro valor que colisione con ella, es decir, la vida goza de una protección superior a la de otros derechos, y tiene una naturaleza indisponible para su titular.

Por consiguiente, la dignidad abarca toda la vida de una persona como querida en y por sí misma. El respeto a la dignidad implica el respeto a la vida del hombre que, en sí, es digno. Es la regla para medir el comportamiento hacia los demás seres humanos y también consigo mismo. De tal manera que, si agredimos la dignidad de un solo ser humano, agredimos a todos los seres humanos, y acabamos con nuestra propia existencia.

Por otro lado, la dignidad de todo ser humano debe ser el límite por excelencia frente a las vulneraciones que pudiera sufrir de manos de otros, e incluso de sí mismo. En consecuencia, la dignidad es el cauce de nuestra libertad individual; el límite absoluto de carácter ético anterior a cualquier tipo de ponderación, que exige que nuestra acción esté a la altura de lo que esa dignidad reclama.

Asimismo, hay que advertir un profundo contrasentido en esta Ley: si la dignidad consiste en respetar la autonomía individual, ¿por qué solo se permite la eutanasia a los enfermos en situación de terminalidad o cronicidad grave?, ¿por qué negarles a los demás lo que les concedemos a otros? Si el "derecho a la muerte" o el "derecho a morir o poner fin a la vida" se deriva de la dignidad humana, lo lógico sería entonces conferirlo a cualquier persona, sana o enferma en toda situación y contexto.

Yendo al fondo de la cuestión, esta Ley omite la doble dimensión del concepto de dignidad: individual y social. La negación de esta última se comprueba al admitirse que en algunas circunstancias alguien o uno mismo pueda disponer de la vida. Con este pensamiento se afirma, de forma expresa, que la vida humana no

es incondicional, y que se reduce a su dimensión individual. Por eso, abogar por la eutanasia afianza la infravaloración en la sociedad de los “no-útiles”, que se traduce, por ejemplo, en su déficit de asistencia sociosanitaria.

Esta medida legislativa parece que admite que hay vidas humanas que merecen no ser vividas. De esta manera, se daña a la sociedad, porque conduce a admitir que hay vidas dignas e indignas. Se modifica el sentido de la dignidad humana y, sobre todo, se cambia el modo en que las personas enfermas, mayores y dependientes se enfrentan a su situación⁹.

Por lo tanto, con la promulgación de esta Ley, la sociedad asume la autodestrucción como un bien social; elige lo malo como bueno, porque la supresión de la vida del paciente es considerada como algo digno. Y esto es una barbaridad.

A esto se añade que una normativa legal de la eutanasia, y una mala praxis médica en casos de patologías difíciles de controlar, crea una mentalidad que trivializa la muerte provocada de manera intencionada hasta convertirla en un hecho socialmente admisible, que se realiza por motivos cada vez más nimios¹⁰, y que se la considera como la única solución ante situaciones difíciles. Este es el

9 Cfr. GERMÁN ZURRIARÁIN R. Vulneraciones de la dignidad humana al final de la vida. Cuadernos de Bioética. 2017; 92: 83-97.

Además, estar a favor de la eutanasia colisiona con la *Resolución sobre la prohibición de la participación de médicos en la Pena de Muerte*, de 2018. Se utilizan, sobre todo, dos argumentos para rechazar la pena de muerte: 1) no es *necesaria* (hoy en día se puede prevenir el crimen con otros métodos), 2) es *injusta* (ninguna vida humana es descartable). El respeto a la vida lleva a la supresión de la pena de muerte, pues atenta contra la dignidad humana. En cambio, estos mismos argumentos no se utilizan para rechazar la eutanasia.

10 Cfr. CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. La Eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos. Madrid: Paulinas; 1993. núm. 42. En este número se afirma: “*Legalizada la eutanasia, se abrirían las puertas a prácticas siniestras, pues la compasión podría ser utilizada como disculpa para justificar la eliminación de los débiles, los deficientes, los terminales*”.

Si se admite una “eutanasia por compasión” se abre un camino de difícil retorno. Una vez abierto no tardaría en colarse siniestras ampliaciones. Por ejemplo, ¿qué impediría aplicar la muerte a los más débiles, a los deficientes, a los considerados socialmente no útiles, a los que no pudieran manifestar su voluntad?, ¿cuál sería el impedimento para suprimir la vida de los deficientes psíquicos profundos? Es lo que se denomina “pendiente resbaladiza”, “*que facilita las prácticas eutanásicas no solo en pacientes terminales que padecen sufrimientos insopportables, sino también en pacientes no terminales, e incluso en personas sin ningún sufrimiento constatable, pero sobre todo lo más grave es, a nuestro parecer, que se abre la puerta a la «eutanasia involuntaria»*”. [acceso: 26 de abril de 2021]. Disponible en: Aznar Lucea J. https://www.observatoribioetica.org/2021/03/la-arriesgada-pendiente-resbaladiza-de-la-eutanasia/35603?utm_source=mailpoet&utm_medium=email&utm_campaign=que-son-los-cuidados-paliativos-las-enfermedades-cardiovasculares-principal-causa-de-mortalidad-por-enfermedades-no-contagiosas-la-fatiga-el-sintoma-mas-frecuente-de-la-covid-persistente-no-586_2.

Sobre este asunto, véase también VEGA GUTIÉRREZ J, ORTEGA I. La «pendiente resbaladiza» en la eutanasia en Holanda. Cuadernos de Bioética. 2007; 62: 89-104.

escenario promovido en el que tiene lugar la aprobación de esta Ley: un clima social de desinterés y desprotección hacia las personas especialmente frágiles y vulnerables (ancianos, síndromes de Down, dependientes, los que sufren enfermedades mentales, demencia...).

Esta Ley supone, también, un menoscabo en el significado del concepto de persona: de un ser relacional a la de un mero sujeto aislado, cerrado en sí mismo, no entendido en términos de interdependencia. Suprime que mi acción repercute en los demás y olvida que *"para que los seres humanos sean, vivan, crezcan y construyan humanidad, deben aceptar la complementariedad y la dependencia"*¹¹.

Por otra parte, en este debate a favor de la eutanasia se utiliza, frecuentemente, el concepto de "calidad de vida". Este concepto es expresión y consecuencia también de la dignidad humana, y no al revés. Si se las identifica, se corre el riesgo de que cuando la calidad de vida decae, se piense que la vida también pierde su dignidad. Esta es la que nos impulsa a buscar la mejor calidad de vida posible, y no esta la que nos sirve de metro para establecer la dignidad del sujeto. Abandonar este principio por la visión dramática de minusvalías profundas conduce a hacer depender el derecho a la vida de la calidad de esta, lo que abre la posibilidad de colocar la frontera del derecho a la vida con arreglo a "criterios de calidad" cada vez más exigentes, según el grado de egoísmo o de comodidad que impere en la sociedad, y, según los cuales, cuando el paciente no los supere, podría solicitar la muerte y, en consecuencia, renunciar a su dignidad y libertad de forma definitiva.

Por último, es propio de la dignidad humana aceptar la llegada de la muerte en las condiciones de unos cuidados que mitiguen los sufrimientos finales del ser humano. Este no pierde la dignidad por sufrir; por el contrario, lo indigno es basar su dignidad en el hecho de que no sufra. No hay que olvidar que lo que es digno es la vida, no la muerte. Hay que luchar por la dignidad de la vida de las personas hasta el final, no por la "muerte digna". La vida siempre es digna, lo que hay que evitar son las circunstancias indignas. Por eso, querer la muerte digna de un paciente que sufre es darle los cuidados paliativos que requiere.

11 DOPCHIE C. El doctor convertido en instrumento. En DEVOS T. (ed.), *op. cit.* p. 62.

Por eso, es una contradicción hablar de "muerte digna" para referirse a la eutanasia. Primero, "muerte digna" y ayudar a morir no son sinónimos de eutanasia¹². Y segundo, digna solo es la vida, no la muerte. Esto implica que habrá que destinar todos los recursos necesarios, para que acontezca la muerte en condiciones acordes a la dignidad del ser humano.

2. DERECHO A LA VIDA, ¿DERECHO A LA MUERTE?

Otro de los términos empleados por esta Ley es el de "*derecho a una muerte digna*", entendido como el derecho de cada cual a disponer de su propia vida en el uso de su libertad y autonomía individuales.

Entiéndase que el derecho a la vida deriva, y esta es la idea principal, del concepto de dignidad de la persona. Todos los seres humanos, por enfermos que estén, no pierden sus derechos. Sin embargo, con esta Ley, los derechos fundamentales no son patrimonio de todo hombre por el hecho de serlo, sino objetos a disposición de la voluntad de la mayoría. El pretendido derecho a acabar con su vida no es para el hombre una afirmación de su dignidad, sino el intento de negarla en su misma raíz.

El Tribunal Constitucional español ha negado que exista un "derecho a morir" o poner fin a la propia vida. Véase, por ejemplo, como los Tribunales de Justicia han ordenado la alimentación forzosa de terroristas encarcelados, y en peligro de muerte por huelga de hambre. También han dictado la obligación de los médicos de salvar la vida de quienes la pusieron en riesgo al intentar suicidarse. Niegan validez al ejercicio de la voluntad de quien quiere renunciar a los derechos. No se tiene, ni existe el derecho a morir o quitarse la vida.

Nadie tiene derecho a un mal objetivo. Es un absurdo invocar los derechos no para un bien, sino para un mal objetivo. Por el contrario, si suicidarse es un derecho, entonces uno puede reclamar que su derecho sea atendido (no intentar convencerlo de lo contrario), y que haya quien le ayude a su cumplimiento. El Estado y la sociedad tendrían el deber de ayudar a suicidarse. Afirmar esto es un despropósito. Pues lo mismo pasa cuando se habla de la eutanasia como "derecho a morir" del paciente, pues significa que el Estado y nosotros mismos estaríamos

12 "La eutanasia no ofrece morir con dignidad, simplemente anticipa el momento de la muerte, pero no te ayuda a morir mejor. Lo que sí ayuda a morir mejor es una atención médica adecuada, un equipo asistencial competente y compasivo, la familia y la sociedad". REQUENA P. [acceso: 10 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://omnesmag.com/foco/continua-el-debate-sobre-la-eutanasia/>, 29 de septiembre de 2020.

obligados a atender ese derecho¹³, y sostener esta idea es un disparate que repugna al sentido común.

La muerte no es un derecho, sino una consecuencia de nuestra condición biológica de seres limitados. Esta llegará, pero nunca de forma forzada. Por eso, es paradójico y un error en sí mismo, hablar de la eutanasia como el "derecho a morir" o la "obligación de matar". Estos conceptos se parecen al sinsentido de quien afirma *"este círculo es un cuadrado"*. Intentar encontrar sentido a un sinsentido es empresa imposible. No se puede hablar de un derecho que, a la vez, acabe con cualquier derecho, ni de una obligación que lleve a matar. Por eso, ¿cómo se puede hablar de progreso ante una Ley que admite el "derecho a morir o matar"?

No hay que confundir un deseo con un derecho, por desear algo no se convierte automáticamente en derecho, es decir, confundir el deseo de la muerte con que la muerte sea un derecho.

También se ha dicho, para justificar esta Ley, que *"mientras la eutanasia no sea obligatoria debe aceptarse en una sociedad pluralista"*, o *"despenalizar la eutanasia no significa hacerla obligatoria"*. En el fondo, los promotores y defensores de esta Ley piensan que su aprobación ofrece una posibilidad. Indican que no sólo no se obliga a nadie a pedirla, sino que también amplía las libertades de todos. Declaran textualmente: *¡que recurra a la ley quien, libremente, quiera!* Sin embargo, esta aseveración es una falacia, porque la inmensa mayoría de las personas candidatas a la eutanasia no son libres, al estar inmersas en un contexto de vulnerabilidad.

Con esta mentalidad se está trasladando a la ciudadanía dos mensajes. Primero, que la eutanasia es, únicamente, como se ha dicho, una cuestión individual sin ninguna repercusión social. Y segundo, más importante si cabe, es que la defensa de la dignidad de la persona y sus derechos, incluido el primero de ellos, que es el derecho a la vida, deja de ser el objetivo principal de la sociedad y del Estado.

Esta Ley en vez de defender la vida pasa a ser responsable de la muerte infringida. La Constitución española confiere al Estado la obligación de respetar y proteger la vida, incluso frente al titular de la misma, esto es, cuidar y atender la

13 García Pastor afirma: *"La petición de querer morir estaría en este tipo de acciones que una sociedad no puede tolerar. La justicia social y el bien común exigen que ningún ciudadano pueda cooperar o ejecutar la eliminación de otro, aun cuando este preste su consentimiento y hasta lo solicite. El estado debe legislar protegiendo la vida de todos los ciudadanos especialmente de los más débiles"*. [acceso: 12 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.diariofarma.com/2021/01/10/traspasar-la-linea>.

vida de los más débiles, ofreciéndoles toda la ayuda y el apoyo que precisen en su situación particular. Sin embargo, la legalización de la eutanasia y del suicidio medicamente asistido hace que el médico tenga la obligación de garantizar el ejercicio del "derecho a morir"¹⁴, por lo que no solo implica que no se sancione la conducta de matar a alguien, sino también a que se la considere buena, haciendo viable el posible contagio social que incrementa la demanda, y convierta a los médicos en cooperadores necesarios del suicidio de los pacientes o "agentes-ejecutores de la muerte". Entonces, ¿cómo se concilia lo que se configura como un derecho prestacional que debe ser garantizado por el Estado, con la libertad de conciencia de los profesionales de la salud¹⁵?

Al mismo tiempo, adviértase que los términos "médico" y "matar" son antónimos. Vamos al médico porque cura, no porque provoca la muerte. La admisión de la eutanasia, como uno de los quehaceres médicos, significa la modificación total de la función y vocación del médico; afecta a su imagen social e implica la destrucción de la profesión médica en la que la confianza deja de ser el fundamento de la relación médico-paciente, de la cual forma una parte esencial el convencimiento de que el médico no abandonará nunca a su enfermo, ni nunca le infligirá ningún daño deliberado. Por primera vez, el médico va a empezar a ser, y esto es una gran contradicción, el gestor de la muerte de su enfermo.

14 Sobre el "derecho a morir" hay que advertir que libertad y derecho no son sinónimos, de tal modo que tengo la libertad de tener hijos, pero no tengo el derecho a un hijo, es decir, la libertad de morir la tengo, pero no el derecho a pedir a un profesional sanitario que acabe con mi vida, porque implica a un tercero.

15 En este sentido, hay que garantizar la libertad de conciencia del médico, en tanto que derecho fundamental, estableciendo mecanismos que respeten el derecho a la objeción de forma reglada y planificada ante la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido, evitando que pueda ser discriminado en su puesto de trabajo por razones de conciencia. Por eso, según la mayoría de la profesión médica, la redacción relativa a la objeción de conciencia, en la ley española actual sobre eutanasia, no ha sido la más afortunada, ya que exige el registro para desarrollar el derecho reconocido a la objeción. A este respecto, no considera oportuna la creación de un registro de objetores de conciencia, porque la misma podría ir en contra del derecho a la confidencialidad y a la no discriminación. Por el contrario, se pide como médico, pero también como paciente, un registro de aquellos facultativos voluntarios que estén dispuestos a dar esa prestación.

En cualquier caso, este registro no debe ser público para que no se vulnere ciertos derechos (libertad de conciencia, a la no discriminación y derecho a la protección de la intimidad), sino que debe estar bajo la tutela de los responsables de las unidades asistenciales en cuyo ámbito está previsto garantizar una adecuada gestión de la prestación, porque el Estado es el que se compromete a dar esos servicios. No puede echar la carga onerosa en el objeto. Sobre este asunto, véase ALTISENT R. El confidente necesario y el registro de objetores a la eutanasia. *Diario Médico*, 29 de marzo de 2021. [acceso: 22 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/medicina/opinion/el-confidente-necesario-y-el-registro-de-objetores-la-eutanasia.html>.

En particular, si los facultativos actuasen poniendo su ciencia médica al servicio de quitar la vida, su actuación estaría en contra de su compromiso ético-profesional que se traduce en prevenir, curar, aliviar y cuidar. Por el contrario, si el médico accede a practicar su primera eutanasia, entra en un torbellino moral del que no podrá salir. Queda atrapado en la propia dinámica de su nueva moralidad profesional, y ya no puede dejar de matar. No se puede pensar que lo haga por perversidad. Lo hará simplemente por mero sentimiento, por un falso sentido de justicia, por no denegar a un paciente lo que ha dado a otro... Por eso se hace muy necesario incentivar y adquirir la enseñanza del Código de Deontología, como asignatura básica y elemental, en todas las facultades de Medicina, y como garantía imprescindible del enfermo y base que cimienta la relación médico-enfermo¹⁶.

De ahí que, por ejemplo, la Asamblea Médica Mundial (AMM)¹⁷, la Organización Médica Colegial de España¹⁸ y el Comité de Bioética de España¹⁹, junto a otros colectivos sanitarios²⁰ se opongan a la eutanasia, porque la consideran una medida anti-médica, e insisten en la promulgación urgente de una ley nacional de cuidados necesarios e integrales al enfermo.

16 Ver Homenaje a Gonzalo Herranz "Desde el corazón de la Medicina", 2013: 123-40; 384-93.

17 Cfr. [acceso: 3 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica>. Tiflis, Georgia. 19-10-2019. Reitera su fuerte compromiso con los principios de la ética médica (...), oponiéndose firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica. En esta dirección, el Comité de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad considera que la Ley de Eutanasia supone "una depreciación de las personas con discapacidad" y alerta de que su aprobación "tendría un impacto profundamente negativo en las personas con discapacidad, con el peligro de una pérdida alta de vidas". Considera que el proyecto del texto legislativo español discrimina y estigmatiza a las personas con discapacidad como "vidas de menor valor". 18-12-2020. Disponible en: <https://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-onu-cree-ley-eutanasia-estigmatiza-discrimina-discapacidad-alerta-perdida-alta-vidas-20201218113340.html>

18 Recuérdese que el Código de Deontología Médica establece que *"El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de este"*. (Capítulo VII. Artículo 36.3).

19 Informe del Comité de Bioética de España *sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*. Madrid, 6 de octubre de 2020.

20 El Colegio de Farmacéuticos de Madrid (COFM), el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región (COEM), y el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM) han firmado el 13 de enero de 2021 una *Declaración oficial contra el Proyecto de Ley de Eutanasia*.

3. LIBERTAD=AUTONOMÍA INDIVIDUAL

También otro de los conceptos esgrimidos para justificar esta norma legal radica en el uso reducido de *libertad* entendida exclusivamente como autonomía individual, es decir, como la capacidad del ser humano para hacer cualquier cosa que quiera. Dicho de otra manera, la libertad de elección se convierte en la condición necesaria y suficiente para fundamentar un valor y legitimar un derecho, convirtiéndose en fuente absoluta e incondicionada de derechos.

Desde este significado parcial de libertad no tendrían razón de ser los ordenamientos jurídicos, ni los Tribunales, ni el Estado, ni las leyes y ni los derechos humanos cuando sus dictámenes no coincidiesen con mi punto de vista, criterio u opinión.

De modo que este planteamiento de la libertad parte de un reduccionismo al considerar la libertad humana como un bien desligado de toda referencia a la verdad y al bien de la persona. En efecto, la libertad del individuo y su ejercicio a través del desarrollo del principio bioético de autonomía, solo es verdadera libertad si sumerge sus raíces en la verdad: la verdad de su persona, la verdad de su biología, la verdad del valor incuestionable de la vida humana, cuyo respeto supone un límite al ejercicio de esta autonomía. Desde este punto de vista, se puede afirmar la existencia de una contradicción en sí misma: una libertad para morir.

Ahora bien, bajo el concepto de "libertad" se esconden dos realidades o dimensiones distintas: la primera, la única que se utiliza en esta Ley para justificar la eutanasia es la de la libertad como facultad exclusiva de hacer o no una cosa u otra. Entendida de esta manera, la libertad no es más que la mera constatación de que el hombre puede actuar sin ser coaccionado. La segunda, de la que se prescindiría por completo, es la que nos dice que si lo que se hace es bueno o malo, justo o injusto, elogiado o repugnante.

Solo hay verdadera libertad humana si se dan juntas estas dos dimensiones en mi acción, pues son aspectos necesarios de la misma y única libertad. Por eso, la primera acepción, separada de la segunda, es una libertad sin verdad, esto es, una "pseudolibertad", pues no nos dice nada sobre si lo que el hombre hace o deja de hacer es admisible o recomendable ética o jurídicamente, o si, por el contrario, debe ser evitado. Pero también, la segunda sin la primera es ciega.

Imaginemos, por ejemplo, que una persona pidiera, en el uso legítimo de su libertad individual, ser esclavo. Nadie estaría a favor de dicho deseo. La sociedad le negaría el cumplimiento de tal pretensión. Esta negación proviene de perseguir el bien común que prima sobre las decisiones de mi libertad individual. Nadie puede

y a nadie le gustaría, en su sano juicio, ser tratado como esclavo, aunque quisiera serlo y ser tratado como tal. Nadie dice: *¡tengo derecho a ser esclavo!* Esta afirmación es falsa, porque nadie puede obligarme a esclavizar a otro.

Desde el punto de vista jurídico, aunque la persona quisiera ser esclavo dando un consentimiento explícito, sería irrelevante para considerar tal conducta como legal. De igual modo, no se puede conceder el deseo de aquel que pide la muerte, como no se acepta que alguien quiera entregarse, de manera voluntaria, como esclavo. Esto significa que nuestro derecho a decidir no es absoluto; elegir la muerte no es una opción entre muchas, sino la manera de suprimir todas las opciones. No se puede elegir ser esclavo de otro hombre, porque eso es elegir contra la propia dignidad.

Lo mismo sucede con el cinturón de seguridad de los coches: al ciudadano puede apetecerle no ponérselo y, sin embargo, el Estado le obliga a ello amenazándole con una sanción. A nadie se le ocurre decir: *¡el Estado está violando mi derecho a la autonomía individual!* La razón de dicha obligación radica en que se da por supuesto que la vida humana es un bien en sí mismo, y por ello, no sólo es un bien para un privado interés, sino que la sociedad está legitimada para exigir y asegurar que cada uno no arriesgue gratuita e imprudentemente la vida, ni ponga en riesgo la de los otros.

Este último ejemplo vale también para el respeto por las señales de tráfico. Nadie afirma: *¡en el ejercicio de mi libertad individual voy a hacer caso omiso a las señales de tráfico!* No somos islas independientes, sino que somos y vivimos interconectados, y los límites a nuestra libertad individual son el único camino viable para el ejercicio de la misma²¹. Las personas se construyen en relaciones intersubjetivas en las que encuentran su singular sentido²². La vida de los demás, y, por lo tanto, también su muerte, afecta a todos.

21 "Tanto en la decisión de solicitar la muerte, como en las decisiones de salud, el reconocimiento de la autonomía de la persona como agente moral no consiste en una libertad absoluta, ya que (...) el ejercicio de la libertad tiene límites, ya que requiere la intervención de terceros (el profesional de la Medicina que ejecuta la muerte y del Estado). Por lo tanto, nunca existe un contexto realmente autónomo para validar una solicitud de muerte, ya que la expresión más genuina de la voluntad propia siempre está imbuida de varios factores (interpersonales y sociales), que necesariamente interfieren y condicionan la decisión". COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, *op. cit.* núm. 5 y 33.

22 "La autonomía personal no es un absoluto. Uno no puede querer la libertad sólo para sí mismo, ya que no hay ser humano sin los demás. Nuestra libertad personal queda siempre conectada a la responsabilidad por todos aquellos que nos rodean y por la humanidad entera", ASSOCIACIÓ CATALANA D'ESTUDIS BIOÈTICS. Razones del «sí» a la vida y del «no» a la eutanasia, Razones del «sí» a la vida y del «no» a la eutanasia. Cuadernos de Bioética. 2006; 60: 249.

Para el ejercicio de esa responsabilidad, la libertad humana o una libertad responsable necesita de límites. No en el sentido de impedimento, sino todo lo contrario, de posibilidad para la acción libre. Hablar de límites no significa limitación, prohibición, freno... algo negativo. Al contrario, es positivo, los límites son la condición de posibilidad para una verdadera libertad humana. En efecto, no son clausura y hermetismo empobrecedor, sino apertura y ampliación del horizonte²³.

4. EL DOLOR Y SUFRIMIENTO

Otro de los vocablos utilizados en la Ley sancionada es el de *dolor-sufrimiento*. Ante todo, es necesario recordar que el dolor y el sufrimiento (este se alivia, aquél se cura) son dimensiones naturales de la vida humana, como lo es nacer, crecer, la condición sexuada, la limitación o la muerte²⁴. La vida de cada hombre incluye la capacidad de sufrir y la aceptación de la limitación. La aceptación de las limitaciones humanas (la debilidad, la enfermedad, la vejez, las minusvalías, la angustia, el dolor) es parte del proceso de humanización. No se es verdaderamente humano si no se acepta un cierto grado de flaqueza en uno mismo y en los demás²⁵.

Junto a esto, ante lo inexorable de la debilidad en el mundo, el médico intenta reducir el dolor, la angustia y las minusvalías de sus pacientes, a sabiendas de que nunca podrá vencer por completo a sus enemigos. Ahí radica el núcleo humano de la Medicina: no triunfar absolutamente sobre la debilidad, el sufrimiento, el dolor, la enfermedad y la muerte, porque nunca se podrá eliminarlos de la tierra²⁶.

También es experiencia universal que el dolor y el sufrimiento no pueden evitarse del todo y que pueden convertirse en una "oportunidad" de transformación; es decir, pueden ser fuente de humanización personal y de solidaridad social. Del sufrimiento podemos salir fortalecidos o no, depende de la actitud de cada uno²⁷, porque este no es un valor en sí mismo, pero sí puede adquirir valor la forma de vivirlo. Ahora bien, quien a toda costa pretende huir del dolor y del sufrimiento,

23 Cfr. GERMÁN ZURRIARÁIN R. Los límites éticos: ¿avance o retroceso? *Persona y Bioética*. 2017; 21: 233-42.

24 CHAPMAN CR, GRAVRIN J. (1993). Suffering and its relationship to pain. *J Palliat Care*. 1993; 9 (2): 5-13.

25 Homenaje a Gonzalo Herranz "Desde el corazón de la Medicina", 2013: 294-306.

26 *Op. Cit.*

27 Para R. Spaemann "*El sufrimiento solo puede tener un sentido si de hecho existe un sentido para todo lo demás, aludiendo así a un ser Absoluto como garante de todo cuanto existe*", en Pro Velasco, M. Reflexiones sobre el sentido del dolor, el sufrimiento y la muerte. *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31: 377-386. Véase también, SPAEMANN R. El sentido del sufrimiento. *Humanitas*. 2005; 37: 28-47.

no aceptándolos, lo más seguro que destruya sus posibilidades de ser feliz, pues es imposible tal fin.

El ser humano experimenta, sobre todo en la vejez, amén del dolor físico (la función de alarma de un organismo vivo), un sufrimiento psíquico o moral intensos. En esta tesitura la obligación del personal sanitario y de los familiares es suprimir la causa del dolor físico, aliviar sus efectos, controlar los síntomas de la enfermedad, y consolar moral y psicológicamente al enfermo que sufre.

Sin embargo, la eutanasia se presenta como alternativa a no sufrir; pero esta afirmación no es cierta. Es verdad que persigue acabar con los sufrimientos del enfermo; si bien, a costa de acabar con el que sufre. Es parecido al siguiente refrán: *"muerto el perro se acabó la rabia"*. Por el contrario, el fin de los cuidados paliativos es también acabar con los sufrimientos del enfermo, pero sin matarlo, porque afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal dentro de aquélla.

Al mismo tiempo, el fin nunca justifica los medios empleados. Así es, la eutanasia persigue como fin evitar el dolor y el sufrimiento del enfermo, pero el medio utilizado es la muerte del mismo, ya sea a petición o no del paciente, por considerar que esa vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna.

Ni las circunstancias del sufrimiento, ni el consentimiento del propio paciente cambian, de forma sustancial, la acción de elegir la muerte de otro provocándola o colaborando con ella. Por eso, quien decide auto aplicarse una eutanasia o ayuda a practicarla a otro, puede actuar creyendo que hace algo bueno o beneficia a quien da muerte; no obstante, objetivamente hablando, las acciones de ambos son repudiables.

La acción debe dirigirse a eliminar el dolor y el sufrimiento de la persona, no a esta con dolor y sufrimiento. El enfermo lo que solicita es alivio de sus dolores físicos, acompañamiento y cuidado. Por eso, la solicitud de eutanasia se debe, muy raramente, a un dolor físico intenso, sino que solapa importantes problemas de origen social y existencial (que la nueva Ley no los contempla) que provocan un sufrimiento a los que hay que dar respuesta: de demanda y expresión de soledad, de abandono de los más cercanos y de la sociedad, de una tristeza profunda, de angustia, de cansancio vital, de falta de escucha, ayuda y apoyo ante sus necesidades, de atención social, de afecto y calor humanos, de depresión, de desesper-

ranza, de problemas mentales, de sentirse una carga para la familia y la sociedad, de falta de sentido de vida²⁸.

En estas circunstancias la muerte no puede ser la solución. Mejor dicho, la eutanasia es una "pseudo-solución", porque evita el centro del problema, eliminando al enfermo y su contexto. La solución no es facilitar la muerte de la persona enferma, sino acompañarla, quererla y cuidarla. Otorgar un derecho sin abordar las causas sociales de muchas peticiones es un acto injusto e intolerable²⁹.

Luego, no puede admitirse que la eutanasia se convierta en la única y exclusiva salida para el dolor y el sufrimiento de los enfermos en situación de terminalidad, sin presentarles una opción que no acabe con su vida. Más concretamente, en la Ley aprobada la única alternativa a la eutanasia es la nada, esto es, la muerte.

Eliminar el dolor a través de la muerte, cuando ya es posible controlarlo y aliviarlo, equivale a amputar un brazo para curar un dedo. Los que están en contra de la eutanasia están también en contra del sufrimiento del enfermo y de la tentación de refugiarse en una terapia agresiva e inútil.

28 VILLAVICENCIO CHÁVEZ C, MONFORTE-ROYO C, TOMÁS-SÁBADO J, PORTA SALES J, MAIER M., BALAGUER A. Physical and psychological factors and the wish to hasten death in advanced cancer patients. *Psychooncology*. 2014; 23(10): 1125-32; ver también BALAGUER A, MONFORTE-ROYO C, PORTA-SALES J, ALONSO-BABARRO A, ALTISENT R, ARADILLA-HERRERO A, BELLIDO-PÉREZ M, BREITBART W, CENTENO C, CUERVO MA, DELIENS L, FRERICH G, GASTMANS C, LICHTENFELD S, LIMONERO JT, MAIER MA, MATERSTVEDT LJ, NABAL M, RODIN G, ROSENFELD B, SCHROEPFER T, TOMÁS-SÁBADO J, TRELS J, VILLAVICENCIO-CHÁVEZ C, VOLTZ R. An international consensus definition of the wish to hasten death and its related factors. *PLoS one*. 2016; 11(1): 105-110.

Para detectar que esas inclinaciones iniciales de demanda de eutanasia son expresión de otras realidades; para que el proceso de reflexión y deliberación no resulte coaccionador y no suponga una privación de asistencia y mala praxis, se necesita unos plazos de tiempo más amplios que los contemplados en la ley publicada. Véase la declaración de la ASOCIACIÓN DE BIOÉTICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID. Proposición de Ley de Eutanasia. Consideraciones Legales: 10 críticas y carencias para una enmienda a la totalidad, marzo 2021. En esta dirección, no puede soslayarse la incongruencia de plantear la ayuda a morir en personas que sufren trastornos mentales que tienen entre sus propios síntomas, formando parte de la patología, la ideación suicida y el deseo de morir.

29 Cfr. LA UNIJES (Grupo de Bioética de las Universidades Jesuitas de España, formado por miembros del Institut Borja de Bioètica-URL, la Càtedra de Bioètica de la Universitat Pontificia Comillas, la Càtedra Andaluza de Bioètica de la Universidad Loyola y el Grupo de Bioética de la Universidad de Deusto) declara: "*Son muy escasas las peticiones de eutanasia autónomas, "sin ninguna presión externa" (...) Proporcionar la eutanasia, sin atreverse a bucear en la hondura de una petición de un deseo de morir es todo lo contrario de una muerte digna. Los factores sociales del deseo de morir hacen que la autonomía no pueda darse tan claramente como se supone*". UNIJES. Sí a morir con dignidad, con los mejores cuidados y sin dolor. Granada, Bilbao, Barcelona y Madrid, 11 de febrero de 2021. [acceso: 23 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://unijes.net/2021/02/11/grupo-bioetico-a-morir-con-dignidad/>.

Por esta razón, si ya no se puede curar, no se ha de aplicar al enfermo terminal unos medios desproporcionados con el objetivo de alargar o aplazar la muerte inevitable unas horas o unos días (obstinación terapéutica). Por consiguiente, el rechazo de tratamientos fútiles (que no aportan beneficio y carecen de utilidad) es un proceder médico, lícito y ético. Es lo que se llama limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico, porque lo contrario es alimentar una falsa asociación: el proceso de morir con el ensañamiento terapéutico.

La adecuación del esfuerzo terapéutico es la adaptación de los tratamientos con arreglo a las circunstancias reales del paciente. Consiste en retirar, ajustar o no instaurar, un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje. No hay que hacer "todo lo que se pueda", sino que esta adecuación del esfuerzo terapéutico es expresión de la aceptación de que la enfermedad ha llevado a su fin la vida de la persona.

Por otra parte, la trastocada y simplista visión en la que se aplica la eutanasia como "solución", se puede revertir; siempre y cuando, se le ofrezca al enfermo lo que toda persona merece: empatía, reconocimiento humano, cariño, cuidado, esperanza, comprensión. Cuando a uno le quitan el dolor, y siente la compañía de sus familiares y de profesionales sanitarios, desea vivir. No se quiere morir, sino vivir de otra manera, vivir sin sufrimiento y dolor, y este derecho a no querer sufrir sí que existe (derecho a la integridad física o psíquica), porque lo que las personas temen no es la muerte en sí, sino el sufrimiento, el dolor, la soledad.

Por el contrario, si el enfermo percibe que está solo, que ha perdido toda autoestima, desesperanzado, con ansiedad, siente que es un estorbo... es el caldo de cultivo propicio para pedir la eutanasia, esto es, la voluntad de querer morir. Nadie puede sentirse una carga económica o un peso social para la familia por exceso de años, dependencia o fragilidad, porque de lo contrario recae sobre el enfermo una gran presión (falta de libertad para decidir)³⁰. En este contexto solicitar la

30 Como sostiene Ballesteros: *"Es innegable que la despenalización de la eutanasia implica, de suyo, una fuerte presión psicológica sobre los enfermos más vulnerables, que se sienten obligados a pedirla para ellos, para no seguir causando molestias"*, BALLESTEROS J. Comparecencia en la Comisión Especial de Estudio sobre la Eutanasia en el Senado. Diario de Sesiones del Senado, 29 de septiembre de 1999. VI Legislatura, Comisiones, núm. 10, 481.

También, el proceso de normalización ejerce una fuerte presión para optar por la eutanasia o proponerla como la forma más adecuada de morir no solo para los pacientes, sino también para el mundo médico, la familia y entorno social en general. Ver LEMMENS W. Cuando la conciencia vacila. Algunas reflexiones sobre la normalización de la eutanasia en Bélgica. En DEVOS T. (ed.) *op. cit.* p. 83.

eutanasia o la ayuda al suicidio, no es en absoluto expresión de libertad, sino de presiones directas o indirectas.

La Ley de la eutanasia ejerce una sutil y eficaz presión sobre las personas vulnerables, social y económicamente, para que se cuestionen si no deberían quitarse de en medio, es decir, una delicada sugerencia, de que existe como una obligación moral de quitarse de en medio para no ser una carga inútil, para no dar guerra a los demás. En estas difíciles circunstancias, estas personas, no libres, son las candidatas idóneas para la eutanasia.

CONCLUSIONES

La nueva Ley omite que todos nos hacemos mayores, y que el envejecimiento lleva consigo, entre otras cosas, la enfermedad y el gasto sanitario correspondiente. Se fundamenta en una verdad a medias: *¡nadie quiere morir con sufrimiento!* Aunque, para no sufrir se ofrezca la eutanasia. Y esta última afirmación es falsa. No sufrir y morir no son sinónimos. La Ley aprobada termina con la vida de las personas que sufren, sin que se empleen tratamientos específicos, como, por ejemplo, la sedación correcta y éticamente aplicada.

En el estado actual de la medicina, existen medios para aliviar el dolor y el sufrimiento. La medicina está ya capacitada para aliviar y acompañar la muerte, cuando esta es ya inevitable, sin causarla. Por tanto, para no sufrir no hace falta matar a nadie.

Además, esta Ley promueve la maximización del respeto por la autonomía del paciente; sin embargo, con su aprobación, a la larga va a conseguir el efecto contrario, porque desatiende la autonomía de los que no son autónomos, esto es, los dependientes y frágiles³¹. En consecuencia, su decisión, no libre, se convierte en voluntad de morir.

A esto último hay que sumar que, desde el punto de vista médico, ¿dónde queda el respeto por la autonomía del médico, de su *lex artis* (el buen hacer del arte médico) y su deontología médica?, ¿qué lugar ocupa el diálogo y la confianza entre el médico y el paciente, si se supedita la *lex artis* de la profesión médica a los deseos del propio paciente o los de su familia? Si el resultado procurado es la

31 "La interpretación del principio de autonomía en el sentido de que la persona sea totalmente independiente en su autorrealización y autodeterminación (...) ignora la vulnerabilidad de quien sufre". COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, *op. cit.* núm. 5, 33.

muerte, esta acción nunca podrá formar parte de una decisión médica³². El médico está llamado siempre a sostener la vida y a curar el dolor, y jamás a procurar la muerte. Esta finalidad nunca puede considerarse un proceder médico. La voluntad y el deseo de morir del paciente no pueden imponerse al criterio de la profesión médica, pues el médico es el responsable de las indicaciones o contraindicaciones y corresponsable en la toma de decisiones. Conforme a esto, al médico no le podemos pedir morir, pero sí no sufrir.

La solución es una atención integral y global de todas las dimensiones y necesidades básicas del enfermo que al final de la vida se muestran en toda su desnudez (físicas, psicológicas, sociales, afectivas-emocionales, espirituales-religiosas); y una comunicación empática con el enfermo para conocer sus valores, temores, inquietudes y preferencias. Este es el cometido de los cuidados paliativos³³.

Justamente, desde la visión de este servicio médico, frente a la situación de sufrimiento por una enfermedad terminal, se ofrece todo un programa de cuidados activos, llevado a cabo por un equipo multidisciplinar de profesionales que trabajan en equipo. El enfermo necesita de personal experto en este ámbito para hacer una evaluación impecable, un cuidado, una atención y una intervención completa de calidad, porque el sufrimiento humano es integral y existencial, no solo físico (la persona no es solo "biología", sino sobre todo "biografía"); y no solo al enfermo, sino también a sus cuidadores y familiares.

Con respecto a estos últimos, los cuidados paliativos les ofrecen comunicación, un sistema de ayuda e información para que puedan acompañar al paciente de una forma eficiente; atendiendo también tras su fallecimiento, evitando el desarrollo de vivencias de duelo inadecuadas.

32 El CONSEJO DE EUROPA. Guía para el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones del final de la vida. 2014, afirma: *"«Autonomía» no implica el derecho del paciente a recibir los tratamientos que pueda solicitar. De hecho, las decisiones médicas son el resultado de una relación equilibrada entre la voluntad del paciente y la evaluación de la situación por un profesional, que está sujeto a sus obligaciones profesionales"*, 11.

Martínez Otero se pregunta: *"¿Estaría obligado el médico a retirar medidas de soporte vital si el paciente o sus familiares se lo solicitan?, ¿Debería un enfermo terminal declarado incapaz confiar en que el médico va a cumplir siempre las exigencias de la lex artis?"*. MARTÍNEZ OTERO J. Autonomía e información de los pacientes: del reconocimiento de derechos a la pérdida de confianza. Reflexiones con motivo de la aparición de nuevas normas sobre los derechos de los pacientes al final de la vida. Cuadernos de Bioética. 2012; 77: 165.

33 La OMS alerta que la cobertura de cuidados paliativos apenas alcanza el 14%. Este Organismo estima que cada año los necesitan 40 millones de personas, el 78% en países de ingresos bajos.

Además, el deseo de adelantar la muerte no se traduce, obligatoriamente, en una petición de eutanasia, sino que, muchas veces, es una respuesta al fenómeno reactivo del sufrimiento multidimensional. Este se da en un contexto de pérdida (de control, de función, de sentido de la vida) y de miedo (al sufrimiento o al dolor, al más allá después de la muerte, a no haber dado sentido a la propia vida, a morir en soledad). Todo ello lleva al paciente a presentar un gran malestar emocional. En este contexto emerge el interés de adelantar la muerte como un medio para acabar con ese dolor y sufrimiento³⁴. El paciente que pide la eutanasia no quiere morir, sino dejar de sufrir. Por esta razón, tras prestar una atención paliativa de calidad, la gran mayoría revierten su solicitud de eutanasia, aceptando una muerte en paz y sin dolor, sin adelantar ni retrasar lo que es inevitable.

En este sentido, los profesionales sanitarios tienen la experiencia de que la demanda de eutanasia persistente es anecdótica en el entorno de los cuidados paliativos, porque el paciente sabe que, en todo momento, va a estar cuidado, al ser la forma idónea de ayudar a las personas a vivir hasta el final.

Sin embargo, suele pasar que cuando el médico nos deriva a cuidados paliativos, exclamamos: *¡ya no hay nada que hacer!* Este servicio médico lo hemos asociado, de manera errónea, con la muerte. Antes bien, justo en esas circunstancias, es cuando más hay que hacer. El hecho de que no se puedan proponer medidas con intención curativa no significa, en absoluto, que la ciencia médica (la medicina paliativa) no tenga nada que aportar. Todo el arsenal técnico y terapéutico disponible debe ser puesto a disposición del paciente, en ese caso, para controlar o minimizar el sufrimiento asociado a esa situación de enfermedad avanzada o terminal. Y en este contexto todos podemos cuidar y acompañar.

Justamente, el objetivo de los Cuidados Paliativos es liberar a la persona de su sufrimiento integral, de la causa de este, y así ofrecer una asistencia médica eficaz a través de la confianza total del paciente en el médico. Para ello, se utilizan conocimientos científicos, técnicos y humanos que garanticen una atención que respete los deseos, valores y creencias del paciente, que permitan encontrar el sentido de la vida, de la enfermedad y de la muerte, sin atrasarla ni adelantarla.

La medicina paliativa se convierte, entonces, en la única respuesta real a las necesidades de los enfermos en el periodo final de sus vidas. Pues, paliar es mitigar

34 Cfr. RODRÍGUEZ PRAT A, BALAGUER A, BOOTH A, MONFORTE-ROYO C. Understanding patients experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*. 2017.

el sufrimiento, reafirmando la importancia de la vida, pero aceptando a la vez que la muerte es una realidad humana.

Los cuidados paliativos no son eutanasia, al contrario, ensanchan la vida y le dan profundidad. Estos no pretenden prolongar la vida, ni acortarla o acelerar la muerte deliberadamente. Son una respuesta ética acorde con la dignidad humana al sufrimiento intenso del enfermo y de su familia. Justamente, en este contexto médico, la sedación y la morfina (que no son eutanasia) son herramientas médicas eficaces, cuando se usan correctamente y cuando se usan para controlar los síntomas, con el objetivo de aliviar el sufrimiento insoportable y aportar calidad de vida. Estas medidas respetan y humanizan el proceso del final de la vida mitigando el sufrimiento intenso e incoercible.

Por tanto, por una parte, el uso de la morfina, la práctica de la sedación paliativa, y el rechazo a un tratamiento desproporcionado, son actuaciones consideradas como buena práctica clínica, ya que van dirigidas a cumplir los fines de la medicina y la ética médica considerando el beneficio de la persona enferma. Por otra, los cuidados paliativos son la medicina del alivio del sufrimiento intenso en situaciones de gravedad; en cambio, la eutanasia, no es una acción médica, que no puede ser exigida, porque va contra la esencia de la medicina.

Es moralmente buena la ayuda médica "en el morir" o "dejar morir", no la ayuda médica "a hacer morir", pues es diferente permitir la muerte que producirla directa o indirectamente. Dicho de otra forma, no es lo mismo morir que matar. La eutanasia mata; en cambio, los cuidados paliativos acompañan al que muere. Las diferencias entre sedación y eutanasia las separa una raya muy fina, pero perfectamente nítida que permite diferenciar entre lo que es un acto médico y lo es que el acto eutanásico, porque la eutanasia no es un acto médico.

Por consiguiente, la única causa de la muerte del paciente ha de ser el curso de la enfermedad. Por eso, si se quiere de verdad terminar con el dolor físico y los sufrimientos de cualquier índole habría que aprobar una Ley de Cuidados Paliativos, porque lo que es indigno es que haya enfermos que mueran cada año con dolor, con sufrimientos evitables por no recibir unos cuidados paliativos de calidad y sólo cuentan con ellos quienes pueden pagarlos.

De este modo, los cuidados paliativos son la única solución médica, social y ética conforme a la dignidad de todo ser humano. Más exactamente, la única alternativa a estos no es la eutanasia, sino que no los haya. Los cuidados paliativos, al atender y respetar la dignidad humana, son un componente fundamental del derecho humano a la salud.

La muerte provocada no puede ser un atajo que nos permita ahorrar recursos humanos y económicos imprescindibles en el cuidado y acompañamiento integral de los enfermos. Por eso, el Estado debería invertir sus presupuestos en dotar a la sociedad de los instrumentos adecuados para prestar a estas personas los cuidados que precisan y no sumergirlas en el abandono social y económico. Debería dedicarse a facilitar asistencias a domicilio, acceso a residencias asistidas, menor lista de espera para unidades hospitalarias de control del dolor, soportes económicos a seres humanos vulnerables. Sin embargo, hemos sustituido todo ese debate sobre prestaciones asistenciales por la opción de pedir la muerte.

Luego, parece que la legalización de la eutanasia y del suicidio medicamente asistido es una ley escrita para apaciguar el miedo a un sufrimiento lejano y potencial, cuando los que están en la situación real e inmediata, lo que reclaman, es que se cumpla la promesa de aliviar el sufrimiento, de un fin de vida que siga siendo vida hasta el final, y de una muerte humana que no les quite nunca su dignidad.

De tal manera que ofrecer una Ley sobre la eutanasia como un derecho (no desde la excepcionalidad), cuando no está resuelto el acceso universal a los cuidados paliativos es una crueldad, una irresponsabilidad y una negligencia. Por el contrario, si estos estuviesen totalmente garantizados, no sería necesaria ni tendría sentido una ley sobre la eutanasia, porque los casos de petición de la misma serían muy residuales.

Una sociedad que, en vez de ofrecer todos los medios necesarios para dar los cuidados pertinentes a sus ciudadanos en situaciones de fragilidad y debilidad, prefiriendo acabar con sus vidas, no puede considerarse una sociedad libre, justa ni social.

Es una sociedad más humana cuanto más cuida a sus miembros frágiles. Es más solidaria cuando centra sus esfuerzos en ayudar y apoyar al enfermo a vivir lo más dignamente posible la fase última de su vida. Esta es la compasión (un "*sufrir-con*") auténtica, activa (reconocer el sufrimiento, conmovernos y tener la intención de paliar las causas del mismo, mirando a la persona con respeto), permitiendo entregarnos a la muerte en el respeto de la vida, y más comprometida que suministrar, simplemente, fármacos letales. Nos debería dar vergüenza como sociedad que un ciudadano diga que quiere acabar con su vida y lo aceptemos sin antes haber reflexionado y estudiado por qué, y sin intentar poner medios para

que deje de solicitarlo³⁵. De tal modo que la compasión no consiste en provocar la muerte o suprimir la vida, sino que se debe traducir en una ética del cuidado, en acoger, proteger y acompañar al enfermo, especialmente en las situaciones de mayor vulnerabilidad³⁶. Sólo si se entiende mal el término compasión se puede relacionar esta con la eutanasia. En definitiva, "padecer con" es izar la bandera del valor del ser humano por el exclusivo hecho de serlo.

Por eso, para evitar malos entendidos, el término compasión se ha de utilizar en el sentido de misericordia-empatía, no pasivo y asimétrico, sino activo, simétrico y dinámico. De ahí que ante el dolor-fragilidad del otro se sienta un clamor interno por solucionarlo, para "rescatarlo" de su "miseria". La enfermedad del otro nos hace volver hacia él nuestra mirada y ponernos a su servicio, y hacernos cargo de su sufrimiento.

En este sentido, la compasión lleva a un acompañamiento holístico-integrador. En consecuencia, la verdadera compasión pasa por aprobar una Ley de la Paliativos, porque a la vez combate el sufrimiento y respeta la dignidad de cada uno de los seres humanos.

Morir con dignidad no es decidir cuándo quiero morir, sino significa fundamentalmente saber que voy a morir cuidado en todos los aspectos, de tal forma que no tenga sufrimientos de ningún tipo, acompañado, atendido, con los síntomas de la enfermedad terminal controlados; morir recibiendo afecto y consuelo, sobre todo, de los familiares. Desde esta perspectiva, la eutanasia no dignifica la muerte, sino todo lo contrario.

El verdadero progreso del ser humano se produce cuando alguien cuida de otro alguien, porque no hay nada más retrógrado que acabar con la vida de los más vulnerables de la sociedad. Lo progresista es que el Estado ofrezca cuidados a todos los enfermos, no que ayude a eliminarlos. Lo progresista es cuidar, no matar.

Exacto, el auténtico progreso no es tanto legalizar la eutanasia, como acabar con el dolor y sufrimiento del enfermo. Los cuidados paliativos son la manera civilizada y progresista de eliminar el dolor y el sufrimiento. Estos son el servicio médico

35 Cfr. GÓMEZ M. La eutanasia es la crisis más grave en la milenaria historia de la medicina. [acceso: 31/03/2021]. Disponible en: <https://eldebatedehoy.es/noticia/entrevista/25/03/2021/marcos-gomez-eutanasia/>.

36 Cfr. UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA. *op. cit.* [acceso: 31/03/2021]. Sin embargo, se suele presentar la eutanasia como un signo de humanidad hacia los que sufren. Así, los que manifiestan estar en contra de esta ley son consideradas personas que no tienen compasión. Sobre este asunto, véase GARCÍA-SÁNCHEZ E. Despertar la compasión. El cuidado ético de los enfermos graves. Pamplona: Astrolabio; 2017.

que procura el trato digno que toda persona merece en atención a su inviolable dignidad, máxime cuando padece un estado de dependencia absoluta. Cuidar significa apostar por la dignidad de los enfermos en situación de terminalidad.

Todos tenemos derecho a una muerte digna, a que no se prolongue de forma irracional y desproporcionada el proceso final de la vida. Tenemos derecho a que se administren todos los tratamientos adecuados para paliar el sufrimiento. Y tenemos derecho a morir en paz. Pero una cosa es esto y otra, bien distinta, la eutanasia, que es un fracaso social y médico ante la vida.

La eutanasia, además, acentúa la desigualdad social porque si se legaliza la eutanasia antes de tener los mejores cuidados paliativos para la mayoría de la población, estaremos favoreciendo la desigualdad social. Porque los pacientes más vulnerables, con menos recursos o en peores circunstancias serían más propicios a solicitar la eutanasia para evitar el sufrimiento extremo. Además, ¿Qué valores transmitimos a nuestros hijos si les trasladamos que los enfermos o las personas con discapacidad no merecen la máxima protección de la sociedad? La solución es reforzar con más medios los cuidados paliativos y no la aprobación de la eutanasia.

De estos cuidados son responsables no sólo los políticos y el sistema sanitario, sino también la sociedad entera y yo mismo, porque, ya desde ahora, puedo cuidar y valorar a los mayores, a los abuelos, a mis padres. Pongamos nuestro granito de arena construyendo una sociedad solidaria que cuida y dignifica la vida de las personas.

La sociedad, a través de la solidaridad, puede hacer posible que personas con vidas frágiles o muy limitadas se encuentren integradas y acogidas en el entorno social y familiar cercano, logrando una experiencia de confort vital adecuado para vivirla con esperanza. Es misión de toda la sociedad buscar el alivio del sufrimiento. Para esto son necesarias actitudes de compromiso interpersonal solidario con los enfermos y personas discapacitadas, y recursos suficientes sanitarios y sociales que hagan posible el afrontamiento efectivo de estas situaciones. En cambio, la eutanasia y el suicidio asistido hacen sociedades egoístas. En concreto, el suicidio asistido está muy ligado a una sociedad que piensa solo en el deseo particular.

En definitiva, es necesario recuperar el sentido genuino de los conceptos analizados, porque de lo contrario, esta Ley se convierte en expresión colectiva de nuestro egoísmo, de quitarnos de en medio lo que nos estorba para vivir más cómodos. La eutanasia no es buena para la sociedad, porque para ser denominada como tal tiene que cuidar del débil, no descartarlo y matarlo.

En conclusión, esta Ley no busca y consigue el bien común, porque la eutanasia no contribuye al mismo; y en cambio, la medicina paliativa sí. De esta manera, si

el legislador y el político se dedican en buscar el bien común, la tienen que promover³⁷.

El respeto a la dignidad humana exige, por un lado, no dañar la vida ni la integridad personal y, por el contrario, promover y cuidar la vida, actuando para aliviar el sufrimiento y para conseguir la aspiración de que cualquier vida humana se desarrolle plenamente, hasta donde sea posible, aunque las condiciones que se presenten lo hagan un logro difícil o complejo. Por otro, ayudar de modo efectivo y comprometido a los enfermos a afrontar el impacto que la enfermedad incurable o la discapacidad insuperable producen, para que su vida humana y la capacidad de vivirla felizmente predominen y no quede anulada por su estado de salud.

Ante el dilema del dolor y el sufrimiento, nos tenemos que preguntar: ¿quién soy yo para quitar una vida humana?, ¿queremos construir una sociedad capaz de cuidar a otros seres humanos limitados o queremos eliminarlos?, ¿qué valores transmitimos a nuestros hijos, amigos, si les trasladamos que los enfermos o las personas con discapacidad no merecen la máxima protección de la sociedad?

Se necesita atender a la vida biográfica y no sólo a la vida biológica. Los más débiles de este mundo son un punto de referencia. Ellos nos dan una perspectiva diferente de la vida. Dignidad humana y cuidar van de la mano. Somos seres necesitados de cuidado. Es necesario y urgente activar un "hacerse cargo" de las personas en el periodo final de su vida o de aquellas personas con graves discapacidades y limitaciones funcionales. La acción de cuidar muestra nuestra humanidad. Seamos una sociedad orgullosa de preocuparnos, de cuidar de los mayores y de los enfermos, y seremos, así, una sociedad mejor, más humana, porque si no cuidamos a las personas de nuestro presente, tampoco tendremos ningún futuro.

37 Cfr. CENTENO C. El bien común pide medicina paliativa. [acceso: 19/05/2021]. Disponible en: https://alfayomega.es/carlos-centeno-el-bien-comun-pide-medicina-paliativa/?utm_source=Perspectivas.+Una+mirada+desde+la+Universidad+de+Navarra&utm_campaign=3ee0269472-EMAILING-Perspectivas-9_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_acc7396cf0-3ee0269472-75290321&mc_cid=3ee0269472&mc_eid=4e8d1af41d.

REFERENCIAS

- ALTISENT R. El confidente necesario y el registro de objetores a la eutanasia. Diario Médico, 29 de marzo de 2021.
- ASSOCIACIÓ CATALANA D'ESTUDIS BIOÈTICS. Razones del «sí» a la vida y del «no» a la eutanasia, Razones del «sí» a la vida y del «no» a la eutanasia. Cuadernos de Bioética. 2006; 60: 247-257.
- ASOCIACIÓN DE BIOÉTICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID. Proposición de Ley de Eutanasia. Consideraciones Legales: 10 críticas y carencias para una enmienda a la totalidad. Marzo 2021.
- ASOCIACIÓN UNIVERSITARIA IRAGARRI, Jornadas: Sufrimiento al final de la vida: Cómo afrontarlo. Vitoria-Gasteiz, 15 de enero de 2021.
- AZNAR J. Opinión de médicos y población general sobre la posible legalización de la eutanasia y el suicidio asistido. Cuadernos de Bioética. 2021; 32: 23-36.
- Observatorio de Bioética. Universidad de Valencia. Marzo de 2021.
- CHAPMAN CR, GRAVRIN J. (1993). Suffering and its relationship to pain. J Palliat Care. 1993; 9 (2): 5-13.
- CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. La Eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos. Madrid: Paulinas; 1993.
- CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE. Carta *Samaritanus Bonus* sobre el cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de la vida. Ciudad del Vaticano, 22 de septiembre de 2020.
- DEVOS T. (coord.) Eutanasia. Lo que el decorado esconde. Reflexiones y experiencias de profesionales de la salud. Salamanca: Sígueme; 2020.
- GARCÍA-SÁNCHEZ E. Despertar la compasión. El cuidado ético de los enfermos graves. Pamplona: Astrolabio; 2017.
- GRUPO DE BIOÉTICA DE UNIJES. Sí a morir con dignidad, con los mejores cuidados y sin dolor. Granada, Bilbao, Barcelona y Madrid, 11 de febrero de 2021.
- Homenaje a Gonzalo Herranz "Desde el corazón de la Medicina", 2013.
- INFORME DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la

eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación. Madrid, 6 de octubre de 2020.

- LEÓN CORREA FJ. Bioética. Madrid: Palabra; 2011.
- MANIFIESTO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA en relación con la Ley de la Eutanasia. 16 de diciembre de 2020.
- MARTÍNEZ OTERO J. Autonomía e información de los pacientes: del reconocimiento de derechos a la pérdida de confianza. Reflexiones con motivo de la aparición de nuevas normas sobre los derechos de los pacientes al final de la vida. Cuadernos de Bioética. 2012; 77: 165.
- Cuando la autonomía sólo beneficia a algunos: crítica de una hipertrofia, VI Seminario Internacional de Bioética: El futuro de la bioética en la lucha contra la exclusión y la pobreza. Universitat de València, 2016.
- La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético. Cuadernos de Bioética. 2017; 94: 329-340.
- MELENDO T, MILLÁN-PUELLES L. Dignidad, ¿una palabra vacía? Pamplona: Eunsia; 1996.
- MONTERO E. ¿Hacia una legalización de la eutanasia voluntaria? Reflexiones acerca de la tesis de la autonomía. La Ley, Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurisprudencia y Bibliografía. 1999; 2: 1722-29.
- PRO VELASCO M. Reflexiones sobre el sentido del dolor, el sufrimiento y la muerte. Cuadernos de Bioética. 2020; 31: 377-86.
- RIVERA LÓPEZ E. Eutanasia y autonomía. Humanitas: Humanidades Médicas. 2003; 1: 1.
- SPAEMANN R. El sentido del sufrimiento. Humanitas. 2005; 37: 28-47.
- VEGA GUTIÉRREZ J, ORTEGA I. La "pendiente resbaladiza" en la eutanasia en Holanda. Cuadernos de bioética. 2007; 62: 89-104.
- VILARROIG J. Dignidad personal: aclaraciones conceptuales y fundamentación. Quién. 2015; 2: 49-63.

INTERVENCIÓN DEL PADRE JOSÉ MARÍA DI PAOLA EN EL DEBATE EN CÁMARA DE DIPUTADOS POR LA PRESENTACIÓN DE LA LEY DE LEGALIZACIÓN DEL ABORTO EN LA ARGENTINA

Buenos Aires, 1 de diciembre de 2020

Como curas villeros estamos todavía trabajando duro en este tiempo de pandemia, siguiendo inclusive las indicaciones que el Presidente, siempre asesorado por científicos, ha recomendado.

A pesar del arduo trabajo que en la Argentina, desde distintos lugares venimos realizando, muchos vemos con tristeza que el número de muertos haya llegado a los casi 40.000.

En medio de esta dolorosa situación con sorpresa e indignación vemos también el apuro del Poder Ejecutivo por sancionar rápidamente la ley del aborto.

Traigo a este recinto los que, en un intercambio de cartas, el Papa Francisco me sugería acerca del tema:

"Para mí la deformación en la comprensión del aborto nace principalmente en considerarlo un tema religioso", y continúa diciendo: "El asunto del aborto no es esencialmente religioso. Es un problema humano previo a cualquier opción religiosa".

El tema del aborto debe ser tratado científicamente y me subrayó la palabra "científicamente".

Francisco me recalca esto porque sostiene que muchos creen que el "no al aborto" es una postura opinativa, no científica. En todo caso que sea una discusión científica donde se decida si hay vida o no.

Estudios de embriología muestran que en la 3ª (tercera) semana de embarazo ya está diseñado todo el organismo y late el corazón.

Sabemos que el embrión posee un ADN único y sus secuencias se mantendrán al nacer y durante toda su vida. Por eso el análisis genético de cada embrión permite conocer mucho sobre el futuro de la persona, la ciencia puede leer la totalidad de la secuencia genética del ADN de un sujeto mucho antes de su nacimiento.

Así lamentablemente los países capitalistas que aprobaron el aborto han depurado con un pensamiento nazi al 90% de los niños por nacer con síndrome de Down.

El Presidente dice que ha enviado el proyecto al Congreso porque había hecho una promesa y la quiere cumplir. Sería interesante que nos dijera ante quién se comprometió. A quien le prometió, en tal caso. Al pueblo seguramente no. Al pueblo de la villa menos. Al de las provincias tampoco.

Como curas y religiosas de villas y barrios populares aprendimos de los vecinos a amar y cuidar la vida. Los lazos de amor que se generan entre los más pobres nos muestran que toda vida vale. La madre ya no solo es la de sus hijos sino también de chicos y chicas del pasillo. La vida comunitaria abraza y da vida. Como contracara vimos la hipocresía de nuestra sociedad que niega al pobre la posibilidad de adopción por no tener, por ejemplo, un título de propiedad.

Parte de esta hipocresía es plantear que el aborto es una necesidad de los pobres, dicen hacerlo por ellos. Creo que sería suficiente con que los funcionarios hagan fila en los centros de salud, se atiendan en los hospitales provinciales y nacionales para darse cuenta de qué es lo que necesitan verdaderamente los pobres y especialmente las mujeres pobres.

La legalización del aborto admite como conducta legal la eliminación de una vida invocando una respuesta superior. Pareciera que retrocedemos a "las razones de Estado" o a los "destinos manifiestos".

Después de este, ¿cuál es el próximo paso? La eliminación de los ancianos disfrazada con el eufemismo de la muerte digna "consumando la exclusión de los más débiles".

Después del "Nunca más" muchos se preguntaban cómo se pudo haber llegado a tal grado de deshumanización. La respuesta es que se llega cuando se decide justificar la eliminación de la vida o la violación de la integridad física o moral por una razón superior. Es en este punto donde las justificaciones y las indignaciones se tornan hipócritas en los que deciden.

Al haber vida estamos ante una flagrante violación a los derechos humanos. Nos suena en nuestro interior la voz de nuestro guía en Derechos Humanos, Adol-

fo Pérez Esquivel, quien fue citado en 1982 por el padre Javier Gafo en uno de sus libros con este concepto fundante:

"Quien justifica el aborto, justifica la pena de muerte y yo estoy contra la pena de muerte y contra el aborto, ser progresista significa defender la vida y nada más".

Cuando hace dos años destacamos la innegable vinculación entre la legalización del aborto y las políticas de la usura internacional varios medios de comunicación vinculados al oficialismo nos atacaron duramente, pretendiendo desvincular la propuesta llevada al Congreso con la aprobación de irracionales préstamos que solo sirvieron para garantizar la fuga de riquezas y lo producido del trabajo argentino.

Frente a esta ofensiva, durante las últimas semanas, el Ministerio de Economía tomó medidas que podrían calificarse como estabilizadoras o como "pro- mercados".

En estas gestiones hubo hechos de muy difícil calificación como mera coincidencia. Por una parte, el Ministerio de Economía anunció que solicitaría al FMI un acuerdo de "facilidades extendidas" el que —como es conocido— trae aparejado que el país deba aceptar, no solo inspecciones y controles de gestión, sino también imposiciones de diverso carácter. En el momento en que arriba la misión negociadora del FMI, en forma apresurada y contradiciendo manifestaciones anteriores, se anuncia uno de los principios que impulsa fuertemente el sistema de usura internacional: la legalización del aborto. La misma historia que vivimos dos años atrás.

En América Latina resuena el famoso grito "No matarás" de Monseñor Romero, Mártir de El Salvador, cuando exhortaba a no reprimir a su propio pueblo y con el mismo fervor agregaba "si sentimos la represión porque nos mata a jóvenes y gente que ya es grande, lo mismo es quitar la vida en las entrañas de la mujer".

Señores diputados y senadores: no se coloquen en el lugar de Dios, dejen que la ciencia hable seriamente, gobiernen para los pobres y no para las elites capitalistas ilustradas. Hagamos entre todos un país donde se ame la vida, un país donde el Papa pueda sentirse cómodo cuando decida venir.

Martes, 1° de Diciembre 2020
Padre José María Di Paola

INTERVENCIÓN DE MONSEÑOR GUSTAVO CARRARA EN EL DEBATE EN CÁMARA DE DIPUTADOS POR LA PRESENTACIÓN DE LA LEY DE LEGALIZACIÓN DEL ABORTO EN LA ARGENTINA

Argentina, 2 de diciembre de 2020

Buenos días.

En primer lugar quiero agradecerles la posibilidad de participar, y el trabajo que se toman para escuchar con atención cada una de las intervenciones. Mi tarea como obispo es acompañar la pastoral en villas y barrios populares; de hecho vivo en uno de ellos.

La pandemia tan dramática que nos golpea ha desnudado también otras patologías sociales. Una cultura del descarte, individualista y agresiva, va avanzando. Este pequeño virus del Covid 19 ha puesto de rodillas a todo el mundo y, a su vez, nos ha mostrado descarnadamente el gran virus de la injusticia social que vivimos, la desigualdad de oportunidades. A modo de ejemplo podemos visualizar que muchas de las más de 4.400 villas o barrios populares de nuestro país no tienen acceso al agua potable. Como sabemos el agua es vida, es salud. En los barrios populares, las esenciales han sido sobre todo las mujeres, que se han puesto la patria al hombro, y que multiplicando las ollas en los comedores comunitarios, han pensado no solamente en sus hijos, sino también en los del pasillo, en los de la manzana.

A esto se suma la delicada negociación de la deuda externa que no puede hacerse a costa de generar más deudas sociales. Desde que el país volvió a tomar semejante nivel de deuda, condicionó su soberanía y está más expuesto a colonizaciones culturales. Muchas veces los

organismos internacionales que prestan dinero "sugieren" políticas de control de crecimiento de la población. Esto apunta directamente a las villas y barrios donde en vez de reducir la desigualdad se reduciría así la cantidad de pobres.

Es en este contexto de pandemia y sus consecuencias todavía no del todo mensurables, en el que se vuelve a debatir el proyecto del aborto. Nuevamente se presenta, un proyecto muy similar al del 2018.

Ahora bien, cuando como equipo de curas de villas decimos no al racismo y al rechazo de los inmigrantes por el hecho de ser pobres; cuando decimos no al gatillo fácil; cuando pedimos condiciones dignas para los privados de libertad; cuando nos involucramos para que no haya "ni un pibe menos por la droga"; cuando acompañamos los reclamos de los trabajadores de la economía popular; cuando nos unimos a la lucha de los vecinos y vecinas por un pedazo de tierra para trabajar para construir un techo y así cuidar a su familia; cuando organizamos un club o levantamos una escuela para los chicos y chicas de los barrios, etc., ¿qué nos anima? **Nos anima la profunda convicción de la dignidad de cada ser humano más allá de cualquier circunstancia.** Eso mismo lo sostenemos también del niño o la niña por nacer, su dignidad inalienable desde su concepción. De hecho, la Convención sobre los Derechos del Niño entiende por niño *"todo ser humano desde el momento de la concepción"*.

Es que cuando se niega el derecho más elemental –el derecho a vivir– todos los derechos humanos quedan colgados de un hilo. Porque cualquier opción por la dignidad humana necesita fundamentos que no caigan bajo discusión, más allá de cualquier circunstancia. De otra manera esa opción se vuelve muy frágil. Porque si aparece alguna excusa para eliminar una vida humana, siempre aparecerán razones para excluir de este mundo a algunos seres humanos que molesten. Mandarán las circunstancias. La costumbre de establecer grados de distinto valor entre los seres humanos de acuerdo con sus características, capacidades o desarrollo, ya ha llevado a las peores aberraciones. Y lo que creíamos superado puede volver a aparecer bajo otras formas.

Cuando una mujer humilde de nuestros barrios va a hacerse la primera ecografía, no dice: "vengo a ver este montón de células" sino que dice: **"vengo a ver cómo está mi hijo"**. Podríamos preguntarnos, ¿qué solidez puede tener entonces la defensa de una vida humana? Si una ley puede definir en qué momento puede ser eliminada o no. En qué se apoyaría la ley para decir: no es legítimo quitarle la vida a un ser humano cuando tiene más de 14 semanas, pero que sí se lo puede "interrumpir" cuando tiene un día menos. Si una ley puede definir en qué momento una vida humana puede ser eliminada, entonces todo queda sometido a las

necesidades circunstanciales, a las conveniencias de los que tengan más poder, o a las modas culturales del momento. **¿No resulta muy peligroso correr arbitrariamente el comienzo de la vida de un ser humano?**

El punto central, lo que está en juego, es el valor de la vida humana. ¿Es posible que el deseo o la posible afectación a mi salud integral (física, psíquica o social) sea el criterio para decidir quién vive, quién tiene derecho a vivir, y quién no? Hay ejemplos a lo largo de la historia donde para poder eliminar seres humanos, a quienes se consideraba descartables desde el Poder, primero había que deshumanizarlos. Hay un discurso por momentos dominante que reitera la palabra "libertad" como un valor supremo. La pandemia nos mostró el orden verdadero. Primero la vida, luego la libertad. No hay libertad sin vida. La libertad no es un bien ilimitado, tiene el límite del otro. Y la genética muestra que el embrión tiene un ADN distinto del de su madre y se mantendrá al nacer y durante toda su vida.

Cuando se habla de las villas o barrios populares, muchas veces se desconoce la cultura de la mayoría de las mujeres pobres. Para ellas los hijos son el mayor o el único tesoro, y no son algo más entre muchas posibilidades que el mundo de hoy puede ofrecer. Eso explica que tantas mujeres pobres se desvivan trabajando mucho para poder criar a sus hijos. Si se quiere ayudar realmente, lo primero que hay que hacer en nuestros barrios es luchar contra la pobreza con firme determinación.

Se entienden los argumentos que tratan el aborto como un tema de salud, pero estos argumentos conciben a la salud desde un enfoque aislado, como si los seres humanos no fuéramos relación, vínculos, espíritu. Algo que sí nos recuerda la pandemia que estamos sufriendo. La salud no se puede alcanzar descartando a otro ser humano. Por eso, para las mujeres de los barrios más humildes, el aborto es vivido como un drama existencial, personal y comunitario. Aquí se sigue una intuición muy profunda: no es humano favorecer a un débil en contra de otro más débil aún.

Muchas veces miramos a los países poderosos y "desarrollados" de nuestro mundo. En muchos de ellos está legalizado el aborto. Y en muchos casos se descarta así a los niños que van a nacer con síndrome de Down. **¡Cuánto nos enseñan estos niños a los que tenemos atrofiada la capacidad de amar!** La lógica de los poderosos, de los fuertes, que deciden sobre los que menos posibilidades tienen, es la lógica dominante en nuestro mundo de hoy. Y esto también, de alguna manera, se traslada al tema de la niña o niño por nacer.

Y a las mamás que sufren situaciones dramáticas hay que acompañarlas y poder ayudarlas con su embarazo, como hacen muchas **vecinas que ayudan en situaciones difíciles**, cuando no hay nadie más que ellas; o como esas **comunidades que se organizan en nuestros barrios** a través por ejemplo de los "Hogares del Abrazo Maternal", y salen a las ranchadas a acompañar a los que están en la calle y se encuentran con chicas que están solas y embarazadas, les hacen un lugar y las siguen acompañando, cuidando de las dos vidas.

No organicemos un país en base al egoísmo disfrazado de libertad. Aunque no parezca la salida más pragmática, los argentinos podemos resolver los problemas sin arrancarle la vida a un inocente antes de que pueda defenderse. Podríamos hacer la diferencia. **Como pueblo somos capaces de apuntar más alto y de sostener un profundo respeto por la dignidad de los más débiles.**

2 de diciembre de 2020
Gustavo Oscar Carrara

PRESENCIA DE CÁRITAS ARGENTINA EN LA SESIÓN DE DIPUTADOS POR EL PROYECTO DE LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Buenos Aires, 1 de diciembre de 2020

Señoras Diputadas y Señores Diputados de la Nación:

Mi nombre es Andrea Imbroglija, y vengo en representación de la Conferencia Episcopal Argentina. Como algunos saben, es el organismo rector de la Iglesia Católica Argentina, la cual coordina su enorme trabajo con las personas y comunidades pobres fundamentalmente a través de Cáritas Argentina.

En Cáritas somos más de 3500 grupos de trabajo y 32.000 voluntarios viviendo con comunidades muy pobres a lo largo de todo el territorio nacional. Yo soy parte de este equipo de miles de mujeres y hombres que estamos presentes todos -pero todos- los días en los barrios vulnerables, para sostener y acompañar la vida de millones de personas en situación de pobreza. Y por eso hoy les hablo en nombre de estas millones de personas. Señores Diputadas y Diputados, nadie puede decirnos lo que piensan y viven las mujeres en situación de pobreza ante un embarazo porque nosotros sí que estamos ahí, las acompañamos poniéndole el cuerpo en el territorio, sin ningún tipo de condición. Y les aseguro que quienes quieren arrojar su representación y dicen que las mujeres pobres quieren el aborto, o no las conocen, o faltan a la verdad.

El aborto NO es un pedido de las comunidades vulnerables. Lo afirmamos desde la realidad de los territorios, y no desde algunas ideologías ni desde la religión ni desde los escritorios. Desde la realidad de esos territorios, las mujeres

piensan, sienten y miran al aborto y todo lo que lo rodea como una gran CRUELDAD. Y así evaluarán a las legisladoras y legisladores. Si el Congreso de la Nación que ustedes integran pretende defender los derechos de las personas en situación de pobreza, primero tiene que priorizar y respetarles la vida. Tanto a la niña o niño por nacer, como a su madre. Por eso lo voy a decir muy claro: legalizar el aborto implica ser, como Poder Legislativo y como Patria, antiderechos de personas en situación de pobreza. Porque la realidad humana que está esperando nacer en el vientre de las madres es indiscutidamente un ser humano, y vulnerable. Son vidas humanas, sea que tengan 1, 3, 14 o 20 semanas de gestación. Son personas, por naturaleza, por código genético, y porque además así lo define la Constitución. Hoy escuchamos estupefactos a un funcionario, médico además, decir aquí mismo que "acá no hay 2 vidas". No nos dan tiempo para explicarle esto tan básico aquí, pero sí que la hay, y bien humana y persona. Y esto es lo que intuyen, saben y defienden en su inmensa mayoría los pobres, que nunca consideran que quien está en sus vientres como su propio cuerpo.

Y aún si algún legislador de verdad tuviese dudas de que son personas, ni por ley ni por sentido común las puede eliminar por tener duda. ¿Cómo que vamos a suprimir personas con esta crueldad porque molestan?

Las sociedades se organizan y crean los Estados para reconocer y cuidar los derechos de las personas, y sobre todo de las más vulnerables. No se puede eliminar miles de vidas. Quienes voten y apoyen una ley así, ¿podrán hacerse cargo? A las mujeres que quieren abortar y son pobres, por favor envíelas con nosotros que nos ocuparemos y estaremos a su lado.

Miren, en Cáritas nos dedicamos todos los días a recibir la vida como viene. Con sus fragilidades, desaciertos y pobreza. Asistimos a personas que viven vidas rotas, o quebradas. Y por supuesto que estamos siempre junto a las mujeres en situación de pobreza que sufren por embarazos inesperados. Se acercan a nosotros y también las vamos a buscar. Acompañamos a las que piensan continuar con su embarazo y a las que dudan, y no sólo tenemos buenas intenciones con ellas. Las sostenemos y les ofrecemos una respuesta concreta, organizada y accesible. No están solas. Son madres en las barriadas más pobres y olvidadas, las conocemos por su nombre, conocemos sus historias. Y somos testigos de cómo es posible acompañar y sostener en las situaciones límites, y cómo es posible multiplicar dispositivos comunitarios para sostener y cobijar a las mujeres y a la vida por nacer, especialmente en sus primeros 1000 días de vida.

Y por supuesto que desde Cáritas no dejaremos tampoco de acompañar a algunas madres que se acercan luego de abortar, jamás les soltaremos la mano,

pase lo que pase. Para ellas también tenemos espacios organizados de escucha y acompañamiento. Y sepan que también vemos muy en directo lo pesadísima de la carga de sufrimiento que genera un aborto para una mujer que reconoce y vive la profundidad del sentido de la vida, y vemos que el abortar es un drama!

Yo, mis compañeras y compañeros de Cáritas, y todas las mujeres y hombres que soñamos con una Argentina para todas y todos, queremos un país que respete la dignidad de las personas. La palabra «dignidad» en su etimología significa «valor». Sigamos siendo la Argentina de antes que trabaja en el respeto al valor de las personas, por sus derechos y por su salud que empieza con respetar la vida. Especialmente de los vulnerables, indefensos y pobres, dentro y fuera del vientre materno.

Señoras y señores diputados, de aprobarse el aborto legal estaríamos frente a un brutal retroceso como sociedad. ¿Cuál será el siguiente límite moral si ahora se permite la eliminación de algunas personas que molestan? ¿Se van a atrever a avanzar sobre más personas vulnerables, sobre personas ancianas, sobre personas improductivas?

El aborto NO es un pedido de las comunidades pobres de nuestro país, por eso les pedimos Señoras y Señores Legisladores que por favor cuiden la vida de todas las personas en todas sus dimensiones y no legalicen su eliminación. Toda vida vale, igual a la de todos los que pudimos nacer y por eso estamos aquí.

Muchas gracias

COMUNICADO DE PRENSA ANTE LA LEGALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Buenos Aires, 30 de diciembre de 2020

La Iglesia en la Argentina quiere ratificar junto a hermanos y hermanas de distintos credos y también a muchos no creyentes, que continuará trabajando con firmeza y pasión en el cuidado y el servicio a la vida. Esta ley que ha sido votada ahondará aún más las divisiones en nuestro país. Lamentamos profundamente la lejanía de parte de la dirigencia del sentir del pueblo, el cual se ha expresado de diversas maneras a favor de la vida a lo largo y a lo ancho de nuestra Patria.

Tenemos la certeza de que nuestro pueblo seguirá eligiendo siempre toda la vida y todas las vidas. Y junto a él seguiremos trabajando por las auténticas prioridades que requieren urgente atención en nuestro país: Los niños y niñas que viven en la pobreza en cantidad cada vez más alarmante, el abandono de la escolaridad por parte de muchos de ellos, la apremiante pandemia del hambre y la desocupación que afecta a numerosas familias, así como la dramática situación de los jubilados, que en estas horas podrían verse vulnerados en sus derechos una vez más.

Abrazamos a cada argentina y a cada argentino; también a los diputados y senadores que valientemente se han manifestado a favor del cuidado de toda la vida. Defenderla siempre, sin claudicaciones, nos hará capaces de construir una

Nación justa y solidaria, donde nadie sea descartado y en la que se pueda vivir una verdadera cultura del encuentro.

Mons. Oscar V. Ojea, Obispo de San Isidro, *Presidente*
Cardenal Mario Aurelio Poli, Arzobispo de Buenos Aires, *Vicepresidente 1º*
Mons. Marcelo Colombo, Arzobispo de Mendoza, *Vicepresidente 2º*
Mons. Carlos H. Malfa, Obispo de Chascomús, *Secretario General*
CONFERENCIA EPISCOPAL ARGENTINA

COMUNICADO DEL SECRETARIADO NACIONAL PARA LA PASTORAL DEL CUIDADO DE LA VIDA NACIENTE Y LA NIÑEZ SOBRE LA LEGALIZACIÓN DEL ABORTO

Buenos Aires, 31 de diciembre de 2020

Lamentamos profundamente la legalización del aborto en Argentina, aprobada en el Senado de la Nación el pasado 30 de diciembre de 2020. Nos llena de tristeza el debilitamiento de la consciencia sobre el valor inviolable de toda vida humana que abre camino a la lógica del más fuerte y la cultura del descarte. Nos llena de tristeza que penetre en nuestra sociedad una nueva forma de estar entre nosotros, donde todo se dispone para desentendernos del prójimo que sufre.

El aborto no cura las heridas profundas de la soledad, de la desesperación y de la frustración de quien cree que vale poco y no tiene oportunidades para sí y su familia. El aborto no solo termina con la vida de un niño, también genera un dolor irreparable en la vida de la mujer.

Como Secretariado Nacional para la Pastoral del Cuidado de la Vida Naciente y la Niñez seremos "constantes e incansables en la labor de incluir, de integrar, de levantar al caído" (Fratelli Tutti, 77); seremos constantes e incansables en la profundización de todas las acciones tendientes a acompañar a las madres embarazadas, a sus hijos y sus familias; seremos constantes e incansables acompañando en el camino de sanación a las mujeres y varones víctimas del aborto; seremos constantes e incansables en salir al encuentro, especialmente de todas aquellas mujeres en situación de vulnerabilidad, porque somos conscientes que la vida puede abrirse camino en las situaciones más adversas; seremos constantes

e incansables en la oración y en el testimonio alegre de que vale la pena abrazar todas las vidas.

Confiamos en el Dios de la Vida, que nos creó a su imagen y semejanza, y por intermedio de María, nuestra Madre, le rogamos que inspire a su pueblo herido para construir una Argentina fraterna, donde nadie sobre.

COMUNICADO DEL SECRETARIADO NACIONAL PARA LA PASTORAL FAMILIAR SOBRE LA LEGALIZACIÓN DEL ABORTO

Buenos Aires, 30 de diciembre de 2020

Hoy es un día triste para la Argentina. Hacemos nuestro su dolor, su desazón, su tristeza, ante la noticia de la sanción de una ley que autoriza a una madre a dar muerte a su hijo.

Queremos que cada argentino, cada padre, cada madre, abuelo, hijo, sienta nuestra cercanía y comprensión. Queremos abrazar con gratitud a todos los que, desde distintas convicciones, desde todos los credos, sin desanimarse, pusieron sus esfuerzos, su esperanza y fe para que la vida triunfara sobre la muerte.

Y, con auténtica convicción, queremos hoy transmitirles que, a pesar de lo que ocurrió, la **Vida siempre triunfa sobre la muerte**. Es lo que nos enseñó Cristo, quien venció la muerte en la cruz. No está todo perdido. No hay nada perdido.

Como familia, nos sentimos llamados a trabajar con más compromiso que nunca. Por eso queremos invitarlos a todos, desde los diferentes sectores a unir nuestras fuerzas y trabajar por una familia que educa, contiene, alimenta, consuela, corrige, acepta y ama incondicionalmente. Con nuestro testimonio queremos mostrar el **Rostro del Dios de la Vida y el Amor humano**.

Unidos como Familia, sigamos acompañando a la mujer que está esperando un hijo que no desea, dándole el abrazo y la contención. El Estado decidió dar otra

respuesta. La nuestra sigue siendo la misma: cuidar la vida, toda vida y las Dos Vidas. Nuestra alegría es el triunfo del Dios de la Vida.

Jesucristo, Señor de la Historia, te necesitamos.

ES UN DÍA HISTÓRICO... QUE NOS DUELE II

Buenos Aires, 30 de diciembre de 2020

El 14 de junio del 2018 escribía: **Es un día histórico... que nos duele.** Releyendo y, supuestamente en otro momento social y bajo otro signo político en los que nos gobiernan, lo que había escrito tiene absoluta vigencia. "Sin lugar a dudas a muchos argentinos este día nos duele. Y nos duele no sólo a los que formamos parte de la Iglesia de Jesús, sino a todos los hombres de buena voluntad que luchan por la vida. Porque esta no es una batalla de "la Iglesia" como muchos la han querido presentar para manifestar su poder. En la larga lista de los apasionados por la vida hay hombres y mujeres, hay científicos, estudiosos, médicos, madres de familia, comerciantes, taxistas, olvidados premios Nobel que no comparten nuestra fe.

Es una nueva batalla que aparentemente pierde la humanidad, y en especial hoy, nuestra Patria, dejando avanzar la muerte. Busquemos por donde busquemos *el aborto es muerte, se condena a la pena de muerte a quien no puede defenderse*".

Y si nos da tristeza y dolor esta votación favorable a la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo, nos dan dolor y tristeza los efectos que ha producido y los mecanismos y motivaciones a través de los que se llega a ella.

"Hoy es un día histórico para nuestra Patria", alguien dijo en aquel momento con estúpido orgullo, tal cual, porque se ha ahondado la nueva grieta, ha dividido y enfrentado a los argentinos en la opi-

nión pública, en la calle, en las escuelas, en las familias. Una grieta que, con el corazón en la mano, no nos estaba haciendo falta. Habría que preguntarse a quién beneficia que sigamos cada vez más divididos, ¿no?

¿Acaso los que venían a masillar las grietas siguen en cuarentena?

En un tiempo tan difícil como el que estamos atravesando, donde la pandemia mostró como colapsa en 5 minutos el sistema sanitario, la educación, la seguridad. En un año en el cual el hambre le pegó a nuestros barrios y se aumentaron de 1 a 10 los comedores, donde muchos trabajadores se quedaron sin nada, donde muchas pequeñas y grandes empresas cerraron o se tragarón los ahorros, donde el pánico y el miedo están causando estragos en la convivencia social... Senadores – no me sale el adjetivo– hacía falta pegarle esta estocada al pueblo agregando una ley de muerte. Patéticos y contradictorios: una cuarentena interminable para cuidar la vida y el broche de oro es la muerte. ¿Saben que dos más dos es cuatro o hay que hacerles un dibujito?

Agarran al pueblo con las defensas bajas, con síntomas depresión por la bicicleta de una cuarentena que se hizo eterna, no habiendo podido despedir a sus muertos queridos, con la soledad de muchos abuelos encerrados entre cuatro paredes, con el embobamiento cibernético de los jóvenes a lo que nos les quedaba más remedio que la pantalla para sobrevivir. Creo que son los síntomas de una política manipuladora que responde a intereses inconfesables pero conocidos – ¿o me equivoque grupo?

Una cesión de más de 12 horas en la cual, hasta con lágrimas algunos se disfrazaron de solidarios ante situaciones de injusticia por los embarazos no deseados mientras no se les mueve un pelo por la vida nacida, abandonada y estropeada por el paco; es claro, muchos viven y se benefician con esas muertes “tampoco deseadas”.

Si se hubiera hecho un Master chef político lo habrían ganado los panqueques vuelta y vuelta.

¿Porque no dedican algunos minutos del tiempo para el cual los argentinos –a los que no escucharon– para sesionar sobre la salud pública, sobre los jubilados, sobre la pobreza, sobre el avance del narcotráfico, sobre la desnutrición, sobre la corrupción de los funcionarios pasados, presentes y futuros, sobre el cumplimiento de las propuestas para las cuales les fue conferido el poder a los que ejercen la función pública?

Hoy también es un día histórico porque la ignorancia se ha sobrepuesto al sentido común, cuando se duda que haya vida desde la concepción, si hay vida se

debate si esa vida es persona y los encargados de determinarla muchas veces no pueden hilar dos ideas coherentes. ¡Que fenómeno decía pepe Biondi! ¡Parece que se reencarnó!

Otros han tenido la desvergüenza, para no hacerse cargo de sus opciones que llevaban la voz de las mujeres de los barrios. Mentirosos: pisen un poco el barro y se van a dar cuenta que las mujeres de nuestros sectores más populares no le hacen asco a la vida y la llevan para adelante sin desembarazarse.

Es un día histórico empezamos el camino de sacarnos de encima lo que nos molesta o incomoda, me pregunto: ¿Qué vamos a hacer con el hambre de los chicos, otra "gran Herodes", los mandamos matar para no verlos y así se acaba el problema?

Raíces, patria, pueblo hoy parecen palabras ajenas a los que nos conducen. Que pena, entre los que posiblemente no nazcan quizás esté el que nos pueda llegar a entender y a acompañar para que seamos una nación donde se respete la dignidad de cada uno, donde no haya descartados, ni tirados al volquete, donde no aspiremos a estar a la vanguardia con otros pueblos que se caen a pedazos. Ojo, que nos están colonizando y devorando, y vamos alegremente a ser masticados pensando que estamos en el primer mundo.

Como me dijo un amigo: Hoy se acaba de morir la política que responde al pueblo y nació un Frankenstein construido con restos de muertos y carroña desgraciada y ambiciosa. No se puede construir una sociedad sana con estos parámetros.

Vuelvo a hacer la pregunta de hace dos años: ¿cuál es el próximo paso que nos van a hacer dar para que nos desintegren como sociedad, como país? Ya hicimos todos los deberes que en su momento el plan Rockefeller se propuso: dejarnos sin raíz, sin familia, sin fe, ahora sin moral que valore la vida y la cuide de punta a punta.

Sin embargo "esta ley no obliga a abortar". Junto con muchos argentinos de buena voluntad seguimos afirmando **"que el aborto es un crimen, que el aborto es muerte"** y nadie nos obliga matar sino muy por el contrario a redoblar nuestro trabajo para que muchos tengan vida y vida en abundancia.

14 de junio de 2018
Mons. Eduardo García
Obispo de San Justo

DÍA DEL NIÑO POR NACER

Buenos Aires, 25 de marzo de 2021

Con motivo de celebrar hoy, 25 de marzo, el "Día del Niño por Nacer" queremos una vez más invitar a acoger, cuidar y acompañar esa vida.

Afirmamos con la misma certeza que nos da la ciencia biológica que un niño por nacer es una vida, única e irrepetible, y posee el derecho inalienable a vivirla. Ese momento de la vida humana es uno de los más vulnerables de la existencia; y sin el cuidado de sus progenitores y de una familia, esa vida no podría subsistir.

Afirmamos y recordamos, además, lo expresado en nuestra Constitución sobre los derechos que tiene esa misma criatura ya desde el seno materno. Por eso, nos toca a todos, individuos, familia y Estado cuidar y respetar la vida desde su concepción.

Apoyados en estos principios de la ciencia y como cristianos, queremos seguir siendo anunciadores convencidos y gozosos del valor de la vida en todas sus etapas.

**Comisión Episcopal para la Vida, los Laicos
y la Familia, CEVILAF**

CONFERENCIA EPISCOPAL ARGENTINA

COMUNICADO DE LA COMISIÓN EJECUTIVA ANTE EL PROYECTO DE “DESARROLLO INDUSTRIAL MINERO METALÍFERO SUSTENTABLE DE LA PROVINCIA DE CHUBUT”

Buenos Aires, 4 de marzo de 2021

“Se vuelve indispensable crear un sistema normativo que incluya límites infranqueables y asegure la protección de los ecosistemas, antes que las nuevas formas de poder derivadas del paradigma tecno económico terminen arrasando no sólo con la política sino también con la libertad y la justicia” (Papa Francisco, encíclica Laudato Si 53)

Ante el proyecto de “Desarrollo Industrial Minero Metalífero Sustentable de la Provincia de Chubut”.

Expresamos nuestro total apoyo a los obispos de las Diócesis de la provincia de Chubut, que con firmeza y compromiso han pedido en reiteradas ocasiones que se escuche a todos los actores sociales, y al pueblo chubutense en su conjunto, que en su mayoría se manifiestan contrarios al proyecto de mega- minería, de inminente tratamiento en la legislatura provincial. Cabe destacar que también el CONICET se ha expresado negativamente.

Valoramos y asumimos el camino recorrido en estos años por las diócesis de la región Patagonia-Comahue y especialmente de Chubut en su reflexión sobre la explotación minera. Es oportuno recordar el mensaje de Navidad del año 2009:

«Constatamos que con frecuencia las empresas que obran así son multinacionales, que hacen aquí lo que no se les permite en países desarrollados o del llamado primer mundo. Generalmente, al cesar sus actividades y al retirarse, dejan grandes pasivos humanos y ambientales,

como la desocupación, pueblos sin vida, agotamiento de algunas reservas naturales, deforestación, empobrecimiento de la agricultura y ganadería local, cráteres, cerros triturados, ríos contaminados y algunas pocas obras sociales que ya no se pueden sostener». Obispos de la región de Patagonia-Comahue (Argentina), Mensaje de Navidad (diciembre 2009)

Por eso también, nos hacemos eco de lo expresado por los obispos de Chubut en noviembre del año pasado, pidiendo que se busquen otros caminos, que incluyan tiempos prolongados de información y formación ecuménica en los respectivos protocolos, y la necesidad de la consulta popular. Los pobladores de la meseta tienen que tener un lugar especial en esta búsqueda de soluciones. De esta manera, podrán aportar su opinión, y ser verdaderos protagonistas de su destino.

Invocamos a la Virgen nuestra Madre, para que ilumine las mentes y los corazones de nuestros dirigentes, cuando se presentan situaciones de extrema delicadeza en el cuidado ambiental y social.

Mons. Oscar V. Ojea, Obispo de San Isidro, *Presidente*
Cardenal Mario Aurelio Poli, Arzobispo de Buenos Aires, *Vicepresidente 1º*

Mons. Marcelo Colombo, Arzobispo de Mendoza, *Vicepresidente 2º*

Mons. Carlos H. Malfa, Obispo de Chascomús, *Secretario General*

CONFERENCIA EPISCOPAL ARGENTINA

UNA NECESIDAD VITAL

Buenos Aires, 1 de junio de 2021

Hay un sentimiento interior que todos de alguna manera experimentamos: la Pandemia se hace larga. Lo saben especialmente los esenciales que están en la primera línea, cuidando la fragilidad de nuestro pueblo, entre ellos el personal de salud y tantos otros servidores de la comunidad como, por ejemplo, las mujeres que llevan adelante los comedores comunitarios.

¿Qué ayuda a mantener encendida la esperanza en este tiempo tan dramático que vivimos? Con claridad lo decimos: La dimensión trascendente y religiosa de la vida. Así lo expresa y tiene necesidad de hacerlo nuestro pueblo. Ella constituye el horizonte de muchos argentinos y los llena de fortaleza, consuelo y esperanza. Aún para muchos que habitualmente no participaban de celebraciones y encuentros religiosos, la enfermedad y la muerte cercana de algún ser querido, así como la angustia y la desesperanza, se revelan como momentos difíciles que la fe ayuda a afrontar con mayor fortaleza. Entonces, la mejor política arraigada en el pueblo, es también la que reconoce la importancia de la espiritualidad en la vida de los pueblos.

Con el Papa Francisco afirmamos: *"Para la Iglesia es imposible separar la promoción de la justicia social del reconocimiento de los valores y la cultura del pueblo, incluyendo los valores espirituales que son fuente de su sentido de dignidad. En las comunidades cristianas, estos valores nacen del encuentro con*

Jesucristo, que busca incansablemente a quien está desanimado o perdido, que se desplaza hasta los mismos límites de la existencia, para ser rostro y presencia de Dios, para ser 'Dios con nosotros'".

Desde el 20 de marzo de 2020, como Iglesia entendimos y acompañamos las disposiciones sobre el cuidado de la vida y de la salud de todos. Pero también constatamos que nuestro pueblo, ante esta terrible incertidumbre, necesita vivir la dimensión comunitaria de la fe en estos momentos significativos de su vida. Así, poder dar cristiana sepultura a los seres queridos, como tener los espacios de oración y celebración de fe, nos fortalece en medio de la crisis en estos tiempos de soledad y aislamiento, de duelo y angustia por lo incierto del futuro. Por eso necesitamos rezar, acudir a algunos de los santuarios donde alguna vez hemos experimentado con fuerza la ayuda de Dios o pedir la contención espiritual del ministro religioso. En estos casos, contemplamos con gratitud cómo la vocación sacerdotal y religiosa, no presentan reparos a la hora de estar con el que sufre.

A los fines de cumplir con lo dispuesto en este tiempo de pandemia, la Iglesia ha adoptado todas las normas que eviten la difusión del COVID. En nuestras comunidades, vimos cómo se han ido perfeccionado los protocolos, los cuidados y sobre todo el sentido de responsabilidad social de ministros.

Creemos que el respeto de esta sensibilidad religiosa no puede quedar librado a respuestas arbitrarias de las autoridades o a decisiones fundadas en la opinión personal de un funcionario. Por eso, a partir de la experiencia satisfactoria de tantos barrios, ciudades y provincias, solicitamos a las autoridades se adopten aquellas normas razonables que posibiliten la realización de celebraciones durante estos tiempos de bajas temperaturas, dentro de los templos, con la previsión de aforos en la proporción adecuada a sus espacios físicos.

1 Video-mensaje del Santo padre Francisco a los participantes en la Conferencia Internacional: "A POLITICS ROOTED IN THE PEOPLE" (UNA POLÍTICA ARRAIGADA EN EL PUEBLO). 15 de abril 2021.

En un dialogo abierto y eficaz, creemos posible se adopten aquellas medidas que garanticen estas celebraciones, asumiendo los ciudadanos y las autoridades religiosas, el pleno cumplimiento de las disposiciones en materia de distanciamiento y aquellas otras medidas sanitarias que se vienen llevando adelante en este tiempo.

Encomendamos al Señor y a la Virgen la salud del pueblo argentino.

Mons. Oscar V. Ojea, Obispo de San Isidro, *Presidente*
Cardenal Mario Aurelio Poli, Arzobispo de Buenos Aires, *Vicepresidente 1º*
Mons. Marcelo Colombo, Arzobispo de Mendoza, *Vicepresidente 2º*
Mons. Carlos H. Malfa, Obispo de Chascomús, *Secretario General*
CONFERENCIA EPISCOPAL ARGENTINA

CARTA SAMARITANUS BONUS SOBRE EL CUIDADO DE LAS PERSONAS EN LAS FASES CRÍTICAS Y TERMINALES DE LA VIDA

Buenos Aires, 22 de septiembre de 2020

INTRODUCCIÓN

El Buen Samaritano que deja su camino para socorrer al hombre enfermo (cfr. Lc 10, 30-37) es la imagen de Jesucristo que encuentra al hombre necesitado de salvación y cuida de sus heridas y su dolor con «el aceite del consuelo y el vino de la esperanza».^[1] Él es el médico de las almas y de los cuerpos y «el testigo fiel» (Ap 3, 14) de la presencia salvífica de Dios en el mundo. Pero, ¿cómo concretar hoy este mensaje? ¿Cómo traducirlo en una capacidad de acompañamiento de la persona enferma en las fases terminales de la vida de manera que se le ayude respetando y promoviendo siempre su inalienable dignidad humana, su llamada a la santidad y, por tanto, el valor supremo de su misma existencia?

El extraordinario y progresivo desarrollo de las tecnologías biomédicas ha acrecentado de manera exponencial las capacidades clínicas de la medicina en el diagnóstico, en la terapia y en el cuidado de los pacientes. La Iglesia mira con esperanza la investigación científica y tecnológica, y ve en ellas una oportunidad favorable de servicio al bien integral de la vida y de la dignidad de todo ser humano.^[2] Sin embargo, estos progresos de la tecnología médica, si bien preciosos, no son determinantes por sí mismos para calificar el sentido propio y el valor de la vida humana. De hecho, todo progreso en las destrezas de los agentes sanitarios reclama una creciente y sabia capacidad de discernimiento moral^[3] para evitar el uso

desproporcionado y deshumanizante de las tecnologías, sobre todo en las fases críticas y terminales de la vida humana.

Por otro lado, la gestión organizativa y la elevada articulación y complejidad de los sistemas sanitarios contemporáneos pueden reducir la relación de confianza entre el médico y el paciente a una relación meramente técnica y contractual, un riesgo que afecta, sobre todo, a los países donde se están aprobando leyes que legitiman formas de suicidio asistido y de eutanasia voluntaria de los enfermos más vulnerables. Estas niegan los límites éticos y jurídicos de la autodeterminación del sujeto enfermo, oscureciendo de manera preocupante el valor de la vida humana en la enfermedad, el sentido del sufrimiento y el significado del tiempo que precede a la muerte. El dolor y la muerte, de hecho, no pueden ser los criterios últimos que midan la dignidad humana, que es propia de cada persona, por el solo hecho de ser un "ser humano".

Ante tales desafíos, capaces de poner en juego nuestro modo de pensar la medicina, el significado del cuidado de la persona enferma y la responsabilidad social frente a los más vulnerables, el presente documento intenta iluminar a los pastores y a los fieles en sus preocupaciones y en sus dudas acerca de la atención médica, espiritual y pastoral debida a los enfermos en las fases críticas y terminales de la vida. Todos son llamados a dar testimonio junto al enfermo y transformarse en "comunidad sanadora" para que el deseo de Jesús, que todos sean una sola carne, a partir de los más débiles y vulnerables, se lleve a cabo de manera concreta.^[4] Se percibe en todas partes, de hecho, la necesidad de una aclaración moral y de una orientación práctica sobre cómo asistir a estas personas, ya que «es necesaria una unidad de doctrina y praxis»^[5] respecto a un tema tan delicado, que afecta a los enfermos más débiles en las etapas más delicadas y decisivas de la vida de una persona.

Diversas Conferencias Episcopales en el mundo han publicado documentos y cartas pastorales, con las que han buscado dar una respuesta a los desafíos planteados por el suicidio asistido y la eutanasia voluntaria – legitimadas por algunas legislaciones nacionales – con una específica referencia a cuantos trabajan o se recuperan dentro de los hospitales, también en los hospitales católicos. Pero la atención espiritual y las dudas emergentes, en determinadas circunstancias y contextos particulares, acerca de la celebración de los Sacramentos por aquellos que intentan poner fin a la propia vida, reclaman hoy una intervención más clara y puntual de parte de la Iglesia, con el fin de:

- reafirmar el mensaje del Evangelio y sus expresiones como fundamentos doctrinales propuestos por el Magisterio, invocando la misión de cuantos están

en contacto con los enfermos en las fases críticas y terminales (los familiares o los tutores legales, los capellanes de hospital, los ministros extraordinarios de la Eucaristía y los agentes de pastoral, los voluntarios de los hospitales y el personal sanitario), además de los mismos enfermos;

- proporcionar pautas pastorales precisas y concretas, de tal manera que a nivel local se puedan afrontar y gestionar estas situaciones complejas para favorecer el encuentro personal del paciente con el Amor misericordioso de Dios.

I. HACERSE CARGO DEL PRÓJIMO

Es difícil reconocer el profundo valor de la vida humana cuando, a pesar de todo esfuerzo asistencial, esta continúa mostrándonos en su debilidad y fragilidad. El sufrimiento, lejos de ser eliminado del horizonte existencial de la persona, continúa generando una inagotable pregunta por el sentido de la vida.^[6] La solución a esta dramática cuestión no podrá jamás ofrecerse solo a la luz del pensamiento humano, porque en el sufrimiento está contenida la *grandeza de un misterio específico* que solo la Revelación de Dios nos puede desvelar.^[7] Especialmente, a cada agente sanitario le ha sido confiada la misión de una fiel custodia de la vida humana hasta su cumplimiento natural,^[8] a través de un proceso de asistencia que sea capaz de re-generar en cada paciente el sentido profundo de su existencia, cuando viene marcada por el sufrimiento y la enfermedad. Es por esto necesario partir de una atenta consideración del propio significado del cuidado, para comprender el significado de la misión específica confiada por Dios a cada persona, agente sanitario y de pastoral, así como al mismo enfermo y a su familia.

La experiencia del cuidado médico parte de aquella condición humana, marcada por la finitud y el límite, que es la vulnerabilidad. En relación a la persona, esta se inscribe en la fragilidad de nuestro ser juntos "cuerpo", material y temporalmente finito, y "alma", deseo de infinito y destinada a la eternidad. Nuestro ser criaturas "finitas", y también destinadas a la eternidad, revela tanto nuestra dependencia de los bienes materiales y de la ayuda reciproca de los hombres, como nuestra relación originaria y profunda con Dios. Esta vulnerabilidad da fundamento a *la ética del cuidado*, de manera particular en el ámbito de la medicina, entendida como solicitud, premura, coparticipación y responsabilidad hacia las mujeres y hombres que se nos han confiado porque están necesitados de atención física y espiritual.

De manera específica, la relación de cuidado revela un principio de justicia, en su doble dimensión de promoción de la vida humana (*suum cuique tribuere*) y de

no hacer daño a la persona (*alterum non laedere*): es el mismo principio que Jesús transforma en la regla de oro positiva «todo lo que deseáis que los demás hagan con vosotros, hacedlo vosotros con ellos» (Mt 7, 12). Es la regla que, en la ética médica tradicional, encuentra un eco en el aforismo *primum non nocere*.

El cuidado de la vida es, por tanto, la primera responsabilidad que el médico experimenta en el encuentro con el enfermo. Esta no puede reducirse a la capacidad de curar al enfermo, siendo su horizonte antropológico y moral más amplio: también cuando la curación es imposible o improbable, el acompañamiento médico y de enfermería (el cuidado de las funciones esenciales del cuerpo), psicológico y espiritual, es un deber ineludible, porque lo contrario constituiría un abandono inhumano del enfermo. La medicina, de hecho, que se sirve de muchas ciencias, posee también una importante dimensión de "arte terapéutica" que implica una relación estrecha entre el paciente, los agentes sanitarios, familiares y miembros de las varias comunidades de pertenencia del enfermo: *arte terapéutica*, *actos clínicos* y *cuidado* están inseparablemente unidos en la práctica médica, sobre todo en las fases críticas y terminales de la vida.

El Buen Samaritano, de hecho, «no sólo se acerca, sino que se hace cargo del hombre medio muerto que encuentra al borde del camino»^[9]. Invierte en él no solo el dinero que tiene, sino también aquel que no tiene y que espera ganar en Jericó, prometiendo que pagará a su regreso. Así Cristo nos invita a fiarnos de su gracia invisible y nos empuja a la generosidad basada en la caridad sobrenatural, identificándose con cada enfermo: «Cada vez que lo hicisteis con uno de estos, mis hermanos más pequeños, conmigo lo hicisteis» (Mt 25, 40). La afirmación de Jesús es una verdad moral de alcance universal: «se trata de "*hacerse cargo*" de toda la vida y de la vida de todos»,^[10] para revelar el Amor originario e incondicionado de Dios, fuente del sentido de toda vida.

Por este motivo, sobre todo en las estructuras hospitalarias y asistenciales inspiradas en los valores cristianos, es más necesario que nunca hacer un esfuerzo, también espiritual, para dejar espacio a una relación construida a partir del reconocimiento de la *fragilidad* y la *vulnerabilidad* de la persona enferma. De hecho, la debilidad nos recuerda nuestra dependencia de Dios, y nos invita a responder desde el respeto debido al prójimo. De aquí nace la responsabilidad moral ligada a la conciencia de todo sujeto que se hace cargo del enfermo (médico, enfermero, familiar, voluntario, pastor) de encontrarse frente a un bien fundamental e inalienable – la persona humana – que impone no poder saltarse el límite en el que se da el respeto de sí y del otro, es decir la acogida, la tutela y la promoción de la

vida humana hasta la llegada natural de la muerte. Se trata, en este sentido, de tener una *mirada contemplativa*,^[11] que sabe captar en la existencia propia y la de los otros un prodigio único e irrepetible, recibido y acogido como un don. Es la mirada de quién no pretende apoderarse de la realidad de la vida, sino acogerla así como es, con sus fatigas y sufrimientos, buscando reconocer en la enfermedad un sentido del que dejarse interpelar y "guiar", con la confianza de quien se abandona al Señor de la vida que se manifiesta en él.

Ciertamente, la medicina debe aceptar el límite de la muerte como parte de la condición humana. Llega un momento en el que ya no queda más que reconocer la imposibilidad de intervenir con tratamientos específicos sobre una enfermedad, que aparece en poco tiempo como mortal. Es un hecho dramático, que se debe comunicar al enfermo con gran humanidad y también con confiada apertura a la perspectiva sobrenatural, conscientes de la angustia que la muerte genera, sobre todo en una cultura que la esconde. No se puede pensar en la vida física como algo que hay que conservar a toda costa – algo que es imposible –, sino como algo por vivir alcanzando la libre aceptación del sentido de la existencia corpórea: «sólo con referencia a la persona humana en su "totalidad unificada", es decir, "alma que se expresa en el cuerpo informado por un espíritu inmortal", se puede entender el significado específicamente humano del cuerpo».^[12]

Reconocer la imposibilidad de curar ante la cercana eventualidad de la muerte, no significa, sin embargo, el final del obrar médico y de enfermería. Ejercitar la responsabilidad hacia la persona enferma, significa asegurarle el cuidado hasta el final: «*curar si es posible, cuidar siempre (to cure if possible, always to care)*».^[13] Esta intención de cuidar siempre al enfermo ofrece el criterio para evaluar las diversas acciones a llevar a cabo en la situación de enfermedad "incurable"; incurable, de hecho, no es nunca sinónimo de "in-cuidable". La mirada contemplativa invita a ampliar la noción de cuidado. El objetivo de la asistencia debe mirar a la integridad de la persona, garantizando con los medios adecuados y necesarios el apoyo físico, psicológico, social, familiar y religioso. La fe viva, mantenida en las almas de las personas que la rodean, puede contribuir a la verdadera vida teologal de la persona enferma, aunque esto no sea inmediatamente visible. El cuidado pastoral de todos, familiares, médicos, enfermeros y capellanes, puede ayudar al enfermo a persistir en la gracia santificante y a morir en la caridad, en el Amor de Dios. Frente a lo inevitable de la enfermedad, sobre todo si es crónica y degenerativa, si falta la fe, el miedo al sufrimiento y a la muerte, y el desánimo que se produce, constituyen hoy en día las causas principales de la tentación de controlar y gestionar la llegada de la muerte, aun anticipándola, con la petición de la eutanasia o del suicidio asistido.

II. LA EXPERIENCIA VIVIENTE DEL CRISTO SUFRIENTE Y EL ANUNCIO DE LA ESPERANZA

Si la figura del Buen samaritano ilumina de luz nueva la práctica del cuidado, la experiencia viviente del Cristo sufriente, su agonía en la Cruz y su Resurrección, son los espacios en los que se manifiesta la cercanía del Dios hecho hombre en las múltiples formas de la angustia y del dolor, que pueden golpear a los enfermos y sus familiares, durante las largas jornadas de la enfermedad y en el final de la vida.

No solo en las palabras del profeta Isaías se anuncia la persona de Cristo como el hombre familiarizado con el dolor y el padecimiento (cfr. *Is* 53), si releemos las páginas de la pasión de Cristo encontramos también la experiencia de la incompreensión, de la mofa, del abandono, del dolor físico y de la angustia. Son experiencias que hoy golpean a muchos enfermos, con frecuencia considerados una carga para la sociedad; a veces no son comprendidos en sus peticiones, a menudo viven formas de abandono afectivo, de pérdida de relaciones.

Todo enfermo tiene necesidad no solo de ser escuchado, sino de comprender que el propio interlocutor "sabe" que significa sentirse solo, abandonado, angustiado frente a la perspectiva de la muerte, al dolor de la carne, al sufrimiento que surge cuando la mirada de la sociedad mide su valor en términos de calidad de vida y lo hace sentir una carga para los proyectos de otras personas. Por eso, volver la mirada a Cristo significa saber que se puede recurrir a quien ha probado en su carne el dolor de la flagelación y de los clavos, la burla de los flageladores, el abandono y la traición de los amigos más queridos.

Frente al desafío de la enfermedad y en presencia de dificultades emotivas y espirituales en aquel que vive la experiencia del dolor, surge, de manera inexorable, la necesidad de saber decir una palabra de confort, extraída de la compasión llena de esperanza de Jesús sobre la Cruz. Una esperanza creíble, profesada por Cristo en la Cruz, capaz de afrontar el momento de la prueba, el desafío de la muerte. En la Cruz de Cristo – cantada por la liturgia el Viernes Santo: *Ave crux, spes unica* – están concentrados y resumidos todos los males y sufrimientos del mundo. Todo el *mal físico*, de los cuales la cruz, cual instrumento de muerte infame e infamante, es el emblema; todo el *mal psicológico*, expresado en la muerte de Jesús en la más sombría soledad, abandono y traición; todo el *mal moral*, manifestado en la condena a muerte del Inocente; todo el *mal espiritual*, destacado en la desolación que hace percibir el silencio de Dios.

Cristo es quien ha sentido alrededor de Él la afligida consternación de la Madre y de los discípulos, que "estaban" bajo la Cruz: en este "estar", aparentemente car-

gado de impotencia y resignación, está toda la cercanía de los afectos que permite al Dios hecho hombre vivir también aquellas horas que parecen sin sentido.

Después está la Cruz: de hecho un instrumento de tortura y de ejecución reservado solo a los últimos, que parece tan semejante, en su carga simbólica, a aquellas enfermedades que clavan a una cama, que prefiguran solo la muerte y parecen eliminar el significado del tiempo y de su paso. Sin embargo, aquellos que "están" alrededor del enfermo no son solo testigos, sino que son signo viviente de aquellos afectos, de aquellas relaciones, de aquella íntima disponibilidad al amor, que permiten al que sufre reconocer sobre él una mirada humana capaz de volver a dar sentido al tiempo de la enfermedad. Porque en la experiencia de sentirse amado, toda la vida encuentra su justificación. Cristo ha estado siempre sostenido, en el camino de su pasión, por el confiado abandono en el amor del Padre, que se hacía evidente, en la hora de la Cruz, también a través del amor de la Madre. Porque el Amor de Dios se revela siempre, en la historia de los hombres, gracias al amor de quien no nos abandona, de quien "está", a pesar de todo, a nuestro lado.

Si reflexionamos sobre el final de la vida de las personas, no podemos olvidar que en ellas se aloja con frecuencia la preocupación por aquellos que dejan: por los hijos, el cónyuge, los padres, los amigos. Un componente humano que nunca podemos descuidar y a los que se debe ofrecer apoyo y ayuda.

Es la misma preocupación de Cristo, que antes de morir piensa en la Madre que permanecerá sola, con un dolor que deberá llevar en la historia. En la crónica austera del Evangelio de Juan, es a la Madre a quien se dirige Cristo, para tranquilizarla, para confiarla al discípulo amado de tal manera que se haga cargo de ella: "Madre, ahí tienes a tu hijo" (cfr. *Jn* 19, 26-27). El tiempo del final de la vida es un tiempo de relaciones, un tiempo en el que se deben derrotar la soledad y el abandono (cfr. *Mt* 27, 46 y *Mc* 15, 34), en vista de una entrega confiada de la propia vida a Dios (cfr. *Lc* 23, 46).

Desde esta perspectiva, mirar al Crucificado significa ver una escena coral, en la que Cristo está en el centro porque resume en su propia carne, y verdaderamente transfigura, las horas más tenebrosas de la experiencia humana, aquellas en las que se asoma, silenciosa, la posibilidad de la desesperación. La luz de la fe nos hace captar, en aquella plástica y descarnada descripción que los Evangelios nos dan, la Presencia trinitaria, porque Cristo confía en el Padre gracias al Espíritu Santo, que apoya a la Madre y a los discípulos que "están" y, en este su "estar" junto a la Cruz, participan, con su humana dedicación al Sufriente, al misterio de la Redención.

Así, si bien marcada por un tránsito doloroso, la muerte puede convertirse en ocasión de una esperanza más grande, gracias a la fe, que nos hace partícipes de la obra redentora de Cristo. De hecho, el dolor es existencialmente soportable solo donde existe la esperanza. La esperanza que Cristo transmite al que sufre y al enfermo es la de su presencia, de su real cercanía. La esperanza no es solo un esperar por un futuro mejor, es una mirada sobre el presente, que lo llena de significado. En la fe cristiana, el acontecimiento de la Resurrección no solo revela la vida eterna, sino que pone de manifiesto que *en la* historia la última palabra no es jamás la muerte, el dolor, la traición, el mal. Cristo resurge *en la* historia y en el misterio de la Resurrección existe la confirmación del amor del Padre que no abandona nunca.

Releer, ahora, la experiencia viviente del Cristo sufriente significa entregar también a los hombres de hoy una esperanza capaz de dar sentido al tiempo de la enfermedad y de la muerte. Esta esperanza es el amor que resiste a la tentación de la desesperación.

Aunque son muy importantes y están cargados de valor, los cuidados paliativos no bastan si no existe alguien que "está" junto al enfermo y le da testimonio de su valor único e irrepetible. Para el creyente, mirar al Crucificado significa confiar en la comprensión y en el Amor de Dios: y es importante, en una época histórica en la que se exalta la autonomía y se celebran los fastos del individuo, recordar que si bien es verdad que cada uno vive el propio sufrimiento, el propio dolor y la propia muerte, estas vivencias están siempre cargadas de la mirada y de la presencia de los otros. Alrededor de la Cruz están también los funcionarios del Estado romano, están los curiosos, están los distraídos, están los indiferentes y los resentidos; están bajo la Cruz, pero no "están" con el Crucificado.

En las unidades de cuidados intensivos, en las casas de cuidado para los enfermos crónicos, se puede estar presente como funcionario o como personas que "están" con el enfermo.

La experiencia de la Cruz permite así ofrecer al que sufre un interlocutor creíble a quien dirigir la palabra, el pensamiento, a quien entregar la angustia y el miedo: a aquellos que se hacen cargo del enfermo, la escena de la Cruz proporciona un elemento adicional para comprender que también cuando parece que no hay nada más que hacer todavía queda mucho por hacer, porque el "*estar*" es uno de los signos del amor, y de la esperanza que lleva en sí. El anuncio de la vida después de la muerte no es una ilusión o un consuelo sino una certeza que está en el centro del amor, que no se acaba con la muerte.

III. EL "CORAZÓN QUE VE" DEL SAMARITANO: LA VIDA HUMANA ES UN DON SAGRADO E INVOLABLE

El hombre, en cualquier condición física o psíquica que se encuentre, mantiene su dignidad originaria de haber sido creado a imagen de Dios. Puede vivir y crecer en el esplendor divino porque está llamado a ser a «imagen y gloria de Dios» (1 Cor 11, 7; 2 Cor 3, 18). Su dignidad está en esta vocación. Dios se ha hecho Hombre para salvarnos, prometiéndonos la salvación y destinándonos a la comunión con Él: aquí descansa el fundamento último de la dignidad humana.^[14]

Pertenece a la Iglesia el acompañar con misericordia a los más débiles en su camino de dolor, para mantener en ellos la vida teologal y orientarlos a la salvación de Dios.^[15] Es la Iglesia del Buen Samaritano,^[16] que "considera el servicio a los enfermos como parte integrante de su misión".^[17] Comprender esta mediación salvífica de la Iglesia en una perspectiva de comunión y solidaridad entre los hombres es una ayuda esencial para superar toda tendencia reduccionista e individualista.^[18]

Específicamente, el programa del Buen Samaritano es "un corazón que ve". Él «enseña que es necesario convertir la mirada del corazón, porque muchas veces los que miran no ven. ¿Por qué? Porque falta compasión. Sin compasión, el que mira no se involucra en lo que observa y pasa de largo; en cambio, el que tiene un corazón compasivo se conmueve y se involucra, se detiene y se ocupa de lo que sucede».^[19] Este corazón ve dónde hay necesidad de amor y obra en consecuencia.^[20] Los ojos perciben en la debilidad una llamada de Dios a obrar, reconociendo en la vida humana el primer bien común de la sociedad.^[21] La vida humana es un bien altísimo y la sociedad está llamada a reconocerlo. La vida es un don^[22] sagrado e inviolable y todo hombre, creado por Dios, tiene una vocación trascendente y una relación única con Aquel que da la vida, porque «Dios invisible en su gran amor»^[23] ofrece a cada hombre un plan de salvación para que podamos decir: «La vida es siempre un bien. Esta es una intuición o, más bien, un dato de experiencia, cuya razón profunda el hombre está llamado a comprender».^[24] Por eso la Iglesia está siempre dispuesta a colaborar con todos los hombres de buena voluntad, con creyentes de otras confesiones o religiones o no creyentes, que respetan la dignidad de la vida humana, también en sus fases extremas del sufrimiento y de la muerte, y rechazan todo acto contrario a ella.^[25] Dios Creador ofrece al hombre la vida y su dignidad como un don precioso a custodiar y acrecentar y del cual, finalmente, rendirle cuentas a Él.

La Iglesia afirma el sentido positivo de la vida humana como un valor ya perceptible por la recta razón, que la luz de la fe confirma y realza en su inalienable dignidad.^[26] No se trata de un criterio subjetivo o arbitrario; se trata de un criterio fundado en la inviolable dignidad natural – en cuanto que la vida es el primer bien porque es condición del disfrute de todos los demás bienes – y en la vocación trascendente de todo ser humano, llamado a compartir el Amor trinitario del Dios viviente:^[27] «el amor especialísimo que el Creador tiene por cada ser humano le confiere una dignidad infinita».^[28] El valor inviolable de la vida es una verdad básica de la ley moral natural y un fundamento esencial del ordenamiento jurídico. Así como no se puede aceptar que otro hombre sea nuestro esclavo, aunque nos lo pidiese, igualmente no se puede elegir directamente atentar contra la vida de un ser humano, aunque este lo pida. Por lo tanto, suprimir un enfermo que pide la eutanasia no significa en absoluto reconocer su autonomía y apreciarla, sino al contrario significa desconocer el valor de su libertad, fuertemente condicionada por la enfermedad y el dolor, y el valor de su vida, negándole cualquier otra posibilidad de relación humana, de sentido de la existencia y de crecimiento en la vida teologal. Es más, se decide al puesto de Dios el momento de la muerte. Por eso, «aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado degradan la civilización humana, deshonran más a sus autores que a sus víctimas y son totalmente contrarias al honor debido al Creador».^[29]

IV. LOS OBSTÁCULOS CULTURALES QUE OSCURECEN EL VALOR SAGRADO DE TODA VIDA HUMANA

Hoy en día algunos factores limitan la capacidad de captar el valor profundo e intrínseco de toda vida humana: el primero se refiere a un uso equivoco del concepto de "muerte digna" en relación con el de "calidad de vida". Irrumpe aquí una perspectiva antropológica utilitarista, que viene «vinculada preferentemente a las posibilidades económicas, al "bienestar", a la belleza y al deleite de la vida física, olvidando otras dimensiones más profundas – relacionales, espirituales y religiosas – de la existencia».^[30] En virtud de este principio, la vida viene considerada digna solo si tiene un nivel aceptable de calidad, según el juicio del sujeto mismo o de un tercero, en orden a la presencia-ausencia de determinadas funciones psíquicas o físicas, o con frecuencia identificada también con la sola presencia de un malestar psicológico. Según esta perspectiva, cuando la calidad de vida parece pobre, no merece la pena prolongarla. No se reconoce que la vida humana tiene un valor por sí misma.

Un segundo obstáculo que oscurece la percepción de la sacralidad de la vida humana es una errónea comprensión de la "compasión".^[31] Ante un sufrimiento calificado como "insoportable", se justifica el final de la vida del paciente en nombre de la "compasión". Para no sufrir es mejor morir: es la llamada eutanasia "compasiva". Sería compasivo ayudar al paciente a morir a través de la eutanasia o el suicidio asistido. En realidad, la compasión humana no consiste en provocar la muerte, sino en acoger al enfermo, en sostenerlo en medio de las dificultades, en ofrecerle afecto, atención y medios para aliviar el sufrimiento.

El tercer factor, que hace difícil reconocer el valor de la propia vida y la de los otros dentro de las relaciones intersubjetivas, es un individualismo creciente, que induce a ver a los otros como límite y amenaza de la propia libertad. En la raíz de tal actitud está «un neo-pelagianismo para el cual el individuo, radicalmente autónomo, pretende salvarse a sí mismo, sin reconocer que depende, en lo más profundo de su ser, de Dios y de los demás. Un cierto neo-gnosticismo, por su parte, presenta una salvación meramente interior, encerrada en el subjetivismo»,^[32] que favorece la liberación de la persona de los límites de su cuerpo, sobre todo cuando está débil y enferma.

El individualismo, en particular, está en la raíz de la que se considera como la enfermedad latente de nuestro tiempo: la soledad,^[33] tematizada en algunos contextos legislativos incluso como "derecho a la soledad", a partir de la autonomía de la persona y del "principio del permiso-consentimiento": un permiso-consentimiento que, dadas determinadas condiciones de malestar o de enfermedad, puede extenderse hasta la elección de seguir o no viviendo. Es el mismo "derecho" que subyace a la eutanasia y al suicidio asistido. La idea de fondo es que cuantos se encuentran en una condición de dependencia y no pueden alcanzar la perfecta autonomía y reciprocidad son cuidados en virtud de un *favor*. El concepto de bien se reduce así a ser el resultado de un acuerdo social: cada uno recibe los cuidados y la asistencia que la autonomía o la utilidad social o económica hacen posible o conveniente. Se produce así un empobrecimiento de las relaciones interpersonales, que se convierten en frágiles, privadas de la caridad sobrenatural, de aquella solidaridad humana y de aquel apoyo social, tan necesarios, para afrontar los momentos y las decisiones más difíciles de la existencia.

Este modo de pensar las relaciones humanas y el significado del bien hacen mella en el sentido mismo de la vida, haciéndola fácilmente manipulable, también a través de leyes que legalizan las prácticas eutanásicas, procurando la muerte de los enfermos. Estas acciones provocan una gran insensibilidad hacia el cuidado de las personas enfermas y deforman las relaciones. En tales circunstancias, surgen

a veces dilemas infundados sobre la moralidad de las acciones que, en realidad, no son más que actos debidos de simple cuidado de la persona, como hidratar y alimentar a un enfermo en estado de inconsciencia sin perspectivas de curación.

En este sentido, el Papa Francisco ha hablado de la «cultura del descarte».^[34] Las víctimas de tal cultura son los seres humanos más frágiles, que corren el riesgo de ser “descartados” por un engranaje que quiere ser eficaz a toda costa. Se trata de un fenómeno cultural fuertemente anti-solidario, que Juan Pablo II calificó como «cultura de la muerte» y que crea auténticas «estructuras de pecado».^[35] Esto puede inducir a cumplir acciones en sí mismas incorrectas por el único motivo de “sentirse bien” al cumplirlas, generando confusión entre el bien y el mal, allí donde toda vida personal posee un valor único e irrepetible, siempre prometedor y abierto a la trascendencia. En esta cultura del descarte y de la muerte, la eutanasia y el suicidio asistido aparecen como una solución errónea para resolver los problemas relativos al paciente terminal.

V. LA ENSEÑANZA DEL MAGISTERIO

1. *La prohibición de la eutanasia y el suicidio asistido*

La Iglesia, en la misión de transmitir a los fieles la gracia del Redentor y la ley santa de Dios, que ya puede percibirse en los dictados de la ley moral natural, siente el deber de intervenir para excluir una vez más toda ambigüedad en relación con el Magisterio sobre la eutanasia y el suicidio asistido, también en aquellos contextos donde las leyes nacionales han legitimado tales prácticas.

Especialmente, la difusión de los protocolos médicos aplicables a las situaciones de final de la vida, como el *Do Not Resuscitate Order* o el *Physician Orders for Life Sustaining Treatment* – con todas sus variantes según las legislaciones y contextos nacionales, inicialmente pensados como instrumentos para evitar el ensañamiento terapéutico en las fases terminales de la vida –, despierta hoy graves problemas en relación con el deber de tutelar la vida del paciente en las fases más críticas de la enfermedad. Si por una parte los médicos se sienten cada vez más vinculados a la autodeterminación expresada por el paciente en estas declaraciones, que lleva a veces a privarles de la libertad y del deber de obrar tutelando la vida allí donde podrían hacerlo, por otra parte, en algunos contextos sanitarios, preocupa el abuso denunciado ampliamente del empleo de tales protocolos con una perspectiva eutanásica, cuando ni el paciente, ni mucho menos la familia, es consultado en la decisión final. Esto sucede sobre todo en los países donde la legislación sobre el final de la vida deja hoy amplios márgenes de ambigüedad en

relación con la aplicación del deber de cuidado, al introducirse en ellos la práctica de la eutanasia.

Por estas razones, la Iglesia considera que debe reafirmar como enseñanza definitiva que la eutanasia es un *crimen contra la vida humana* porque, con tal acto, el hombre elige causar directamente la muerte de un ser humano inocente. La definición de eutanasia no procede de la *ponderación* de los bienes o los valores en juego, sino de un *objeto moral* suficientemente especificado, es decir la elección de «una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor».^[36] «La eutanasia se sitúa, pues, en el nivel de las intenciones o de los métodos usados».^[37] La valoración moral de la eutanasia, y de las consecuencias que se derivan, no depende, por tanto, de un balance de principios, que, según las circunstancias y los sufrimientos del paciente, podrían, según algunos, justificar la supresión de la persona enferma. El valor de la vida, la autonomía, la capacidad de decisión y la calidad de vida no están en el mismo plano.

La eutanasia, por lo tanto, es un acto intrínsecamente malo, en toda ocasión y circunstancia. En el pasado la Iglesia ya ha afirmado de manera definitiva «que la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana. Esta doctrina se fundamenta en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita; es transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal. Semejante práctica conlleva, según las circunstancias, la malicia propia del suicidio o del homicidio».^[38] *Toda cooperación formal o material inmediata* a tal acto es un pecado grave contra la vida humana: «Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo. Se trata, en efecto, de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad».^[39] Por lo tanto, la eutanasia es un acto homicida que ningún fin puede legitimar y que no tolera ninguna forma de complicidad o colaboración, activa o pasiva. Aquellos que aprueban leyes sobre la eutanasia y el suicidio asistido se hacen, por lo tanto, cómplices del grave pecado que otros llevarán a cabo. Ellos son también culpables de escándalo porque tales leyes contribuyen a deformar la conciencia, también la de los fieles.^[40]

La vida tiene la misma dignidad y el mismo valor para todos y cada uno: el respeto de la vida del otro es el mismo que se debe a la propia existencia. Una persona que elige con plena libertad quitarse la vida rompe su relación con Dios y con los otros y se niega a sí mismo como sujeto moral. El suicidio *asistido* aumenta la gravedad, porque hace partícipe a otro de la propia desesperación, induciéndolo

a no dirigir la voluntad hacia el misterio de Dios, a través de la virtud moral de la esperanza, y como consecuencia a no reconocer el verdadero valor de la vida y a romper la alianza que constituye la familia humana. Ayudar al suicida es una colaboración indebida a un acto ilícito, que contradice la relación teológica con Dios y la relación moral que une a los hombres para que compartan el don de la vida y sean coparticipes del sentido de la propia existencia.

También cuando la petición de eutanasia nace de una angustia y de una desesperación,^[41] y «aunque en casos de ese género la responsabilidad personal pueda estar disminuida o incluso no existir, sin embargo el error de juicio de la conciencia – aunque fuera incluso de buena fe – no modifica la naturaleza del acto homicida, que en sí sigue siendo siempre inadmisible».^[42] Dígase lo mismo para el suicidio asistido. Tales prácticas no son nunca una ayuda auténtica al enfermo, sino una ayuda a morir.

Se trata, por tanto, de una elección siempre incorrecta: «El personal médico y los otros agentes sanitarios – fieles a la tarea de “estar siempre al servicio de la vida y de asistirle hasta el final” – no pueden prestarse a ninguna práctica eutánica ni siquiera a petición del interesado, y mucho menos de sus familiares. No existe, en efecto, un derecho a disponer arbitrariamente de la propia vida, por lo que ningún agente sanitario puede erigirse en tutor ejecutivo de un derecho inexistente».^[43]

Es por esto que *la eutanasia y el suicidio asistido son siempre un fracaso* de quienes los teorizan, de quienes los deciden y de quienes los practican.^[44]

Son gravemente injustas, por tanto, las leyes que legalizan la eutanasia o aquellas que justifican el suicidio y la ayuda al mismo, por el falso derecho de elegir una muerte definida inapropiadamente digna solo porque ha sido elegida.^[45] Tales leyes golpean el fundamento del orden jurídico: el derecho a la vida, que sostiene todo otro derecho, incluido el ejercicio de la libertad humana. La existencia de estas leyes hiere profundamente las relaciones humanas, la justicia y amenazan la confianza mutua entre los hombres. Los ordenamientos jurídicos que han legitimado el suicidio asistido y la eutanasia muestran, además, una evidente degeneración de este fenómeno social. El Papa Francisco recuerda que «el contexto sociocultural actual está erosionando progresivamente la conciencia de lo que hace que la vida humana sea preciosa. De hecho, la vida se valora cada vez más por su eficiencia y utilidad, hasta el punto de considerar como “vidas descartadas” o “vidas indignas” las que no se ajustan a este criterio. En esta situación de pérdida de los valores auténticos, se resquebrajan también los deberes inderogables de solidaridad y fraternidad humana y cristiana. En realidad, una sociedad

se merece la calificación de "civil" si desarrolla los anticuerpos contra la cultura del descarte; si reconoce el valor intangible de la vida humana; si la solidaridad se practica activamente y se salvaguarda como fundamento de la convivencia».^[46] En algunos países del mundo, decenas de miles de personas ya han muerto por eutanasia, muchas de ellas porque se quejaban de sufrimientos psicológicos o depresión. Son frecuentes los abusos denunciados por los mismos médicos sobre la supresión de la vida de personas que jamás habrían deseado para sí la aplicación de la eutanasia. De hecho, la petición de la muerte en muchos casos es un síntoma mismo de la enfermedad, agravado por el aislamiento y por el desánimo. La Iglesia ve en esta dificultad una ocasión para la purificación espiritual, que profundiza la esperanza, haciendo que se convierta en verdaderamente teologal, focalizada en Dios, y solo en Dios.

Más bien, en lugar de complacerse en una falsa condescendencia, el cristiano debe ofrecer al enfermo la ayuda indispensable para salir de su desesperación. El mandamiento «no matarás» (*Ex* 20, 13; *Dt* 5, 17), de hecho, es un *sí a la vida*, de la cual Dios se hace garante: «se transforma en la llamada a un amor solícito que tutela e impulsa la vida del prójimo».^[47] El cristiano, por tanto, sabe que la vida terrena no es el valor supremo. La felicidad última está en el cielo. Así, el cristiano no pretenderá que la vida física continúe cuando la muerte está cerca. El cristiano ayudará al moribundo a liberarse de la desesperación y a poner su esperanza en Dios.

Desde la perspectiva clínica, los factores que más determinan la petición de eutanasia y suicidio asistido son: el dolor no gestionado y la falta de esperanza, humana y teologal, inducida también por una atención, humana, psicológica y espiritual a menudo inadecuada por parte de quien se hace cargo del enfermo.^[48]

Es lo que la experiencia confirma: «las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia; estas en efecto son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto. Además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y sobrenatural, con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeros».^[49] El enfermo que se siente rodeado de una presencia amorosa, humana y cristiana, supera toda forma de depresión y no cae en la angustia de quien, en cambio, se siente solo y abandonado a su destino de sufrimiento y de muerte.

El hombre, en efecto, no vive el dolor solamente como un hecho biológico, que se gestiona para hacerlo soportable, sino como el misterio de la vulnerabilidad humana en relación con el final de la vida física, un acontecimiento difícil de aceptar, dado que la unidad de alma y cuerpo es esencial para el hombre.

Por eso, solo re-significando el acontecimiento mismo de la muerte – mediante la apertura en ella de un horizonte de vida eterna, que anuncia el destino trascendente de toda persona – el “final de la vida” se puede afrontar de una manera acorde a la dignidad humana y adecuada a aquella fatiga y sufrimiento que inevitablemente produce la sensación inminente del final. De hecho, «el sufrimiento es algo *todavía más amplio* que la enfermedad, más complejo y a la vez aún más profundamente enraizado en la humanidad misma».^[50] Y este sufrimiento, con ayuda de la gracia, puede ser animado desde dentro con la caridad divina, como en el caso del sufrimiento de Cristo en la Cruz.

Por eso, la actitud de quien atiende a una persona afectada por una enfermedad crónica o en la fase terminal de la vida, debe ser aquella de “saber estar”, velar con quien sufre la angustia del morir, “consolar”, o sea de ser-con en la soledad, de ser co-presencia que abre a la esperanza.^[51] Mediante la fe y la caridad expresadas en la intimidad del alma la persona que cuida es capaz de sufrir el dolor del otro y de abrirse a una relación personal con el débil que amplía los horizontes de la vida más allá del acontecimiento de la muerte, transformándose así en una presencia llena de esperanza.

«Llorad con los que lloran» (*Rm* 12, 15), porque es feliz quien tiene compasión hasta llorar con los otros (cfr. *Mt* 5, 4). En esta relación, en la que se da la posibilidad de amar, el sufrimiento se llena de significado en el com-partir de una condición humana y con la solidaridad en el camino hacia Dios, que expresa aquella alianza radical entre los hombres^[52] que les hace entrever una luz también más allá de la muerte. Ella nos hace ver el acto médico desde dentro de una *alianza terapéutica* entre el médico y el enfermo, unidos por el reconocimiento del valor trascendente de la vida y del sentido místico del sufrimiento. Esta alianza es la luz para comprender el buen obrar médico, superando la visión individualista y utilitarista hoy predominante.

2. La obligación moral de evitar el ensañamiento terapéutico

El Magisterio de la Iglesia recuerda que, cuando se acerca el término de la existencia terrena, la dignidad de la persona humana se concreta como derecho a morir en la mayor serenidad posible y con la dignidad humana y cristiana que le son debidas.^[53] Tutelar la dignidad del morir significa tanto excluir la anticipación de la muerte como el retrasarla con el llamado “ensañamiento terapéutico”.^[54] La medicina actual dispone, de hecho, de medios capaces de retrasar artificialmente la muer-

te, sin que el paciente reciba en tales casos un beneficio real. Ante la inminencia de una muerte inevitable, por lo tanto, es lícito en ciencia y en conciencia tomar la decisión de renunciar a los tratamientos que procurarían solamente una prolongación precaria y penosa de la vida, sin interrumpir todavía los cuidados normales debidos al enfermo en casos similares.^[55] Esto significa que no es lícito suspender los cuidados que sean eficaces para sostener las funciones fisiológicas esenciales, mientras que el organismo sea capaz de beneficiarse (ayudas a la hidratación, a la nutrición, a la termorregulación y otras ayudas adecuadas y proporcionadas a la respiración, y otras más, en la medida en que sean necesarias para mantener la homeostasis corpórea y reducir el sufrimiento orgánico y sistémico). La suspensión de toda obstinación irrazonable en la administración de los tratamientos *no debe ser una retirada terapéutica*. Tal aclaración se hace hoy indispensable a la luz de los numerosos casos judiciales que en los últimos años han llevado a la retirada de los cuidados – y a la muerte anticipada – a pacientes en condiciones críticas, pero no terminales, a los cuales se ha decidido suspender los cuidados de soporte vital, porque no había perspectivas de una mejora en su calidad de vida.

En el caso específico del ensañamiento terapéutico, viene reafirmado que la renuncia a medios extraordinarios y/o desproporcionados «no equivale al suicidio o a la eutanasia; expresa más bien la aceptación de la condición humana ante la muerte»^[56] o la elección ponderada de evitar la puesta en marcha de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar. La renuncia a tales tratamientos, que procurarían solamente una prolongación precaria y penosa de la vida, puede también manifestar el respeto a la voluntad del paciente, expresada en las llamadas voluntades anticipadas de tratamiento, *excluyendo sin embargo todo acto de naturaleza eutanásica o suicida*.^[57]

La proporcionalidad, de hecho, se refiere a la totalidad del bien del enfermo. Nunca se puede aplicar el falso discernimiento moral de la *elección entre valores* (por ejemplo, vida *versus* calidad de vida); esto podría inducir a excluir de la consideración la salvaguarda de la integridad personal y del bien-vida y el verdadero objeto moral del acto realizado.^[58] En efecto, todo acto médico debe tener en el objeto y en las intenciones de quien obra el acompañamiento de la vida y nunca la consecución de la muerte^[59]. En todo caso, el médico no es nunca un mero ejecutor de la voluntad del paciente o de su representante legal, conservando el derecho y el deber de sustraerse a la voluntad discordante con el bien moral visto desde la propia conciencia.^[60]

3. Los cuidados básicos: el deber de alimentación e hidratación

Principio fundamental e ineludible del acompañamiento del enfermo en condiciones críticas y/o terminales es la *continuidad de la asistencia* en sus funciones fisiológicas esenciales. En particular, un cuidado básico debido a todo hombre es el de administrar los alimentos y los líquidos necesarios para el mantenimiento de la homeostasis del cuerpo, en la medida en que y hasta cuando esta administración demuestre alcanzar su finalidad propia, que consiste en el procurar la hidratación y la nutrición del paciente.^[61]

Cuando la administración de sustancias nutrientes y líquidos fisiológicos no resulte de algún beneficio al paciente, porque su organismo no está en grado de absorberlo o metabolizarlo, la administración viene suspendida. De este modo, no se anticipa ilícitamente la muerte por privación de las ayudas a la hidratación y a la nutrición, esenciales para las funciones vitales, sino que se respeta la evolución natural de la enfermedad crítica o terminal. En caso contrario, la privación de estas ayudas se convierte en una acción injusta y puede ser fuente de gran sufrimiento para quien lo padece. Alimentación e hidratación no constituyen un tratamiento médico en sentido propio, porque no combaten las causas de un proceso patológico activo en el cuerpo del paciente, sino que representan el cuidado debido a la persona del paciente, una atención clínica y humana primaria e ineludible. La obligatoriedad de este cuidado del enfermo a través de una apropiada hidratación y nutrición puede exigir en algunos casos el uso de una vía de administración artificial,^[62] con la condición que esta no resulte dañina para el enfermo o provoque sufrimientos inaceptables para el paciente.^[63]

4. Los cuidados paliativos

De la *continuidad de la asistencia* forma parte el constante deber de comprender las necesidades del enfermo: necesidad de asistencia, de alivio del dolor, necesidades emotivas, afectivas y espirituales. Como se ha demostrado por la más amplia experiencia clínica, la medicina paliativa constituye un instrumento precioso e irrenunciable para acompañar al paciente en las fases más dolorosas, penosas, crónicas y terminales de la enfermedad. Los así llamados *cuidados paliativos* son la expresión más auténtica de la acción humana y cristiana del cuidado, el símbolo tangible del compasivo "estar" junto al que sufre. Estos tienen como objetivo «aliviar los sufrimientos en la fase final de la enfermedad y de asegurar al mismo paciente un adecuado acompañamiento humano»^[64] digno, mejorándole – en la medida de lo posible – la calidad de vida y el completo bienestar. La

experiencia enseña que la aplicación de los cuidados paliativos disminuye drásticamente el número de personas que piden la eutanasia. Por este motivo, parece útil un compromiso decidido, según las posibilidades económicas, para llevar estos cuidados a quienes tengan necesidad, para aplicarlos no solo en las fases terminales de la vida, sino como *perspectiva integral de cuidado* en relación a cualquier patología crónica y/o degenerativa, que pueda tener un pronóstico complejo, doloroso e infausto para el paciente y para su familia.^[65]

La asistencia espiritual al enfermo, y a sus familiares, forma parte de los cuidados paliativos. Esta infunde confianza y esperanza en Dios al moribundo y a los familiares, ayudándoles a aceptar la muerte del pariente. Es una contribución esencial que compete a los agentes de pastoral y a toda la comunidad cristiana, con el ejemplo del Buen Samaritano, para que al rechazo le siga la aceptación, y sobre la angustia prevalezca la esperanza,^[66] sobre todo cuando el sufrimiento se prolonga por la degeneración de la patología, al aproximarse el final. En esta fase, la prescripción de una terapia analgésica eficaz permite al paciente afrontar la enfermedad y la muerte sin miedo a un dolor insoportable. Este remedio estará asociado, necesariamente, a un apoyo fraternal que pueda vencer la sensación de soledad del paciente causada, con frecuencia, por no sentirse suficientemente acompañado y comprendido en su difícil situación.

La técnica no da una respuesta radical al sufrimiento y no se puede pensar que esta pueda llegar a eliminarlo de la vida de los hombres.^[67] Una pretensión semejante genera una falsa esperanza, causando una desesperación todavía mayor en el que sufre. La ciencia médica es capaz de conocer cada vez mejor el dolor físico y debe poner en práctica los mejores recursos técnicos para tratarlo; pero el horizonte vital de una enfermedad terminal genera un sufrimiento profundo en el enfermo, que requiere una atención no meramente técnica. *Spe salvi facti sumus*, en la esperanza, teologal, dirigida hacia Dios, hemos sido salvados, dice San Pablo (Rm 8, 24).

“El vino de la esperanza” es la contribución específica de la fe cristiana en el cuidado del enfermo y hace referencia al modo como Dios vence el mal en el mundo. En el sufrimiento el hombre debe poder experimentar una solidaridad y un amor que asume el sufrimiento ofreciendo un sentido a la vida, que se extiende más allá de la muerte. Todo esto posee una gran relevancia social: «Una sociedad que no logra aceptar a los que sufren y no es capaz de contribuir mediante la compasión a que el sufrimiento sea compartido y sobrellevado, también interiormente, es una sociedad cruel e inhumana».^[68]

Debe, sin embargo, precisarse que la definición de los cuidados paliativos ha asumido en años recientes una connotación que puede resultar equívoca. En algunos países del mundo, las legislaciones nacionales que regulan los cuidados paliativos (*Palliative Care Act*) así como las leyes sobre el "final de la vida" (*End-of-Life Law*), prevén, junto a los cuidados paliativos, la llamada *Asistencia Médica a la Muerte* (MAiD), que puede incluir la posibilidad de pedir la eutanasia y el suicidio asistido. Estas previsiones legislativas constituyen un motivo de confusión cultural grave, porque hacen creer que la asistencia médica a la muerte voluntaria sea parte integrante de los cuidados paliativos y que, por lo tanto, sea moralmente lícito pedir la eutanasia o el suicidio asistido.

Además, en estos mismos contextos legislativos, las intervenciones paliativas para reducir el sufrimiento de los pacientes graves o moribundos pueden consistir en la administración de fármacos dirigidos a anticipar la muerte o en la suspensión/interrupción de la hidratación y la alimentación, incluso cuando hay un pronóstico de semanas o meses. Sin embargo, estas prácticas equivalen a una *acción u omisión directa para procurar la muerte y son por tanto ilícitas*. La difusión progresiva de estas leyes, también a través de los protocolos de las sociedades científicas nacionales e internacionales, además de inducir a un número creciente de personas vulnerables a elegir la eutanasia o el suicidio, constituye una irresponsabilidad social frente a tantas personas, que solo tendrían necesidad de ser mejor atendidas y consoladas.

5. El papel de la familia y los hospices

En el cuidado del enfermo terminal es central el papel de la familia.^[69] En ella la persona se apoya en relaciones fuertes, viene apreciada por sí misma y no solo por su productividad o por el placer que pueda generar. En el cuidado es esencial que el enfermo no se sienta una carga, sino que tenga la cercanía y el aprecio de sus seres queridos. En esta misión, la familia necesita la ayuda y los medios adecuados. Es necesario, por tanto, que los Estados reconozcan la función social primaria y fundamental de la familia y su papel insustituible, también en este ámbito, destinando los recursos y las estructuras necesarias para ayudarla. Además, el acompañamiento humano y espiritual de la familia es un deber en las estructuras sanitarias de inspiración cristiana; nunca debe descuidarse, porque constituye *una única unidad de cuidado con el enfermo*.

Junto a la familia, la creación de los *hospices*, centros y estructuras donde acoger los enfermos terminales, para asegurar el cuidado hasta el último momento,

es algo bueno y de gran ayuda. Después de todo, «la respuesta cristiana al misterio del sufrimiento y de la muerte no es una explicación sino una Presencia»^[70] que se hace cargo del dolor, lo acompaña y lo abre a una esperanza confiada. Estas estructuras se ponen como ejemplo de humanidad en la sociedad, santuarios del dolor vivido con plenitud de sentido. Por esto deben estar equipadas con personal especializado y medios materiales específicos de cuidado, siempre abiertos a la familia: «A este respecto, pienso en lo bien que funcionan los *hospices* para los cuidados paliativos, en los que los enfermos terminales son acompañados con un apoyo médico, psicológico y espiritual cualificado, para que puedan vivir con dignidad, confortados por la cercanía de sus seres queridos, la fase final de su vida terrenal. Espero que estos centros continúen siendo lugares donde se practique con compromiso la "terapia de la dignidad", alimentando así el amor y el respeto por la vida».^[71] En estas situaciones, así como en cualquier estructura sanitaria católica, es necesaria la presencia de agentes sanitarios y pastorales preparados no solo bajo el perfil clínico, sino también practicantes de una verdadera vida teológica de fe y esperanza, dirigida hacia Dios, porque esta constituye la forma más elevada de humanización del morir.^[72]

6. El acompañamiento y el cuidado en la edad prenatal y pediátrica

En relación al acompañamiento de los neonatos y de los niños afectados de enfermedades crónicas degenerativas incompatibles con la vida, o en las fases terminales de la vida misma, es necesario reafirmar cuanto sigue, siendo conscientes de la necesidad de desarrollar una estrategia operativa capaz de garantizar calidad y bienestar al niño y a su familia.

Desde la concepción, los niños afectados por malformaciones o patologías de cualquier tipo son *pequeños pacientes* que la medicina hoy es capaz de asistir y acompañar de manera respetuosa con la vida. Su vida es sagrada, única, irrepetible e inviolable, exactamente como aquella de toda persona adulta.

En el caso de las llamadas patologías prenatales "incompatibles con la vida" – es decir que seguramente lo llevarán a la muerte dentro de un breve *espacio* de tiempo – y en ausencia de tratamientos fetales o neonatales capaces de mejorar las condiciones de salud de estos niños, de ninguna manera son abandonados en el plano asistencial, sino que son acompañados, como cualquier otro paciente, hasta la consecución de la muerte natural; el *comfort care perinatal* favorece, en este sentido, un *proceso asistencial integrado*, que, junto al apoyo de los médicos y de los agentes de pastoral sostiene la presencia constante de la familia. El niño

es un paciente especial y requiere por parte del acompañante una preparación específica ya sea en términos de conocimiento como de presencia. El acompañamiento empático de un niño en fase terminal, que está entre los más delicados, tiene el objetivo de añadir vida a los años del niño y no años a su vida.

Especialmente, los *Hospices Perinatales* proporcionan un apoyo esencial a las familias que acogen el nacimiento de un hijo en condiciones de fragilidad. En tales casos, el acompañamiento médico competente y el apoyo de otras familias-testigos, que han pasado por la misma experiencia de dolor y de pérdida, constituyen un recurso esencial, junto al necesario acompañamiento espiritual de estas familias. Es un deber pastoral de los agentes sanitarios de inspiración cristiana trabajar para favorecer la máxima difusión de los mismos en el mundo.

Todo esto se revela especialmente importante en el caso de aquellos niños que, en el estado actual del conocimiento científico, están destinados a morir inmediatamente después del parto o en un corto periodo de tiempo. Cuidar a estos niños ayuda a los padres a elaborar el luto y a concebirlo no solo como una pérdida, sino como una etapa de un camino de amor recorrido junto al hijo.

Desafortunadamente, la cultura hoy dominante no promueve esta perspectiva: a nivel social, el uso a veces obsesivo del diagnóstico prenatal y el afirmarse de una cultura hostil a la discapacidad inducen, con frecuencia, a la elección del aborto, llegando a configurarlo como una práctica de "prevención". Este consiste en la eliminación deliberada de una vida humana inocente y como tal nunca es lícito. Por lo tanto, el uso del diagnóstico prenatal con una finalidad selectiva es contrario a la dignidad de la persona y gravemente ilícito porque es expresión de una mentalidad eugenésica. En otros casos, después del nacimiento, la misma cultura lleva a suspender, o no iniciar, los cuidados al niño apenas nacido, por la presencia o incluso solo por la posibilidad que desarrolle en el futuro una discapacidad. También esta perspectiva, de matriz utilitarista, no puede ser aprobada. Un procedimiento semejante, además de inhumano, es gravemente ilícito desde el punto de vista moral.

Un principio fundamental de la asistencia pediátrica es que el niño en la fase final de la vida tiene el derecho al respeto y al cuidado de su persona, evitando tanto el ensañamiento terapéutico y la obstinación irrazonable como toda anticipación intencional de su muerte. En la perspectiva cristiana, el cuidado pastoral de un niño enfermo terminal reclama la participación a la vida divina en el Bautismo y la Confirmación.

En la fase terminal del recorrido de una enfermedad incurable, incluso si se suspenden las terapias farmacológicas o de otra naturaleza destinadas a luchar contra la patología que sufre el niño, porque no son apropiadas a su deteriorada condición clínica y son consideradas por los médicos como fútiles o excesivamente gravosas para él, en cuanto causa de un mayor sufrimiento, no deben reducirse los cuidados integrales del pequeño enfermo, en sus diversas dimensiones fisiológica, psicológica, afectivo-relacional y espiritual. Cuidar no significa solo poner en práctica una terapia o curar; así como interrumpir una terapia, cuando esta ya no beneficia al niño incurable, no implica suspender los cuidados eficaces para sostener las funciones fisiológicas esenciales para la vida del pequeño paciente, mientras su organismo sea capaz de beneficiarse (ayuda a la hidratación, a la nutrición, a la termorregulación y todavía otras, en la medida en que estas se requieran para sostener la homeostasis corporal y reducir el sufrimiento orgánico y sistémico). La abstención de toda obstinación terapéutica, en la administración de los tratamientos juzgados ineficaces, *no debe ser una retirada terapéutica* en los cuidados, sino que debe mantener abierto el camino de acompañamiento a la muerte. Se debe considerar, también, que las intervenciones rutinarias, como la ayuda a la respiración, se administren de manera indolora y proporcionada, personalizando sobre el paciente el tipo de ayuda adecuada, para evitar que la justa preocupación por la vida contraste con la imposición injusta de un dolor evitable.

En este contexto, la evaluación y la gestión del dolor físico del neonato y del niño son esenciales para respetarlo y acompañarlo en las fases más estresantes de la enfermedad. Los cuidados personalizados y delicados, que hoy en día se llevan a cabo en la asistencia clínica pediátrica, acompañados por la presencia de los padres, hacen posible una gestión integrada y más eficaz de cualquier intervención asistencial.

El mantenimiento del vínculo afectivo entre los padres y el hijo es parte integrante del proceso de cuidado. La relación de cuidado y de acompañamiento padre-niño viene favorecida con todos los instrumentos necesarios y constituye la parte fundamental del cuidado, también para las enfermedades incurables y las situaciones de evolución terminal. Además del contacto afectivo, no se debe olvidar el momento espiritual. La oración de las personas cercanas, por la intención del niño enfermo, tiene un valor sobrenatural que sobrepasa y profundiza la relación afectiva.

El concepto ético/jurídico del "mejor interés del niño" – hoy utilizado para efectuar la evaluación costes-beneficios de los cuidados que se lleven a cabo – de ninguna manera puede constituir el fundamento para decidir abreviar su vida con

el objetivo de evitarle sufrimientos, con acciones u omisiones que por su naturaleza o en la intención se puedan configurar como eutanásicas. Como se ha dicho, la suspensión de terapias desproporcionadas no puede conducir a la supresión de aquellos cuidados básicos necesarios para acompañarlo a una muerte digna, incluidas aquellas para aliviar el dolor, y tampoco a la suspensión de aquella atención espiritual que se ofrece a quienes pronto se encontrarán con Dios.

7. Terapias analgésicas y supresión de la conciencia

Algunos cuidados especializados requieren, por parte de los agentes sanitarios, una atención y competencias específicas para llevar a cabo la mejor práctica médica, desde el punto de vista ético, siempre conscientes de acercarse a las personas en su situación concreta de dolor.

Para disminuir los dolores del enfermo, la terapia analgésica utiliza fármacos que pueden causar la supresión de la conciencia (sedación). Un profundo sentido religioso puede permitir al paciente vivir el dolor como un ofrecimiento especial a Dios, en la óptica de la Redención;^[73] sin embargo, la Iglesia afirma la licitud de la sedación como parte de los cuidados que se ofrecen al paciente, de tal manera que el final de la vida acontezca con la máxima paz posible y en las mejores condiciones interiores. Esto es verdad también en el caso de tratamientos que anticipan el momento de la muerte (sedación paliativa profunda en fase terminal),^[74] siempre, en la medida de lo posible, con el consentimiento informado del paciente. Desde el punto de vista pastoral, es bueno cuidar la preparación espiritual del enfermo para que llegue conscientemente tanto a la muerte como al encuentro con Dios.^[75] El uso de los analgésicos es, por tanto, una parte de los cuidados del paciente, pero cualquier administración que cause directa e intencionalmente la muerte es una práctica eutanásica y es inaceptable.^[76] La sedación debe por tanto excluir, como su objetivo directo, la intención de matar, incluso si con ella es posible un condicionamiento a la muerte en todo caso inevitable.^[77]

Se necesita aquí una aclaración en relación al contexto pediátrico: en el caso del niño incapaz de entender, como por ejemplo un neonato, no se debe cometer el error de suponer que el niño podrá soportar el dolor y aceptarlo, cuando existen sistemas para aliviarlo. Por eso, es un deber médico trabajar para reducir al máximo posible el sufrimiento del niño, de tal manera que pueda alcanzar la muerte natural en paz y pudiendo percibir lo mejor posible la presencia amorosa de los médicos y, sobre todo, de la familia.

8. El estado vegetativo y el estado de mínima consciencia

Otras situaciones relevantes son la del enfermo con falta persistente de consciencia, el llamado "estado vegetativo", y la del enfermo en estado "de mínima consciencia". Es siempre engañoso pensar que el estado vegetativo, y el estado de mínima consciencia, en sujetos que respiran autónomamente, sean un signo de que el enfermo haya cesado de ser persona humana con toda la dignidad que le es propia.^[78] Al contrario, en estos estados de máxima debilidad, debe ser reconocido en su valor y asistido con los cuidados adecuados. El hecho que el enfermo pueda permanecer por años en esta dolorosa situación sin una esperanza clara de recuperación implica, sin ninguna duda, un sufrimiento para aquellos que lo cuidan.

Puede ser útil recordar lo que nunca se puede perder de vista en relación con semejante situación dolorosa. Es decir, el paciente en estos estados tiene derecho a la alimentación y a la hidratación; alimentación e hidratación por vías artificiales son, en línea de principio, medidas ordinarias; en algunos casos, tales medidas pueden llegar a ser desproporcionadas, o porque su administración no es eficaz, o porque los medios para administrarlas crean una carga excesiva y provocan efectos negativos que sobrepasan los beneficios.

En la óptica de estos principios, el compromiso del agente sanitario no puede limitarse al paciente sino que debe extenderse también a la familia o a quien es responsable del cuidado del paciente, para quienes se debe prever también un oportuno acompañamiento pastoral. Por lo tanto, es necesario prever una ayuda adecuada a los familiares para llevar el peso prolongado de la asistencia al enfermo en estos estados, asegurándoles aquella cercanía que los ayude a no desanimarse y, sobre todo, a no ver como única solución la interrupción de los cuidados. Hay que estar adecuadamente preparados, y también es necesario que los miembros de la familia sean ayudados debidamente.

9. La objeción de conciencia por parte de los agentes sanitarios y de las instituciones sanitarias católicas.

Ante las leyes que legitiman – bajo cualquier forma de asistencia médica – la eutanasia o el suicidio asistido, se debe negar siempre cualquier cooperación formal o material inmediata. Estas situaciones constituyen un ámbito específico para el testimonio cristiano, en las cuales «es necesario obedecer a Dios antes que a los hombres» (*Hch* 5, 29). No existe el derecho al suicidio ni a la eutanasia: el derecho existe para tutelar la vida y la coexistencia entre los hombres, no para causar la muerte. Por tanto, nunca le es lícito a nadie colaborar con semejantes

acciones inmorales o dar a entender que se pueda ser cómplice con palabras, obras u omisiones. El único verdadero derecho es aquel del enfermo a ser acompañado y cuidado con humanidad. Solo así se custodia su dignidad hasta la llegada de la muerte natural. «Ningún agente sanitario, por tanto, puede erigirse en tutor ejecutivo de un derecho inexistente, aun cuando la eutanasia fuese solicitada con plena conciencia por el sujeto interesado».^[79]

A este respecto, los principios generales referidos a la cooperación al mal, es decir a acciones ilícitas, son reafirmados: «Los cristianos, como todos los hombres de buena voluntad, están llamados, por un grave deber de conciencia, a no prestar su colaboración formal a aquellas prácticas que, aun permitidas por la legislación civil, se oponen a la Ley de Dios. En efecto, desde el punto de vista moral, nunca es lícito cooperar formalmente con el mal. Esta cooperación se produce cuando la acción realizada, o por su misma naturaleza o por la configuración que asume en un contexto concreto, se califica como colaboración directa en un acto contra la vida humana inocente o como participación en la intención moral del agente principal. Esta cooperación nunca puede justificarse invocando el respeto a la libertad de los demás, ni apoyarse en el hecho de que la ley civil la prevea y exija. En efecto, los actos que cada cual realiza personalmente tienen una responsabilidad moral, a la que nadie puede nunca substraerse y sobre la que todos y cada uno serán juzgados por Dios mismo (cfr. *Rm* 2, 6; 14, 12)».^[80]

Es necesario que los Estados reconozcan la objeción de conciencia en ámbito médico y sanitario, en el respeto a los principios de la ley moral natural, y especialmente donde el servicio a la vida interpela cotidianamente la conciencia humana.^[81] Donde esta no esté reconocida, se puede llegar a la situación de deber desobedecer a la ley, para no añadir injusticia a la injusticia, condicionando la conciencia de las personas. Los agentes sanitarios no deben vacilar en pedirla como derecho propio y como contribución específica al bien común.

Igualmente, las instituciones sanitarias deben superar las fuertes presiones económicas que a veces les inducen a aceptar la práctica de la eutanasia. Y donde la dificultad para encontrar los medios necesarios hiciese gravoso el trabajo de las instituciones públicas, toda la sociedad está llamada a un aumento de responsabilidad de tal manera que los enfermos incurables no sean abandonados a su suerte o a los únicos recursos de sus familiares. Todo esto requiere una toma de posición clara y unitaria por parte de las Conferencias Episcopales, las Iglesias locales, así como de las comunidades y de las instituciones católicas para tutelar el propio derecho a la objeción de conciencia en los contextos legislativos que prevén la eutanasia y el suicidio.

Las instituciones sanitarias católicas constituyen un signo concreto del modo con el que la comunidad eclesial, tras el ejemplo del Buen Samaritano, se hace cargo de los enfermos. El mandamiento de Jesús, "cuidad a los enfermos" (Lc 10, 9), encuentra su concreta actuación no solo imponiendo sobre ellos las manos, sino también recogiendo de la calle, asistiéndolos en sus propias casas y creando estructuras especiales de acogida y de hospitalidad. Fiel al mandamiento del Señor, la Iglesia ha creado, a lo largo de los siglos varias estructuras de acogida, donde la atención médica encuentra una específica declinación en la dimensión del servicio integral a la persona enferma.

Las instituciones sanitarias "católicas" están llamadas a ser fieles testigos de la irrenunciable atención ética por el respeto a los valores fundamentales y a aquellos cristianos constitutivos de su identidad, mediante la abstención de comportamientos de evidente ilicitud moral y la declarada y formal obediencia a las enseñanzas del Magisterio eclesial. Cualquier otra acción, que no corresponda a la finalidad y a los valores a los cuales las instituciones católicas se inspiran, no es éticamente aceptable y, por tanto, perjudica la atribución de la calificación de "católica", a la misma institución sanitaria.

En este sentido, no es éticamente admisible una colaboración institucional con otras estructuras hospitalarias hacia las que orientar y dirigir a las personas que piden la eutanasia. Semejantes elecciones no pueden ser moralmente admitidas ni apoyadas en su realización concreta, aunque sean legalmente posibles. De hecho, las leyes que aprueban la eutanasia «no sólo no crean ninguna obligación de conciencia, sino que, por el contrario, establecen una *grave y precisa obligación de oponerse a ellas mediante la objeción de conciencia*. Desde los orígenes de la Iglesia, la predicación apostólica ha inculcado a los cristianos el deber de obedecer a las autoridades públicas legítimamente constituidas (cfr. Rm 13, 1-7, 1 P 2, 13-14), pero al mismo tiempo ha enseñado firmemente que "hay que obedecer a Dios antes que a los hombres" (Hch 5, 29)».^[82]

El derecho a la objeción de conciencia no debe hacernos olvidar que los cristianos no rechazan estas leyes en virtud de una concepción religiosa privada, sino de un derecho fundamental e inviolable de toda persona, esencial para el bien común de toda la sociedad. Se trata, de hecho, de leyes contrarias al derecho natural en cuanto que minan los fundamentos mismos de la dignidad humana y de una convivencia basada en la justicia.

10. El acompañamiento pastoral y el apoyo de los sacramentos

El momento de la muerte es un paso decisivo del hombre en su encuentro con Dios Salvador. La Iglesia está llamada a acompañar espiritualmente a los fieles en esta situación, ofreciéndoles los "recursos sanadores" de la oración y los sacramentos. Ayudar al cristiano a vivirlo en un contexto de acompañamiento espiritual es un acto supremo de caridad. Simplemente porque «ningún creyente debería morir en la soledad y en el abandono»,^[83] es necesario crear en torno al enfermo una sólida plataforma de relaciones humanas y humanizadoras que lo acompañen y lo abran a la esperanza.

La parábola del Buen Samaritano indica cual debe ser la relación con el prójimo que sufre, que actitudes hay que evitar – indiferencia, apatía, prejuicio, miedo a mancharse las manos, encerrarse en sus propias preocupaciones – y cuales hay que poner en práctica – atención, escucha, comprensión, compasión, discreción.

La invitación a la imitación, «Ve y haz también tú lo mismo» (Lc 10, 37), es una llamada a no subestimar todo el potencial humano de presencia, de disponibilidad, de acogida, de discernimiento, de implicación, que la proximidad hacia quien está en una situación de necesidad exige y que es esencial en el cuidado integral de la persona enferma.

La calidad del amor y del cuidado de las personas en las situaciones críticas y terminales de la vida contribuye a alejar de ellas el terrible y extremo deseo de poner fin a la propia vida. Solo un contexto de calor humano y de fraternidad evangélica es capaz de abrir un horizonte positivo y de sostener al enfermo en la esperanza y en un confiado abandono.

Este acompañamiento forma parte de la ruta definida por los cuidados paliativos y debe incluir al paciente y a su familia.

La familia, desde siempre, ha tenido un papel importante en el cuidado, cuya presencia, apoyo, afecto, constituyen para el enfermo un factor terapéutico esencial. Ella, de hecho, recuerda el Papa Francisco, «ha sido siempre el "hospital" más cercano. Aún hoy, en muchas partes del mundo, el hospital es un privilegio para pocos, y a menudo está distante. Son la mamá, el papá, los hermanos, las hermanas, las abuelas quienes garantizan las atenciones y ayudan a sanar».^[84]

El hacerse cargo del otro o el hacerse cargo de los sufrimientos de otros es una tarea que implica no solo a algunos, sino que abraza la responsabilidad de todos, de toda la comunidad cristiana. San Pablo afirma que, cuando un miembro sufre, todo el cuerpo está sufriendo (cfr. 1 Cor 12, 26) y todo entero se inclina sobre el

miembro enfermo para darle alivio. Cada uno, por su parte, está llamado a ser "siervo del consuelo" frente a las situaciones humanas de desolación y desánimo.

El acompañamiento pastoral reclama el ejercicio de las virtudes humanas y cristianas de la *empatía* (*en-pathos*), de la *compasión* (*cum-passio*), del hacerse cargo del sufrimiento del enfermo compartiéndolo, y del *consuelo* (*cum-solacium*), del entrar en la soledad del otro para hacerle sentirse amado, acogido, acompañado, apoyado.

El ministerio de la escucha y del consuelo que el sacerdote está llamado a ofrecer, haciéndose signo de la solicitud compasiva de Cristo y de la Iglesia, puede y debe tener un papel decisivo. En esta importante misión es extremadamente importante testimoniar y conjugar aquella verdad y caridad con las que la mirada del Buen Pastor no deja de acompañar a todos sus hijos. Dada la importancia de la figura del sacerdote en el acompañamiento humano, pastoral y espiritual de los enfermos en las fases terminales de la vida, es necesario que en su camino de formación esté prevista una preparación actualizada y orientada en este sentido. También es importante que sean formados en este acompañamiento cristiano los médicos y los agentes sanitarios, porque pueden darse circunstancias específicas que hacen muy difícil una adecuada presencia de los sacerdotes a la cabecera del enfermo terminal.

Ser hombres y mujeres expertos en humanidad significa favorecer, a través de las actitudes con las que se cuida del prójimo que sufre, el encuentro con el Señor de la vida, el único capaz de verter, de manera eficaz, sobre las heridas humanas el aceite del consuelo y el vino de la esperanza.

Todo hombre tiene el derecho natural de ser atendido en esta hora suprema según las expresiones de la religión que profesa.

El momento sacramental es siempre el culmen de toda la tarea pastoral de cuidado que lo precede y fuente de todo lo que sigue.

La Iglesia llama sacramentos «de curación»^[85] a la Penitencia y a la Unción de los enfermos, que culminan en la Eucaristía como "viático" para la vida eterna.^[86] Mediante la cercanía de la Iglesia, el enfermo vive la cercanía de Cristo que lo acompaña en el camino hacia la casa del Padre (cfr. Jn 14, 6) y lo ayuda a no caer en la desesperación,^[87] sosteniéndolo en la esperanza, sobre todo cuando el camino se hace más penoso.^[88]

11. *El discernimiento pastoral hacia quien pide la eutanasia o el suicidio asistido*

Un caso del todo especial en el que hoy es necesario reafirmar la enseñanza de la Iglesia es el acompañamiento pastoral de quien ha pedido expresamente la eutanasia o el suicidio asistido. Respecto al sacramento de la Reconciliación, el confesor debe asegurarse que haya contrición, *la cual es necesaria para la validez de la absolución*, y que consiste en el «dolor del alma y detestación del pecado cometido, con propósito de no pecar en adelante».^[89] En nuestro caso nos encontramos ante una persona que, más allá de sus disposiciones subjetivas, ha realizado la elección de un acto gravemente inmoral y persevera en él libremente. Se trata de una manifiesta no-disposición para la recepción de los sacramentos de la Penitencia,^[90] con la absolución, y de la Unción,^[91] así como del Viático.^[92] Podrá recibir tales sacramentos en el momento en el que su disposición a cumplir los pasos concretos permita al ministro concluir que el penitente ha modificado su decisión. Esto implica también que una persona que se haya registrado en una asociación para recibir la eutanasia o el suicidio asistido debe mostrar el propósito de anular tal inscripción, antes de recibir los sacramentos. Se recuerda que la necesidad de posponer la absolución no implica un juicio sobre la imputabilidad de la culpa, porque la responsabilidad personal podría estar disminuida o incluso no existir.^[93] En el caso en el que el paciente estuviese desprovisto de conciencia, el sacerdote podría administrar los sacramentos *sub condicione* si se puede presumir el arrepentimiento a partir de cualquier signo dado con anterioridad por la persona enferma.

Esta posición de la Iglesia no es un signo de falta de acogida al enfermo. De hecho, debe ser el ofrecimiento de una ayuda y de una escucha siempre posible, siempre concedida, junto a una explicación profunda del contenido del sacramento, con el fin de dar a la persona, hasta el último momento, los instrumentos para poder escogerlo y desearlo. La Iglesia está atenta a escrutar los signos de conversión suficientes, para que los fieles puedan pedir razonablemente la recepción de los sacramentos. Se recuerda que posponer la absolución es también un acto medicinal de la Iglesia, dirigido, no a condenar al pecador, sino a persuadirlo y acompañarlo hacia la conversión.

También en el caso en el que una persona no se encuentre en las disposiciones objetivas para recibir los sacramentos, es necesaria una cercanía que invite siempre a la conversión. Sobre todo si la eutanasia, pedida o aceptada, no se lleva a cabo en un breve periodo de tiempo. Se tendrá entonces la posibilidad de un

acompañamiento para hacer renacer la esperanza y modificar la elección errónea, y que el enfermo se abra al acceso a los sacramentos.

Sin embargo, no es admisible por parte de aquellos que asisten espiritualmente a estos enfermos ningún gesto exterior que pueda ser interpretado como una aprobación de la acción eutanásica, como por ejemplo el estar presentes en el instante de su realización. Esta presencia solo puede interpretarse como complicidad. Este principio se refiere de manera particular, pero no solo, a los capellanes de las estructuras sanitarias donde puede practicarse la eutanasia, que no deben dar escándalo mostrándose de algún modo cómplices de la supresión de una vida humana.

12. La reforma del sistema educativo y la formación de los agentes sanitarios

En el contexto social y cultural actual, tan denso en desafíos en relación con la tutela de la vida humana en las fases más críticas de la existencia, el papel de la educación es ineludible. La familia, la escuela, las demás instituciones educativas y las comunidades parroquiales deben trabajar con perseverancia para despertar y madurar aquella sensibilidad hacia el prójimo y su sufrimiento, de la que se ha convertido en símbolo la figura evangélica del Samaritano.^[94]

A las capellanías hospitalarias se les pide ampliar la formación espiritual y moral de los agentes sanitarios, incluidos médicos y personal de enfermería, así como de los grupos de voluntariado hospitalario, para que sepan dar la atención humana y espiritual necesaria en las fases terminales de la vida. El cuidado psicológico y espiritual del paciente durante toda la evolución de la enfermedad debe ser una prioridad para los agentes pastorales y sanitarios, teniendo cuidado de poner en el centro al paciente y a su familia.

Los cuidados paliativos deben difundirse en el mundo y es obligatorio preparar, para tal fin, los cursos universitarios para la formación especializada de los agentes sanitarios. También es prioritaria la difusión de una correcta y meticulosa información sobre la eficacia de los auténticos cuidados paliativos para un acompañamiento digno de la persona hasta la muerte natural. Las instituciones sanitarias de inspiración cristiana deben preparar protocolos para sus agentes sanitarios que incluyan una apropiada asistencia psicológica, moral y espiritual como componente esencial de los cuidados paliativos.

La asistencia humana y espiritual debe volver a entrar en los recorridos formativos académicos de todos los agentes sanitarios y en las prácticas hospitalarias.

Además de todo esto, las estructuras sanitarias y asistenciales deben preparar *modelos de asistencia* psicológica y espiritual para los agentes sanitarios que

tienen a su cargo los pacientes en las fases terminales de la vida humana. *Hacerse cargo de quienes cuidan* es esencial para evitar que sobre los agentes y los médicos recaiga todo el peso (*burn out*) del sufrimiento y de la muerte de los pacientes incurables. Estos tienen necesidad de apoyo y de momentos de discusión y de escucha adecuados para poder procesar no solo valores y emociones, sino también el sentido de la angustia, del sufrimiento y de la muerte en el ámbito de su servicio a la vida. Tienen que poder percibir el sentido profundo de la esperanza y la conciencia que su misión es una verdadera vocación a apoyar y acompañar el misterio de la vida y de la gracia en las fases dolorosas y terminales de la existencia.^[95]

CONCLUSIÓN

El misterio de la Redención del hombre está enraizado de una manera sorprendente en el compromiso amoroso de Dios con el sufrimiento humano. Por eso podemos fiarnos de Dios y transmitir esta certeza en la fe al hombre sufriente y asustado por el dolor y la muerte.

El testimonio cristiano muestra como la esperanza es siempre posible, también en el interior de la cultura del descarte. «La elocuencia de la parábola del buen Samaritano, como también la de todo el Evangelio, es concretamente esta: el hombre debe sentirse *llamado personalmente* a testimoniar el amor en el sufrimiento».^[96]

La Iglesia aprende del Buen Samaritano el cuidado del enfermo terminal y obedece así el mandamiento unido al don de la vida: «*jrespeta, defiende, ama y sirve a la vida, a toda vida humana*».^[97] El evangelio de la vida es un evangelio de la compasión y de la misericordia dirigido al hombre concreto, débil y pecador, para levantarlo, mantenerlo en la vida de la gracia y, si es posible, curarlo de toda posible herida.

No basta, sin embargo, compartir el dolor, es necesario sumergirse en los frutos del Misterio Pascual de Cristo para vencer el pecado y el mal, con la voluntad de «desterrar la miseria ajena como si fuese propia».^[98] Sin embargo, la miseria más grande es la falta de esperanza ante la muerte. Esta es la esperanza anunciada por el testimonio cristiano que, para ser eficaz, debe ser vivida en la fe implicando a todos, familiares, enfermeros, médicos, y la pastoral de las diócesis y de los hospitales católicos, llamados a vivir con fidelidad *el deber de acompañar* a los enfermos en todas las fases de la enfermedad, y en particular, en las fases críticas y terminales de la vida, así como se ha definido en el presente documento.

El Buen Samaritano, que pone en el centro de su corazón el rostro del hermano en dificultad, sabe ver su necesidad, le ofrece todo el bien necesario para levantarlo de la herida de la desolación y abrir en su corazón hendiduras luminosas de esperanza.

El "querer el bien" del Samaritano, que se hace prójimo del hombre herido no con palabras ni con la lengua, sino con los hechos y en la verdad (cfr. 1 Jn 3, 18), toma la forma de cuidado, con el ejemplo de Cristo que pasó haciendo el bien y sanando a todos (cfr. Hch 10, 38).

Curados por Jesús, nos transformamos en hombres y mujeres llamados a anunciar su potencia sanadora, a amar y a hacernos cargo del prójimo como él nos ha enseñado.

Esta vocación al amor y al cuidado del otro,^[99] que lleva consigo ganancias de eternidad, se anuncia de manera explícita por el Señor de la vida en esta paráfrasis del juicio final: recibid en heredad el reino, porque estaba enfermo y me habéis visitado. ¿Cuándo, Señor? Todas las veces que habéis hecho esto con un hermano vuestro más pequeño, a un hermano vuestro que sufre, lo habéis hecho conmigo (cfr. Mt 25, 31-46).

El Sumo Pontífice Francisco, en fecha 25 de junio de 2020 ha aprobado esta Carta, decidida en la Sesión Plenaria de esta Congregación el 29 de enero de 2020, y ha ordenado su publicación.

Dada en Roma, desde la sede de la Congregación para la Doctrina de la Fe, el 14 de julio de 2020, memoria litúrgica de san Camilo de Lelis.

Luis F. Card. Ladaria, S.I.
Prefecto

✠ Giacomo Morandi
Arzobispo Titular de Cerveteri
Secretario

^[1] Misal Romano *reformado por mandato del Concilio Ecuménico Vaticano II, promulgado por la autoridad del papa Pablo VI, revisado por el papa Juan Pablo II*, Conferencia Episcopal Española, Madrid 2017, Prefacio común VIII, p. 515.

^[2] Cfr. Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, Ed. Salterrae, Maliaño (Cantabria – España) 2017, n. 6.

^[3] Benedicto XVI, Carta Enc. *Spes salvi* (30 noviembre 2007), n. 22: AAS 99 (2007), 1004: «Si el progreso técnico no se corresponde con un progreso en la formación ética del hombre, con el crecimiento del hombre interior (cfr. Ef 3, 16; 2 Cor 4, 16), no es un progreso sino una amenaza para el hombre y para el mundo».

^[4] Cfr. Francisco, *Discurso a la Asociación Italiana contra las leucemias-linfomas y mielomas (AIL)* (2 marzo 2019): *L'Osservatore Romano*, 3 marzo 2019, 7.

^[5] Francisco, Exhort. Ap. *Amoris laetitia* (19 marzo 2016), n. 3: AAS 108 (2016), 312.

^[6] Cfr. Conc. Ecum. Vat. II, Const. Past. *Gaudium et spes* (7 diciembre 1965), n. 10: AAS 58 (1966), 1032-1033.

[7] Cfr. Juan Pablo II, Carta Ap. *Salvifici doloris* (11 febrero 1984), n. 4: AAS 76 (1984), 203.

[8] Cfr. Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 144.

[9] Francisco, *Mensaje para la XLVIII Jornada Mundial de las Comunicaciones Sociales* (24 enero 2014): AAS 106 (2014), 114.

[10] Juan Pablo II, Carta Enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 87: AAS 87 (1995), 500.

[11] Cfr. Juan Pablo II, Carta Enc. *Centesimus annus* (1 mayo 1991), n. 37: AAS 83 (1991), 840.

[12] Juan Pablo II, Carta Enc. *Veritatis splendor* (6 agosto 1993), n. 50; AAS 85 (1993), 1173.

[13] Juan Pablo II, *Discurso a los participantes al Congreso Internacional sobre "Los tratamientos de soporte vital y estado vegetativo. Progresos científicos y dilemas éticos"* (20 marzo 2004), n. 7: AAS 96 (2004), 489.

[14] Cfr. Congregación para la Doctrina de la Fe, Carta *Placuit Deo* (22 febrero 2018), n. 6: AAS 110 (2018), 430.

[15] Cfr. Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 9.

[16] Cfr. Pablo VI, *Mensaje en la última sesión pública del Concilio* (7 diciembre 1965): AAS 58 (1966), 55-56.

[17] Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 9.

[18] Congregación para la Doctrina de la Fe, Carta *Placuit Deo* (22 febrero 2018), n. 12: AAS 110 (2018), 433-434.

[19] Francisco, *Discurso a los participantes en la Asamblea Plenaria de la Congregación para la Doctrina de la Fe* (30 enero 2020): *L'Osservatore Romano*, 31 enero 2020, 7.

[20] Benedicto XVI, Carta Enc. *Deus caritas est* (25 diciembre 2005), n. 31: AAS 98 (2006), 245.

[21] Benedicto XVI, Carta Enc. *Caritas in veritate* (29 junio 2009), n. 76: AAS 101 (2009), 707.

[22] Cfr. Juan Pablo II, Carta Enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 49: AAS 87 (1995), 455: «El sentido más verdadero y profundo de la vida: ser *un don que se realiza al darse*».

[23] Conc. Ecum. Vat. II, Const. Dogm. *Dei Verbum* (8 noviembre 1965), n. 2: AAS 58 (1966), 818.

[24] Juan Pablo II, Carta Enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 34: AAS 87 (1995), 438.

[25] Cfr. *Declaración conjunta de las Religiones Monoteístas Abrahámicas sobre las cuestiones del final de la vida*, Ciudad del Vaticano, 28 octubre 2019: «Nos oponemos a cualquier forma de eutanasia –que es el acto directo, deliberado e intencional de quitar la vida – así como al suicidio médicamente asistido – que es el apoyo directo, deliberado e intencional para suicidarse porque contradicen fundamentalmente el valor inalienable de la vida humana y, por lo tanto, son inherente y consecuentemente erróneos desde el punto de vista moral y religioso, y deben ser prohibidos sin excepciones».

[26] Cfr. Francisco, *Discurso al Congreso de la Asociación de Médicos Católicos Italianos en el 70 aniversario de su fundación* (15 noviembre 2014): AAS 106 (2014), 976.

[27] Cfr. Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 1; Congregación para la Doctrina de la Fe, Instr. *Dignitas personae* (8 septiembre 2008), n. 8: AAS 100 (2008), 863.

[28] Francisco, Carta Enc. *Laudato si'* (24 mayo 2015), n. 65: AAS 107 (2015), 873.

[29] Con. Ecum. Vat. II, Const. Past. *Gaudium et spes* (7 diciembre 1965), n. 27: AAS 58 (1966), 1047-1048.

[30] Francisco, *Discurso al Congreso de la Asociación de Médicos Católicos Italianos en el 70 aniversario de su fundación* (15 noviembre 2014): AAS 106 (2014), 976.

[31] Cfr. Francisco, *Discurso a la Federación Nacional de las Ordenes de Médicos Cirujanos y de los Odontólogos* (20 septiembre 2019): *L'Osservatore Romano*, 21 septiembre 2019, 8: «Son formas apresuradas de tratar opciones que no son, como podría parecer, una expresión de la libertad de la persona, cuando incluyen el descarte del enfermo como una posibilidad, o la falsa compasión frente a la petición de que se le ayude a anticipar la muerte».

[32] Congregación para la Doctrina de la Fe, Carta *Placuit Deo* (22 febrero 2018), n. 3: AAS 110 (2018), 428-429; cfr. Francisco, Carta Enc. *Laudato si'* (24 mayo 2015), n.162: AAS 107 (2015), 912.

[33] Benedicto XVI, Carta Enc. *Caritas in veritate* (29 junio 2009), n. 53: AAS 101 (2009), 688: «Una de las pobreza más hondas que el hombre puede experimentar es la soledad. Ciertamente, también las otras pobreza, incluidas las materiales, nacen del aislamiento, del no ser amados o de la dificultad de amar».

[34] Cfr. Francisco, Exhort. Ap. *Evangelii gaudium* (24 noviembre 2013), n. 53: AAS 105 (2013), 1042; se puede ver también: Id., *Discurso a la delegación del Instituto "Dignitatis Humanae"* (7 diciembre 2013): AAS 106 (2014) 14-15; Id., *Encuentro con los ancianos* (28 septiembre 2014): AAS 106 (2014), 759-760.

[35] Cfr. Juan Pablo II, Carta Enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 12: AAS 87 (1995), 414.

[36] Congregación para la Doctrina de la Fe, Declarac. *Iura et bona* (5 mayo 1980), II: AAS 72 (1980), 546.

[37] Juan Pablo II, Carta Enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 65: AAS 87 (1995), 475; cfr. Congregación para la Doctrina de la Fe, Declarac. *Iura et bona* (5 mayo 1980), II: AAS 72 (1980), 546.

[38] Juan Pablo II, Carta Enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 65: AAS 87 (1995), 477. Es una doctrina propuesta de modo definitivo en la cual la Iglesia compromete su infalibilidad: cfr. Congregación para la Doctrina de la Fe, *Nota doctrinal ilustrativa de la fórmula conclusiva de la Professio fidei* (29 junio 1998), n. 11: AAS 90 (1998), 550.

[39] Congregación para la Doctrina de la Fe, Declarac. *Iura et bona* (5 mayo 1980), II: AAS 72 (1980), 546.

[40] Cfr. *Catecismo de la Iglesia Católica*, n. 2286.

[41] Cfr. *ibidem*, nn. 1735 y 2282.

[42] Congregación para la Doctrina de la Fe, Declarac. *Iura et bona* (5 mayo 1980), II: AAS 72 (1980), 546.

[43] Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 169.

[44] Cfr. *ibidem*, n. 170.

[45] Cfr. Juan Pablo II, Carta Enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 72: AAS 87 (1995), 484-485.

[46] Francisco, *Discurso a los participantes en la Asamblea Plenaria de la Congregación para la Doctrina de la Fe* (30 enero 2020): *L'Osservatore Romano*, 31 enero 2020, 7.

[47] Juan Pablo II, Carta Enc. *Veritatis splendor* (6 agosto 1993), n. 15; AAS 85 (1993), 1145.

[48] Cfr. Benedicto XVI, Carta Enc. *Spe salvi* (30 noviembre 2007), nn. 36-37: AAS 99 (2007), 1014-1016.

[49] Congregación para la Doctrina de la Fe, Declarac. *Iura et bona* (5 mayo 1980), II: AAS 72 (1980), 546.

[50] Juan Pablo II, Carta Ap. *Salvifici doloris* (11 febrero 1984), n. 5: AAS 76 (1984), 204.

[51] Cfr. Benedicto XVI, Carta. Enc. *Spe salvi* (30 noviembre 2007), n. 38: AAS 99 (2007), 1016.

[52] Cfr. Juan Pablo II, Carta Ap. *Salvifici doloris* (11 febrero 1984), n. 29: AAS 76 (1984), 244: «No puede el hombre "prójimo" pasar con desinterés ante el sufrimiento ajeno, en nombre de la fundamental solidaridad humana; y mucho menos en nombre del amor al prójimo. Debe "pararse", "conmoverse", actuando como el Samaritano de la parábola evangélica. La parábola en sí expresa una verdad profundamente cristiana, pero a la vez tan universalmente humana».

[53] Congregación para la Doctrina de la Fe, Declarac. *Iura et bona* (5 mayo 1980), IV: AAS 72 (1980), 549-551.

[54] Cfr. *Catecismo de la Iglesia Católica*, n. 2278; Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Carta de los Agentes sanitarios*, Ciudad del Vaticano, 1995, n. 119; Juan Pablo II, Carta Enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 65: AAS 87 (1995), 475; Francisco, *Mensaje a los participantes en la reunión de la región europea de la Asociación Médica Mundial* (7 noviembre 2017): «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»; Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 149.

[55] Cfr. *Catecismo de la Iglesia Católica*, n. 2278; Congregación para la Doctrina de la Fe, Declarac. *Iura et bona* (5 mayo 1980), IV: AAS 72 (1980), 550-551; Juan

Pablo II, Carta Enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 65: AAS 87 (1995), 475; Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 150.

[56] Juan Pablo II, Carta Enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 65: AAS 87 (1995), 476.

[57] Cfr. Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 150.

[58] Cfr. Juan Pablo II, *Discurso a los participantes en un encuentro de estudio sobre la procreación responsable* (5 junio 1987), n.1: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, X/2 (1987), 1962: «Hablar de "conflicto de valores o bienes" y de la consiguiente necesidad de llevar a cabo como una especie de "equilibrio" de los mismos, eligiendo uno y rechazando el otro, no es moralmente correcto».

[59] Cfr. Juan Pablo II, *Discurso a la Asociación de Médicos Católicos Italianos* (28 diciembre 1978): *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, I (1978), 438.

[60] Cfr. Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 150.

[61] Cfr. Congregación para la Doctrina de la Fe, *Respuesta a algunas preguntas de la Conferencia Episcopal Estadounidense acerca de la alimentación y la hidratación artificiales* (1 agosto 2007): AAS 99 (2007), 820.

[62] Cfr. *ibidem*.

[63] Cfr. Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 152: «La alimentación y la hidratación, aun artificialmente administradas, son parte de los tratamientos normales que siempre han de proporcionarse al moribundo, cuando no resulten demasiados gravosos o de ningún beneficio para él. Su indebida suspensión significa verdadera y propia eutanasia. "Suministrar alimento y agua, incluso por vía artificial, es, en principio, un medio ordinario y proporcionado para la conservación de la vida. Por lo tanto, es obligatorio en la medida y mientras se demuestre que cumple su propia finalidad, que consiste en procurar la hidratación y la nutrición del paciente. De este modo se evitan el sufrimiento y la muerte derivados de la inanición y la deshidratación"».

[64] Francisco, *Discurso a la plenaria de la Pontificia Academia para la Vida* (5 marzo 2015): AAS 107 (2015), 274, citando a: Juan Pablo II, Carta Enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 65: AAS 87 (1995), 476. Cfr. *Catecismo de la Iglesia Católica*, n. 2279.

[65] Cfr. [65] Francisco, *Discurso a la Plenaria de la Pontificia Academia para la Vida* (5 marzo 2015): AAS 107 (2015), 275.

[66] Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 147.

[67] Cfr. Juan Pablo II, Carta Ap. *Salvifici doloris* (11 febrero 1984), n. 2: AAS 76 (1984), 202: «El sufrimiento parece pertenecer a la trascendencia del hombre; es uno de esos puntos en los que el hombre está en cierto sentido "destinado" a superarse a sí mismo, y de manera misteriosa es llamado a hacerlo».

[68] Benedicto XVI, Carta. Enc. *Spe salvi* (30 noviembre 2007), n. 38: AAS 99 (2007), 1016.

[69] Cfr. Francisco, Exhort. Ap. *Amoris laetitia* (19 marzo 2016), n. 48: AAS 108 (2016), 330.

[70] C. Saunders, *Velad conmigo. Inspiración para una vida en cuidados paliativos*. Ed. Obra Social de la Caixa, 2011, p. 56.

[71] Francisco, *Discurso a los participantes a la Asamblea Plenaria de la Congregación para la Doctrina de la Fe* (30 enero 2020): *L'Osservatore Romano*, 31 enero 2020, 7.

[72] Cfr. Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 148.

[73] Cfr. Pio XII, *Allocutio. Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie* (24 febrero 1957): AAS 49 (1957) 134-136; Congregación para la Doctrina de la Fe, Declarac. *Iura et bona* (5 mayo 1980), III: AAS 72 (1980), 547; Juan Pablo II, Carta Ap. *Salvifici doloris* (11 febrero 1984), n. 19: AAS 76 (1984), 226.

[74] Cfr. Pio XII, *Allocutio. Iis qui interfuerunt Conventui internationali. Romae habito, a «Collegio Internationali Neuro-Psycho-Pharmacologico » indicto* (9 septiembre 1958): AAS 50 (1958), 694; Congregación para la Doctrina de la Fe, Declarac. *Iura et bona* (5 mayo 1980), III: AAS 72 (1980), 548; *Catecismo de la Iglesia Católica*, n. 2779; Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 155: «Se da, además, la posibilidad de provocar con los analgésicos y los narcóticos la supresión de la conciencia del moribundo. Este uso merece una consideración particular. En presencia de dolores insoportables, resistentes a las terapias analgésicas habituales, en proximidad del momento de la muerte o en la previsión fundada de una crisis particular en ese momento, una seria indicación clínica puede conllevar, con el consentimiento del enfermo,

el suministro de fármacos que suprimen la conciencia. Esta sedación paliativa profunda en la fase terminal, clínicamente fundamentada, puede ser moralmente aceptable siempre que se realice con el consenso del enfermo, se informe a los familiares, se excluya toda intencionalidad eutanásica y el enfermo haya podido satisfacer sus deberes morales, familiares y religiosos: "acercándose a la muerte, los hombres deben estar en condiciones de poder cumplir sus obligaciones morales y familiares y, sobre todo, deben poder prepararse con plena conciencia para el encuentro definitivo con Dios". Por consiguiente, "no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo"».

[75] Cfr. Pio XII, *Allocutio. Trois questions religieuses et morales concernant l'anal-gésie* (24 febrero 1957): AAS 49 (1957) 145; Congregación para la Doctrina de la Fe, *Declarac. Iura et bona* (5 mayo 1980), III: AAS 72 (1980), 548; Juan Pablo II, *Carta Enc. Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 65: AAS 87 (1995), 476.

[76] Cfr. Francisco, *Discurso al Congreso de la Asociación de Médicos Católicos Italianos en el 70 aniversario de su fundación* (15 noviembre 2014): AAS 106 (2014), 978.

[77] Pio XII, *Allocutio. Trois questions religieuses et morales concernant l'anal-gésie* (24 febrero 1957): AAS 49 (1957) 146; Id., *Allocutio. Iis qui interfuerunt Conventui internationali. Romae habito, a «Collegio Internationali Neuro-Psycho-Pharmacologico» indicto* (9 septiembre 1958): AAS 50 (1958), 695; Congregación para la Doctrina de la Fe, *Declarac. Iura et bona* (5 mayo 1980), III: AAS 72 (1980), 548; *Catecismo de la Iglesia Católica*, n. 2779; Juan Pablo II, *Carta Enc. Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 65: AAS 87 (1995), 476; Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 154.

[78] Cfr. Juan Pablo II, *Discurso a los participantes al Congreso Internacional sobre «Los tratamientos de soporte vital y estado vegetativo. Progresos científicos y dilemas éticos»* (20 marzo 2004), n. 3: AAS 96 (2004), 487: «Un hombre, aunque esté gravemente enfermo o se halle impedido en el ejercicio de sus funciones más elevadas, es y será siempre un hombre; jamás se convertirá en un "vegetal" o en un "animal"».

[79] Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, *Nueva carta de los Agentes sanitarios*, n. 151.

[80] *Ibidem*, n. 151; cfr. Juan Pablo II, *Carta Enc. Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 74: AAS 87 (1995), 487.

[81] Cfr. Francisco, *Discurso al Congreso de la Asociación de Médicos Católicos Italianos en el 70 aniversario de su fundación* (15 noviembre 2014): AAS 106 (2014), 977.

[82] Juan Pablo II, Carta Enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 73 AAS 87 (1995), 486.

[83] Benedicto XVI, *Discurso a los participantes al Congreso de la Pontificia Academia para la Vida sobre el tema "Junto al enfermo incurable y al moribundo: orientaciones éticas y operativas"* (25 febrero 2008): AAS 100 (2008), 171.

[84] Francisco, *Audiencia General* (10 junio 2015): *L'Osservatore Romano*, 11 junio 2015, 8.

[85] *Catecismo de la Iglesia Católica*, n. 1420.

[86] Cfr. *Rituale Romanum ex decreto Sacrosancti Oecumenici Concilii Vaticani II instauratum auctoritate Pauli PP. VI promulgatum, Ordo unctionis infirmorum eorumque pastoralis curae, Editio typica, Praenotanda, Typis Polyglotis Vaticanis, Civitate Vaticana 1972*, n. 26; *Catecismo de la Iglesia Católica*, n. 1524.

[87] Francisco, Carta Enc. *Laudato si'* (24 mayo 2015), n. 235: AAS 107 (2015), 939.

[88] Cfr. Juan Pablo II, Carta Enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 67: AAS 87 (1995), 478-479.

[89] Concilio de Trento, Ses. XIV, *De sacramento penitentiae*, cap. 4: DH 1676.

[90] Cfr. *CIC*, can. 987.

[91] Cfr. *CIC*, can. 1007: «No se dé la unción de los enfermos a quienes persisten obstinadamente en un pecado grave manifiesto».

[92] Cfr. *CIC*, can. 915 y can. 843 § 1.

[93] Cfr. Congregación para la Doctrina de la Fe, *Declarac. Iura et bona* (5 mayo 1980), II: AAS 72 (1980), 546.

[94] Cfr. Juan Pablo II, Carta Ap. *Salvifici doloris* (11 febrero 1984), n. 29: AAS 76 (1984), 244-246.

[95] Cfr. Francisco, *Discurso a los presidentes de los Colegios de Médicos de España e Hispanoamérica* (9 junio 2016): AAS108 (2016), 727-728. «La fragilidad el dolor y la enfermedad son una dura prueba para todos, también para el personal médico, son un llamado a la paciencia, al padecer-con; por ello no se puede ceder a la tentación funcionalista de aplicar soluciones rápidas y drásticas, movidos por

una falsa compasión o por meros criterios de eficacia y ahorro económico. Está en juego la dignidad de la vida humana; está en juego la dignidad de la vocación médica».

^[96] Juan Pablo II, Carta Ap. *Salvifici doloris* (11 febrero 1984), n. 29: AAS 76 (1984), 246.

^[97] Juan Pablo II, Carta Enc. *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), n. 5: AAS 87 (1995), 407.

^[98] Santo Tomás de Aquino, *Summa Theologiae*, I, q. 21, a. 3.

^[99] Cfr. Benedicto XVI, Carta. Enc. *Spe salvi* (30 noviembre 2007), n. 39: AAS 99 (2007), 1016: «Sufrir con el otro, por los otros; sufrir por amor de la verdad y de la justicia; sufrir a causa del amor y con el fin de convertirse en una persona que ama realmente, son elementos fundamentales de humanidad, cuya pérdida destruiría al hombre mismo».

MENSAJE DEL SANTO PADRE FRANCISCO PARA LA XXIX JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO

Roma, 20 de diciembre de 2020

Uno solo es vuestro Maestro y todos vosotros sois hermanos (Mt 23,8). La relación de confianza, fundamento del cuidado del enfermo

Queridos hermanos y hermanas:

La celebración de la 29.a Jornada Mundial del Enfermo, que tendrá lugar el 11 de febrero de 2021, memoria de la Bienaventurada Virgen María de Lourdes, es un momento propicio para brindar una atención especial a las personas enfermas y a quienes cuidan de ellas, tanto en los lugares destinados a su asistencia como en el seno de las familias y las comunidades. Pienso, en particular, en quienes sufren en todo el mundo los efectos de la pandemia del coronavirus. A todos, especialmente a los más pobres y marginados, les expreso mi cercanía espiritual, al mismo tiempo que les aseguro la solicitud y el afecto de la Iglesia.

1. El tema de esta Jornada se inspira en el pasaje evangélico en el que Jesús critica la hipocresía de quienes dicen, pero no hacen (cf. Mt 23,1-12). Cuando la fe se limita a ejercicios verbales estériles, sin involucrarse en la historia y las necesidades del prójimo, la coherencia entre el credo profesado y la vida real se debilita. El riesgo es grave; por este motivo, Jesús usa expresiones fuertes, para advertirnos del peligro de caer en la idolatría de nosotros mismos, y afirma: «Uno solo es vuestro maestro y todos vosotros sois hermanos» (v. 8).

La crítica que Jesús dirige a quienes «dicen, pero no hacen» (v. 3) es beneficiosa, siempre y para todos, porque nadie es inmune al mal de la hipocresía, un mal muy grave, cuyo efecto es impedirnos florecer como hijos del único Padre, llamados a vivir una fraternidad universal.

Ante la condición de necesidad de un hermano o una hermana, Jesús nos muestra un modelo de comportamiento totalmente opuesto a la hipocresía. Propone detenerse, escuchar, establecer una relación directa y personal con el otro, sentir empatía y conmoción por él o por ella, dejarse involucrar en su sufrimiento hasta llegar a hacerse cargo de él por medio del servicio (cf. Lc 10,30-35).

2. La experiencia de la enfermedad hace que sintamos nuestra propia vulnerabilidad y, al mismo tiempo, la necesidad innata del otro. Nuestra condición de criaturas se vuelve aún más nítida y experimentamos de modo evidente nuestra dependencia de Dios. Efectivamente, cuando estamos enfermos, la incertidumbre, el temor y a veces la consternación, se apoderan de la mente y del corazón; nos encontramos en una situación de impotencia, porque nuestra salud no depende de nuestras capacidades o de que nos "angustiemos" (cf. Mt 6,27).

La enfermedad impone una pregunta por el sentido, que en la fe se dirige a Dios; una pregunta que busca un nuevo significado y una nueva dirección para la existencia, y que a veces puede ser que no encuentre una respuesta inmediata. Nuestros mismos amigos y familiares no siempre pueden ayudarnos en esta búsqueda trabajosa.

A este respecto, la figura bíblica de Job es emblemática. Su mujer y sus amigos no son capaces de acompañarlo en su desventura, es más, lo acusan aumentando en él la soledad y el desconcierto. Job cae en un estado de abandono e incompreensión. Pero precisamente por medio de esta extrema fragilidad, rechazando toda hipocresía y eligiendo el camino de la sinceridad con Dios y con los demás, hace llegar su grito insistente a Dios, que al final responde, abriéndole un nuevo horizonte. Le confirma que su sufrimiento no es una condena o un castigo, tampoco es un estado de lejanía de Dios o un signo de su indiferencia. Así, del corazón herido y sanado de Job, brota esa conmovida declaración al Señor, que resuena con energía: «Te conocía sólo de oídas, pero ahora te han visto mis ojos» (42,5).

3. La enfermedad siempre tiene un rostro, incluso más de uno: tiene el rostro de cada enfermo y enferma, también de quienes se sienten ignorados, excluidos, víctimas de injusticias sociales que niegan sus derechos fundamentales (cf. Carta enc. Fratelli tutti, 22). La pandemia actual ha sacado a la luz numerosas insuficiencias de los sistemas sanitarios y carencias en la atención de las personas en-

fermas. Los ancianos, los más débiles y vulnerables no siempre tienen garantizado el acceso a los tratamientos, y no siempre es de manera equitativa. Esto depende de las decisiones políticas, del modo de administrar los recursos y del compromiso de quienes ocupan cargos de responsabilidad. Invertir recursos en el cuidado y la atención a las personas enfermas es una prioridad vinculada a un principio: la salud es un bien común primario. Al mismo tiempo, la pandemia ha puesto también de relieve la entrega y la generosidad de agentes sanitarios, voluntarios, trabajadores y trabajadoras, sacerdotes, religiosos y religiosas que, con profesionalidad, abnegación, sentido de responsabilidad y amor al prójimo han ayudado, cuidado, consolado y servido a tantos enfermos y a sus familiares. Una multitud silenciosa de hombres y mujeres que han decidido mirar esos rostros, haciéndose cargo de las heridas de los pacientes, que sentían prójimos por el hecho de pertenecer a la misma familia humana.

La cercanía, de hecho, es un bálsamo muy valioso, que brinda apoyo y consuelo a quien sufre en la enfermedad. Como cristianos, vivimos la proximidad como expresión del amor de Jesucristo, el buen Samaritano, que con compasión se ha hecho cercano a todo ser humano, herido por el pecado. Unidos a Él por la acción del Espíritu Santo, estamos llamados a ser misericordiosos como el Padre y a amar, en particular, a los hermanos enfermos, débiles y que sufren (cf. Jn 13,34-35). Y vivimos esta cercanía, no sólo de manera personal, sino también de forma comunitaria: en efecto, el amor fraterno en Cristo genera una comunidad capaz de sanar, que no abandona a nadie, que incluye y acoge sobre todo a los más frágiles.

A este respecto, deseo recordar la importancia de la solidaridad fraterna, que se expresa de modo concreto en el servicio y que puede asumir formas muy diferentes, todas orientadas a sostener al prójimo. «Servir significa cuidar a los frágiles de nuestras familias, de nuestra sociedad, de nuestro pueblo» (Homilía en La Habana, 20 septiembre 2015). En este compromiso cada uno es capaz de «dejar de lado sus búsquedas, afanes, deseos de omnipotencia ante la mirada concreta de los más frágiles. [...] El servicio siempre mira el rostro del hermano, toca su carne, siente su proximidad y hasta en algunos casos la "padece" y busca la promoción del hermano. Por eso nunca el servicio es ideológico, ya que no se sirve a ideas, sino que se sirve a personas» (ibíd.).

4. Para que haya una buena terapia, es decisivo el aspecto relacional, mediante el que se puede adoptar un enfoque holístico hacia la persona enferma. Dar valor a este aspecto también ayuda a los médicos, los enfermeros, los profesionales y los voluntarios a hacerse cargo de aquellos que sufren para acompañarles en un camino de curación, gracias a una relación interpersonal de confianza (cf. Nueva

Carta de los agentes sanitarios [2016], 4). Se trata, por lo tanto, de establecer un pacto entre los necesitados de cuidados y quienes los cuidan; un pacto basado en la confianza y el respeto mutuos, en la sinceridad, en la disponibilidad, para superar toda barrera defensiva, poner en el centro la dignidad del enfermo, tutelar la profesionalidad de los agentes sanitarios y mantener una buena relación con las familias de los pacientes.

Precisamente esta relación con la persona enferma encuentra una fuente inagotable de motivación y de fuerza en la caridad de Cristo, como demuestra el testimonio milenario de hombres y mujeres que se han santificado sirviendo a los enfermos. En efecto, del misterio de la muerte y resurrección de Cristo brota el amor que puede dar un sentido pleno tanto a la condición del paciente como a la de quien cuida de él. El Evangelio lo testimonia muchas veces, mostrando que las curaciones que hacía Jesús nunca son gestos mágicos, sino que siempre son fruto de un encuentro, de una relación interpersonal, en la que al don de Dios que ofrece Jesús le corresponde la fe de quien lo acoge, como resume la palabra que Jesús repite a menudo: "Tu fe te ha salvado".

5. Queridos hermanos y hermanas: El mandamiento del amor, que Jesús dejó a sus discípulos, también encuentra una realización concreta en la relación con los enfermos. Una sociedad es tanto más humana cuanto más sabe cuidar a sus miembros frágiles y que más sufren, y sabe hacerlo con eficiencia animada por el amor fraterno. Caminemos hacia esta meta, procurando que nadie se quede solo, que nadie se sienta excluido ni abandonado.

Le encomiendo a María, Madre de misericordia y Salud de los enfermos, todas las personas enfermas, los agentes sanitarios y quienes se prodigan al lado de los que sufren. Que Ella, desde la Gruta de Lourdes y desde los innumerables santuarios que se le han dedicado en todo el mundo, sostenga nuestra fe y nuestra esperanza, y nos ayude a cuidarnos unos a otros con amor fraterno. A todos y cada uno les imparto de corazón mi bendición.

Roma, San Juan de Letrán, 20 de diciembre de 2020, cuarto domingo de Adviento.

Francisco