

VIDA Y ÉTICA

Publicación semestral del Instituto de Bioética

- **COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE**
- **DEBERES, EXENCIONES Y RESPONSABILIDADES EN LA PRÁCTICA MÉDICA SEGÚN LA BIOÉTICA JUDÍA**
- **LA ENTIDAD DE LA VERDAD EN LA DONACIÓN DE SANGRE: ANÁLISIS DESDE LA BIOÉTICA PERSONALISTA (RESUMEN DE TESIS)**
- **PERSONA HUMANA, DERECHO A LA VIDA Y DIGNIDAD EN EL DEBATE DE LA LEY DE ABORTO**
- **EUTANASIA. REFLEXIONES SOBRE ASPECTOS ÉTICOS Y ANTROPOLÓGICOS**

ISSN 1515-6850



UCA

AÑO 22

N° 2

DICIEMBRE 2021

VIDA Y ÉTICA

A Ñ O 2 2

N ° 2

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

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

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. 27

pág. 51

pág. 97

OPINION
Y COMENTARIOS *pág. 119*

DOCUMENTOS
NACIONALES *pág. 141*

DOCUMENTOS
INTERNACIONALES *pág. 147*

pág. 153

pág. 157

pág. 161

COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Mg. Lic. María de la Victoria Rosales

DEBERES, EXENCIONES Y RESPONSABILIDADES EN LA PRÁCTICA MÉDICA SEGÚN LA BIOÉTICA JUDÍA

Rabino Dr. Fishel Szlajen

LA ENTIDAD DE LA VERDAD EN LA DONACIÓN DE SANGRE: ANÁLISIS DESDE LA BIOÉTICA PERSONALISTA (RESUMEN DE TESIS)

Mg. Dra. Silvia Birnenbaum

PERSONA HUMANA, DERECHO A LA VIDA Y DIGNIDAD EN EL DEBATE DE LA LEY DE ABORTO

Dr. Jorge Nicolás Lafferriere

EUTANASIA. REFLEXIONES SOBRE ASPECTOS ÉTICOS Y ANTROPOLÓGICOS

Mg. Gilberto A. Gamboa Bernal

DROGAS Y ADICCIONES - UN OBSTÁCULO PARA EL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL

Familia Grande Hogar de Cristo, Cáritas Argentina y la Comisión Nacional de Pastoral de Adicciones y Dragadependencia (Argentina)

DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LA ASAMBLEA PLENARIA DE LA PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA

Santo Padre Francisco

MENSAJE DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LOS PARTICIPANTES EN LA COP26

Santo Padre Francisco

DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO DURANTE EL ACTO ACADÉMICO PARA LA INSTITUCIÓN DEL CICLO DE ESTUDIOS SOBRE "EL CUIDADO DE NUESTRA CASA COMÚN Y LA PROTECCIÓN DE LA CREACIÓN" Y LA CÁTEDRA UNESCO "ON FUTURES OF EDUCATION FOR SUSTAINABILITY"

Santo Padre Francisco

VACUNA PARA TODOS. 20 PUNTOS PARA UN MUNDO MÁS JUSTO Y SANO

Comisión Vaticana Covid-19 en colaboración con la Academia Pontificia para la Vida

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
Mg. Dr. Lenin de Janon Quevedo

Director
Instituto de Bioética
Pbro. Lic. Rubén Revello

Coordinador
Instituto de Bioética
Mg. Dr. Gerardo Perazzo

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

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

VIDA Y ÉTICA COMITÉ CIENTÍFICO

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

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



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

EDITORIAL

Queridos lectores, nos reencontramos después de enfrentar una ola más de la pandemia COVID 19, que en sus diversas cepas y mutaciones, castiga al mundo con sus secuelas de muertos y enfermos. Los procesos de vacunación y la creciente adhesión a las vacunas por parte de la población, empiezan a hacer notar sus efectos positivos.

Respecto de las vacunas en éste número en el apartado de Documentos internacionales les ofrecemos los resultados de la Comisión Vaticana COVID 19, en colaboración con la Pontificia Academia para la Vida. Los frutos de esa cooperación se plasmaron en un documento denominado "***Vacunas para todos. 20 puntos para un mundo más justo y sano***" donde se presenta la conveniencia de vacunarse, la responsabilidad individual frente al bien común, la recomendación de asistir a los países en vías de desarrollo con vacunas y, al mismo tiempo, el respeto de las personas que deciden no vacunarse.

Entre los artículos que podrán profundizar en este número hallaran un resumen de la tesis de nuestra investigadora, la Mg Dra. Silvia Birnenbaum, sobre un tema bioético complejo referido a su especialidad: la donación de sangre y la verdad del donante. La autora propone la condición insustituible del testimonio del donante y la veracidad de sus respuestas para una correcta y eficaz donación.

Otro tema que refiere a la Alianza médico-paciente, es el que presenta la Mg. Lic. Maria de la Victoria Rosales, ahora centrándose en la comunicación entre ambos. Todos sabemos que la calidad de esa comunicación influye directamente en la adhesión a los tratamientos, a la confianza mutua, a la vez que evita desentendimientos y conflictos legales. Este artículo es un verdadero aporte que habrá de interesar tanto a profesionales de la salud como a sus pacientes.

El Rabino Dr. Fishel Szlajen, una vez más colabora con nuestra revista develando la milenaria práctica de la medicina de raíces judías. Las distinciones propias ente responsabilidades, deberes y exenciones quedan expuestas con maestría por el autor del artículo.

En ésta edición hemos recibido la contribución de Mg. Gilberto Gamboa Bernal, sobre un tema que cobró rápida actualidad en los países de América Latina, la Eutanasia. Es importante el trabajo referido, por la búsqueda que su autor hace de los fundamentos mismos para elaborar una base sólida que responda a quienes propongan esa posibilidad.

Dentro de los documentos nacionales, consideramos que el comunicado de la Conferencia Episcopal Argentina sobre las drogas y adicciones, en un momento

donde se intentó la legalización del consumo de ciertas drogas, fue más que oportuno en su aparición. Además presenta un tono profético claro, advirtiendo que nunca puede ser parte del desarrollo de una persona o de una sociedad, el hecho de liberar el consumo de cualquier forma de estupefaciente.

Notarán también un nutrido aporte de los documentos del magisterio ordinario del Sumo Pontífice, Francisco. Es destacar el discurso ante los miembros de la Pontificia Academia para la Vida. El Santo Padre tiñe todo su discurso con el tema de la pandemia y se centra en la justicia social que significa la distribución de vacunas, sobre todo en las naciones más desprotegidas, así como las diversas realidades de Salud Pública básica que deben ser tenidas en cuenta (el acceso al agua potable o a una vivienda digna en lugares donde la miseria campea entre los habitantes de esas zonas).

También retoma el tema de la ecología que había planteado en la encíclica *Laudato Si*, en ocasión de un discurso sobre el cuidado de la casa común y la protección de la creación. El Papa Francisco nos recuerda la responsabilidad que nos corresponde como humanos y los necesarios cambios que debemos implementar para seguir compartiendo el don de Dios que es la Creación.

Como ustedes pueden apreciar, es mucho el material por desarrollar y los temas de este número son un verdadero desafío para quienes están interesados en profundizar temas de gran actualidad, sea para coincidir o para sentirse desafiado a defender una postura en contrario.

En definitiva, la bioética se basa en el diálogo fundamentado de las diversas disciplinas con el único objetivo de poner de manifiesto la verdad y el bien.

Pbro. Lic. Rubén Revello
Director

COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE

Fecha de recepción: 23/08/2021

Fecha de aceptación: 20/09/2021

Mg. Lic. María de la Victoria Rosales

Contacto: mariarosales@uca.edu.ar

- Jefa del Servicio de Salud Mental y Coordinadora del Comité de Bioética Clínica del HZGA Mi Pueblo de Florencio Varela, Buenos Aires. Argentina.

Palabras clave

- Relación médico-paciente
- Comunicación
- Libertad y Responsabilidad

Key words

- Doctor-patient relationship
- Communication
- Freedom and Responsibility

RESUMEN

La relación médico-paciente es considerada piedra angular de la práctica clínica. Para establecerla adecuadamente y abordar no solo la dimensión física, sino también la dimensión psíquica y espiritual de la persona, se requieren capacidad, maestría y arte por parte del médico para poder interactuar y establecer el diálogo con su paciente. En este trabajo se revisa la importancia de implementar acciones tales como transmitir confianza y seguridad, demostrar paciencia y cortesía, asegurar la privacidad y la confidencialidad, respetar la intimidad del paciente. La relación médico paciente se describe medular en la profesión médica, y se le reconoce el poder de movilizar fuerzas humanas como la fe, la esperanza y la fortaleza moral, para lograr la aceptación de la adversidad que representa el estar enfermo. Se señala la importancia de informar al paciente su condición de salud, diagnóstico, pronóstico y tratamiento indicado, considerando que esta obligación no transfiere al paciente la responsabilidad por el acto médico, sino que le da la posibilidad de interferir en el tratamiento, opinar sobre lo que se hará con su cuerpo y, consecuentemente, hacer elecciones que van a definir su calidad de vida.

ABSTRACT

The doctor-patient relationship is considered the cornerstone of clinical practice. Establishing it properly requires not only review the physical dimension, but also the psychic and spiritual dimension of the person, the ability, expertise and art of the physician to interact and establish dialogue with his patient. This paper reviews the importance of implementing actions such as transmitting trust and security, demonstrating patience and courtesy, ensuring privacy and confidentiality, respecting the privacy of the patient. The doctor-patient relationship is described in the medical profession, and it is recognized the power to mobilize human forces such as faith, hope and moral strength, to achieve acceptance of the adversity represented by being sick. Points out the importance of informing the patient of his or her health condition, diagnosis, prognosis and treatment indicated, considering that this obligation does not transfer responsibility for the medical act to the patient, but gives the patient the possibility of interfering in the treatment, to have an opinion on what will be done with his body and, consequently, to make choices that will define his quality of life.

INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente es considerada piedra angular de la práctica clínica. Para establecerla adecuadamente se requieren capacidad, maestría y arte por parte del médico para poder interactuar y establecer el diálogo con el paciente, obtener la información que necesita, realizar la exploración física, incluso disponer del consentimiento informado. Esta es una forma específica de asistencia y ayuda, con características de motivación y técnicas interhumanas. Es el escenario donde se buscará el cuidado de la persona, ubicándola en el centro, cuidando no solo su dimensión física sino también los aspectos psíquicos y espirituales. En el ámbito de una buena comunicación entre el médico y su paciente, ocurre una interrelación decisiva para la práctica médica y por eso saber cómo establecer una buena relación con el paciente, resulta imprescindible en la formación integral del profesional de la salud; ya que además de comportamientos inteligentes de solidaridad, altruismo y seguridad, implica deberes y derechos, necesidad y dependencia respecto del paciente. (1) Con respecto a los modos personales de desplegar este vínculo, se indica la importancia de implementar acciones tales como transmitir confianza y seguridad, demostrar paciencia y cortesía, asegurar la privacidad y la confidencialidad, respetar la intimidad del paciente. La relación médico paciente suscita un gran interés no solo por ser concebida como medular en la profesión médica, sino también porque se le reconoce el poder de movilizar fuerzas humanas como la fe, la esperanza y la fortaleza moral, entre otras, para lograr la aceptación de la adversidad que representa el estar enfermo. (2)

RELACIÓN MÉDICO -PACIENTE

Son muchos los factores que influyen actualmente en la comunicación del médico con su paciente. La relación que se establece entre ambos ha cambiado y evolucionado significativamente. En el diálogo con su paciente el médico interviene con sus propias características y cualidades, pero también con sus incertidumbres y deficiencias como ser humano, es esperable que se aproxime al enfermo con la noble intención de ayudarlo, comprenderlo y con la certeza de respetarlo dentro de su vulnerabilidad. Lograr el equilibrio no siempre resulta fácil. Se requiere del médico, la suficiente amplitud como para manejar en partes iguales la biología de la enfermedad como el reconocimiento en toda la dimensión humana de la persona que tiene delante. En esa relación de ayuda se espera que exista profesionalidad, escucha activa y actitud compasiva para poder convertirse en el mejor guía, consejero o asesor clínico posible. (3)

La complejidad de la relación médico paciente surge a partir del desequilibrio que ocurre en la persona con respecto al medio, que lo coloca en un rol de enfermo que requiere de la atención especializada del profesional de la salud. La significación que la enfermedad tiene para el paciente, las actitudes que tengan tanto el médico como el enfermo durante esta relación terapéutica, las necesidades y conflictos, la satisfacción y la confianza del paciente pueden ser determinantes del éxito terapéutico y modifican directamente el cumplimiento de las prescripciones y la adherencia a los tratamientos. En los casos de enfermedades crónicas, la acción del médico está dirigida a orientar al paciente en relación con su enfermedad y a la forma en que debe seguir su tratamiento para una mayor efectividad. Es importante destacar que no siempre el paciente necesita la presencia del médico para manejar su enfermedad y que ésta se encuentre bajo control y equilibrada. (4) La comunicación entre el médico y su paciente puede considerarse como un sistema que reúne e integra al paciente, el médico y la enfermedad y se incluye también a la familia y la comunidad.

En el establecimiento de la relación médico- paciente, hay inicialmente un momento operativo que incluye la acción médica, que se extiende desde la recepción del paciente hasta el alta médica, una vez que se ha cumplido el objetivo de la intervención. Este momento puede culminar con el éxito terapéutico, con el alivio o con el fracaso, lo que será condicionante del tercer momento, denominado momento afectivo; en donde ocurren tres formas de vinculación afectiva entre médico y paciente: la camaradería médica, la transferencia y contratransferencia y la amistad médica en sentido estricto. Esta afectividad está condicionada por la satisfacción del paciente y por el grado de confianza que haya alcanzado la relación. (5) Otro momento importante en el establecimiento de una buena relación, es el ético religioso: donde se tratan aspectos relacionados a la espiritualidad y están relacionados tanto con el médico como con el paciente (6), en tanto se trata de un encuentro clínico, que ocurre entre dos personas distintas, relacionadas una con la otra, a través de la responsabilidad y el respeto mutuos.

Entre los componentes de una comunicación adecuada y efectiva se encuentra el hecho de que el médico identifique los problemas de su paciente con mayor precisión, lo cual es beneficioso para el desarrollo de la enfermedad y el tratamiento que inicia, pero también para mejorar el nivel de satisfacción de ambos actores de la relación. Por otro lado, la comunicación entre el médico y el paciente ayudan a mejorar los aspectos psicológicos de la atención y a que disminuyan a la par las molestias físicas. Aunque son pocos, existen estudios, incluyendo ensayos randomizados, que muestran que mejorando la comunicación en aspectos específicos también mejoran los resultados fisiológicos. (7) (8)

Establecer un terreno común en esta comunicación adecuada, es fundamental para establecer la confianza del paciente y la precisión diagnóstica del médico. Se trata del establecimiento de una identificación recíproca que se desarrolla cuando el profesional y la persona enferma alcanzan un entendimiento mutuo. Las tomas de decisiones en forma compartida también entran en este tipo de vínculo. Alcanzar un acuerdo previo en relación a la enfermedad y cómo tratarla, mejoraría además la evolución de los controles y las derivaciones. En lo que se refiere a la atención médica, se pasó desde un enfoque centrado en la "tarea" del médico a un enfoque centrado en el paciente y más recientemente a un enfoque centrado en la relación entre ambos. (9)

Son consideradas tareas de la entrevista médica, construir la relación, dar estructura a la entrevista y al tratamiento ofrecido, recoger información, explicar y planificar. Esto favorece el establecimiento de una comunicación efectiva que ha sido descrita por Kurtz, fundada en cinco principios, y se trata de aquella comunicación que

1. Asegura una interacción en vez de una transmisión directa o simple entrega de información. Hay aquí intercambio y feedback entre médico y paciente, es posible intercambiar preguntas y respuestas, aclaraciones, dudas.
2. Reduce la incertidumbre innecesaria, ya que la incertidumbre distrae la atención e interfiere con la precisión, la eficiencia y la relación con el médico, esto le permitirá al paciente saber cuándo y cómo se llevará a cabo la entrevista y al médico, conocer las expectativas del paciente.
3. Requiere planificación basada en los resultados que se buscan. La efectividad e un tratamiento solo se puede determinar en el contexto de los resultados que tanto el paciente como el médico buscan.
4. Demuestra dinamismo, ya que el médico reacciona frente a la conducta del paciente, y se requiere la flexibilidad implícita por parte de ambos para adaptarse a cambios y diferentes modos de abordaje para un mismo problema.
5. Sigue un movimiento helicoidal más que lineal, porque llegar y hacer no es suficiente; para lograr una comprensión completa y precisa se tendrá que volver sobre la información, arribando cada vez a un modo de comprensión diferente. Una comunicación efectiva implicará repetición, reiteración, recorridos que, si bien se repiten, tendrán lo novedoso de cada nuevo recorrido emprendido. (10)

El vínculo construido sobre la base de la buena comunicación entre médico y paciente puede también recuperar valores que a veces podrían perderse. La búsqueda de verdad y de sentido, las emociones y la empatía pueden ser exaltadas y cultivadas por la habilidad empática y la sensibilidad moral del médico que ofrece su ciencia para ayudar a la persona que sufre. La relación asistencial implica actos de interpretación, una hermenéutica, que no comprende sólo lo biológico, sino lo biográfico y lo axiológico. Una misma historia de enfermedad da lugar a distintas historias clínicas, a interpretaciones quizás opuestas, a dispares diagnósticos, a una disímil jerarquización de hechos y valores que dependen de quién es el que escucha.

La forma de relacionarse entre el médico y el enfermo ha cambiado significativamente en los últimos años. En otro tiempo era costumbre pensar a la persona enferma en una posición de sufrimiento e invalidez, dependiente y vulnerable, desvalida no solo físicamente sino también emocionalmente, incapaz por lo tanto de tomar decisiones complejas; el médico era ubicado en el lugar de guía, dueño de decidir en el lugar de su paciente, dueño del saber para determinar e indicar el mejor tratamiento. (11)

Las publicaciones distinguen tres períodos en la conceptualización de la relación médico paciente; el del paternalismo médico, caracterizado como aquel en el que existe confianza absoluta en el médico, tanto en su capacidad técnica como moral y que además es considerado como el único responsable de las decisiones en el tratamiento del paciente; el segundo periodo enfatiza la autonomía del paciente, inicia con el surgimiento del primer código de derechos de los pacientes, donde el primer deber del médico es la información. Es el periodo que introduce el consentimiento informado y que produce un fuerte impacto de la autonomía del paciente. Por último, el periodo denominado de la burocracia es aquel en el que se le exige al médico, no solo eficacia en tratar a su paciente sino también eficiencia en gestionar bien los recursos sanitarios. Los datos más actuales sobre la temática dejan ver como la valoración del quehacer del médico queda detrás del avance tecnológico, atentando este en contra de la relación humana médico-paciente. (12)

Se ha señalado que la importancia del cambio de modelo no radica solo en el respeto que se debe tener a la persona, sino que también en los mejores resultados de la eficacia terapéutica que conlleva la adopción de modelos centrados en el paciente, basados en la comunicación y el desarrollo de procesos compartidos. Es una conclusión probada que la participación del paciente en la toma de decisiones terapéuticas mejora la eficiencia terapéutica y que la ausencia de comunicación,

información y soporte emocional, influyen en el comportamiento del paciente respecto a su patología. (12)

La relación médico paciente es considerada muy relevante en el proceso diagnóstico físico y psíquico. Esta dimensión es estudiada en nuestros días, para reforzar el rol del médico en las entrevistas clínicas, en los interrogatorios y anamnesis. El establecimiento de una buena relación médico paciente proporciona información relevante en el diagnóstico de enfermedades y su estudio se fundamenta en la preocupación auténtica del médico por los padecimientos del paciente apoyándose en el lenguaje verbal y corporal, en la empatía, el contexto sociocultural, el carisma y las habilidades de comunicación. Varios autores han considerado que la conversación con el enfermo es muy importante para arribar a un correcto diagnóstico y establecer un tratamiento determinado. El valor de la palabra, se destaca como un instrumento principal en esta comunicación, lo que se dice y como se dice, ejerce una gran influencia sobre la persona que consulta, por lo cual se recomienda una valoración individualizada de cada entrevista; asignándole a esta última el papel de la herramienta diagnóstica más poderosa. (13) Se requiere que sea una relación que permita entrevistas espontáneas, realizadas con libertad, bien dirigidas y orientadas por el médico, propiciadas en un ambiente adecuado y con la debida privacidad. En la misma línea, otros autores señalan que, si el interés es establecer una buena relación con el paciente, es preciso dejar hablar a la persona enferma, dedicarle el tiempo razonablemente necesario y mostrar un interés real por su problema de salud. (14) Destacan las actitudes que individualicen a las personas que son recibidas en una consulta médica ya que estas permiten detectar como cada persona imprime a sus síntomas y signos, un sello único e irrepitible, personal y exclusivo.

Los autores que actualmente investigan sobre la relación médico paciente, enfatizan que cada enfermo y cada visita es diferente, por lo tanto, es considerado de utilidad, aprender a abordarla y controlarla lo mejor posible para alcanzar una valoración clínica correcta. Hoy participan de esta perspectiva otros profesionales que pertenecen al equipo de salud, como por ejemplo el psicólogo en el proceso de interconsulta. El lenguaje corporal con sus expresiones gestuales y posturales, suele indicar cuánto se sabe escuchar y muchas veces de cómo puede lograrse que la entrevista clínica avance en el terreno de la comunicación o retroceda completamente en cuanto a la utilidad de continuarla; la entonación y las inflexiones de la voz, la mirada, la mímica, los silencios y el contacto manual, por citar algunos elementos cardinales, son formas de comunicación que desempeñan una función primordial en la relación mencionada. (15)

ADECUADA COMUNICACIÓN

Los estudios más recientes enfatizan la comunicación empática en el trato con el paciente, indican que colocarse en el lugar del enfermo representa una actitud que favorece el respeto y dignifica la relación personalizada y tiñe de singularidad cada encuentro. El interés de los estudios sobre la relación médico paciente subrayan la necesidad de que estén presentes en el profesional cualidades y actitudes que inspiren confianza, simpatía, seriedad y prudencia. Con respecto a la forma de hablar, se espera que sea sosegado, que hable claro y preciso. Que exista un buen manejo del humor, que las intervenciones sean cordiales y afectuosas, naturales, sencillas, cooperativas y espontáneas. Si esto ocurre, se refleja en el profesional un interés sincero por los problemas de salud del paciente y eso a su vez, lo hará actuar con cautela al indagar sobre su intimidad y al reflexionar sobre los desajustes ocurridos durante la entrevista. (16) (17) (18)

Por otro lado, es subrayada la importancia de tomar en cuenta también la percepción y el sentir del médico, tan importante como la del paciente para lograr la empatía necesaria para la cura de la enfermedad. Por parte del médico debe conocer su carácter, sus debilidades, su nivel de información, su capacidad resolutoria del problema y cuando debe recurrir a otro colega. Se infiere que se trata de entablar con el enfermo una relación temporal, psicológica, fraterna y profesional, que jamás pueda ser sustituida por un vínculo impersonal a través de los procedimientos técnicos o el uso de la comunicación electrónica como medio de enlace a través de las redes sociales, ya que está indicado que debe desarrollarse en un contexto humano. (19)

La buena comunicación que un profesional de la salud mantiene con su paciente, ha sido descrita por algunos autores (20) como parte de la formación ético profesional. En estudios realizados para mejorar la comunicación de los diagnósticos fue analizado el cumplimiento de las tres funciones de la comunicación: informativa, regulativa y afectiva, y de la empatía como un mecanismo de comprensión mutua. La buena relación que un paciente establezca con quien sigue su tratamiento, aumenta la confianza y el compromiso y produce muchos beneficios para la salud física y psicológica de esa persona. Recibir un diagnóstico en un marco de buena relación con el profesional, es una oportunidad que le permite a la persona enferma, expresar su agrado o desagrado, su acuerdo o desacuerdo con la atención recibida, sin descuidar que esto también es una variable con la que se puede distinguir, en lo que hace a la práctica profesional, la satisfacción o no que tenga el médico, desarrollando su tarea. (21)

Hay autores que coinciden en que una de las mayores necesidades del paciente es ser entendido y conocido, por lo que es posible entender que una de las mayores cualidades del médico debe ser no descuidar su conducta afectiva, aquella que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes. Las cualidades humanísticas del médico, son muy valoradas por los pacientes y la forma en que se realiza la comunicación del diagnóstico se encuentra entre ellas. (22) Para poder realizar adecuadamente el diagnóstico y el tratamiento, se incursiona no sólo en el aspecto biológico del paciente, sino también en las dimensiones psicológica y social, para eso es preciso explorar en aspectos de elevado contenido afectivo para el paciente (23) .

Es sabido que uno de los aspectos de mayor interés para el enfermo es que el médico demuestre estar interesado por él, es importante que el médico sepa utilizar palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, que transmita tranquilidad, que aconseje al paciente pero que le permita ser él quien decida, que le dé libertad para comentar sus puntos de vista y que su opinión acerca del tratamiento sea considerada.

Comunicar de manera adecuada un diagnóstico implica la escucha, escuchar en forma activa, supone una concentración intensa y total, se trata de escuchar el significado literal de las palabras utilizadas, y también el significado de las expresiones, escuchar implica responder activamente con lo cual es de esperar que también sean reveladas las expresiones del médico. Así, lo que se denomina escuchar activamente, se convierte en un requisito para mantener la comunicación en los planos verbal y no verbal, pero también para mantenerla en un nivel afectivo que permitiera comprender el verdadero significado de la enfermedad para el paciente, y la expresión abierta de sus sentimientos, lo cual refuerza que la comunicación y el sentido humanístico del médico son cualidades muy valoradas por el paciente. (24)

En un proceso de buena comunicación con el paciente, este percibe que existen puntos en común, en los que concuerda con su médico, en relación a su enfermedad. Puede percibir que el médico se interesa por la enfermedad y su desarrollo, Este tipo de relación entre el médico y el paciente ayudara a que se produzca una recuperación las dolencias y preocupaciones, y a su vez esto disminuye la necesidad de realizar pruebas diagnósticas o referencias a otros niveles de atención. En tanto se ha cuestionado si la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente hace diferencia significativa en los resultados que promueven la salud, lo investigado al respecto revela que la comunicación efectiva influye tanto en

la fase de obtención de datos para la historia clínica, como para la discusión del plan de tratamiento. Los resultados de una buena comunicación se visualizan en la mejora de la salud emocional del paciente que se suman a los avances clínicos. En cambio, si esta comunicación se descuida pueden afectarse las indicaciones médicas y la disposición del paciente para cumplirlas. Es importante permitir que el paciente exprese sus expectativas y preferencias hacia las acciones y decisiones del médico, y tomar en cuenta la relevancia de las ideas del enfermo sobre estas indicaciones. Por otro lado, es posible advertir que cuando el paciente no participa en la consulta y la comunicación con su médico no es suficiente, los errores del médico pueden aumentar, ya que la participación del paciente en su tratamiento médico es fundamental para su mejoría. (25)

Si la comunicación establecida se centra en la persona del paciente, y se realiza desplegando habilidades como la escucha activa, la captación y el seguimiento de pistas, si se evitan interrupciones y se hacen preguntas abiertas, si se tiende a disminuir en lo posible el enfoque biomédico de la entrevista, es posible esperar mejoras en la práctica clínica. Una buena comunicación con el paciente, mejora la efectividad diagnóstica y terapéutica, especialmente en pacientes crónicos, aumenta el conocimiento y la capacitación del paciente para afrontar sus problemas de salud, incrementa las tasas de adherencia terapéutica y hace que los pacientes se sientan clínicamente mejor y más satisfechos tras las consultas. (22)

En el escenario de la comunicación del diagnóstico, si quienes llevan adelante esta tarea, se muestran atentos, interesados, dialogantes, sin prejuicios, auténticos, naturales y sin dar la impresión de estar pensando en una estrategia, esto se revela como un modo de estar en relación en la que se capta el respeto a la persona que hay delante, una atención e interés por sus experiencias y por sus ideas y temores. A la clásica anamnesis se incorporan la exploración y consideración de la perspectiva del paciente, De esa manera se realiza el ejercicio de ponerse en el lugar del paciente para compenetrarse con él y orientarse a comprender su subjetividad. Centrarse en la persona del paciente permite que converjan dos mentalidades con objetos de trabajo diferentes: la científico-técnica, cuyo objeto de trabajo es todo lo empíricamente constatable, y la humanista, cuyo objeto de trabajo es el mundo interno humano. De esto se habla cuando se mencionan las competencias comunicacionales, que han sido organizadas por quienes la teorizan, en cuatro tareas básicas: identificar y comprender los problemas (correlacionada con la anamnesis clásica, la exploración de la perspectiva del paciente y la exploración física), y acordar y ayudar (explicar y planificar), enmarcadas entre la apertura y el cierre de la entrevista. Estas cuatro tareas tienen lugar de manera continua a lo largo de la entrevista y contribuyen a la construcción de la

relación con el paciente: la conexión para captar y responder a los mensajes del paciente de forma que se alcance un vínculo, fluidez comunicativa y un grado de compenetración adecuado, la autopercepción para detectar fenómenos internos, la integración de todos los procesos, y la estructuración, que permite alcanzar los objetivos principales de toda entrevista. Sin embargo, también se ha señalado que no es suficiente con haber aprendido un listado de habilidades comunicacionales, sino que es preciso también, organizarlas dentro de un modelo conceptual que se base en la evidencia y destacan que el aprendizaje de este tipo de habilidades es de tipo experiencial. (26)

BUSCAR EL BIEN DEL PACIENTE

Ubicados desde una perspectiva bioética, es posible revisar reflexiones que advierten acerca de que las habilidades comunicacionales no sean ambiguas, ya que podrían emplearse bien o mal. Por ejemplo, el conocimiento empático con el paciente puede emplearse para evitar que se sienta aislado en su enfermedad, pero también proporciona un poder de manipulación; las habilidades necesarias para llegar a un diagnóstico preciso pueden llevar a un uso exagerado de pruebas complementarias olvidando el bien del paciente; el modo de comunicar al paciente puede ser exageradamente paternalista o, por el contrario, provocar un cierto abandono, dejando que sea el paciente solo quien tome las decisiones más difíciles.

Se considera importante identificar los principales valores y deberes que orientan la acción, proporcionando un hilo conductor a la relación clínica en torno al cual se pueden ir trenzando de una forma proactiva, personal y adaptada a cada paciente todas las tareas planteadas. Una buena manera de comunicarse permite adquirir ciertos hábitos profesionales que configuran no solo el buen resultado de la intervención, buscando el bien del paciente, sino también el carácter del médico.

En la comunicación del médico con su paciente se requiere que se desplieguen acciones que tiendan a desarrollar tres valores fundamentales e importantes en la práctica: la solidaridad humana, el saber médico y la confianza. Y para eso, se señala que las tareas para este desarrollo incluyen conectar con uno mismo y con el otro, comprender los valores, las preferencias y los proyectos del paciente; deliberar y reflexionar en forma compartida para llegar a acuerdos prudentes y, finalmente, decir la verdad y generar confianza, lo que supone un estar en relación de forma clínicamente eficaz (16) y enmarcar la tarea en el principio personalista de libertad y responsabilidad.

Con respecto al primero de los valores mencionados, la solidaridad humana, será de importancia destacar que la palabra solidaridad alude a una unión en la que los individuos están unidos para un fin normalmente legítimo (27). La solidaridad consiste en tomarse en serio la situación de otros y actuar en su apoyo. (28) La práctica médica es considerada un ejercicio activo de solidaridad pero sin descuidar que también hay distancias que no se acortan solo a base de ideas, sino con emociones, como bien puede ser muchas veces la compasión. Esta consiste en una cierta conmoción ante la vulnerabilidad del otro, que se revela como algo que le concierne a uno mismo. La compasión descubre al profesional de la salud en una posición de proximidad al otro y en disposición de ayuda. De ahí que la compasión, como forma de solidaridad emocional en la práctica médica, consiste en hacerse cargo del daño actual o potencial del paciente, consintiendo su impacto emocional de un modo médicamente beneficioso para las personas. Ser solidario en la atención del paciente, exige tener autopercepción, porque la indiferencia o la sensiblería podrían desmotivar o bloquear la acción sanadora. Ser solidarios en lo emocional exige comprender la situación del otro y saber gestionar las propias emociones de un modo médicamente eficaz, haciendo que la persona se sienta acompañada y comprendida.

Comprender y deliberar son herramientas que permiten conocer la realidad del paciente y encontrar el mejor curso de acción posible. Descubrir qué le sucede a esta persona con estos síntomas para ver después cómo puedo ayudarlo. Los procesos de una buena comunicación son esenciales para encontrar la respuesta. Lo que rige todos esos procesos es una voluntad, un deseo de verdad. Se sostiene que a la verdad científica se llega por distintos caminos, dependiendo del objeto de trabajo. Si este es algo físico, el camino es el de la constatación o probación de hipótesis nosológicas (por ejemplo, una radiografía demuestra si la tos es por una neumonía). Si el objeto de trabajo son las vivencias, preferencias, deseos o sentimientos del mundo interno del paciente, el camino es la identificación de mensajes significativos, la elaboración de posibilidades interpretativas y su comprobación mediante el diálogo (por ejemplo, el testimonio del paciente demuestra que su expresión facial responde a un sentimiento de tristeza y no a otra cosa). Estos procesos de verificación, que se producen en la entrevista clínica, podrán ser utilizados en bien del paciente si alcanzan la verdad, es decir, una adecuación entre la realidad del paciente y lo que se piensa sobre ella. Y la verdad sitúa al clínico en una posición idónea para la ayuda. (27)

Una buena deliberación en medicina ocurre si el criterio clínico coincide con el mejor resultado posible para el paciente, si se realiza un procedimiento correcto y en un tiempo adecuado. El objetivo de deliberar es conseguir decisiones

prudentes, aquellas que sean justas, nobles y buenas para el hombre. El saber que se produce en la deliberación surge tanto de lo teórico y generalizable como de los datos concretos del paciente en su particularidad. La deliberación incluye una reflexión compartida sobre los hechos, los valores implicados en la situación y el mejor curso de acción posible para el paciente. De esta manera es posible que el paciente ya no ignore aquello concerniente a su enfermedad y puede recibir ayuda para mejorar su salud, pero sin perder la posibilidad de ser el quien toma sus propias decisiones, con responsabilidad. Todo esto genera confianza y establece una comunicación entre el médico y su paciente, muy constructiva.

Con respecto a la confianza, se pueden señalar tres factores para su fortalecimiento; competencia, transparencia y vínculo. La competencia tiene que ver con la capacidad del médico para lograr una comprensión de la experiencia y situación del paciente. La transparencia está relacionada con la toma de decisiones compartida con el paciente, en la que las emociones pueden también informar la deliberación iluminando aquellas áreas y aspectos que necesitan ser atendidos con más detenimiento. El vínculo, se construye desde una actitud de solidaridad humana, que permite que fluya la compasión, el compromiso con el otro y la voluntad inequívoca de actuar en su favor.

Desde esta perspectiva se entienden mejor los factores que son necesarios para el desarrollo de esta competencia: la auto-conciencia, las habilidades interpersonales y la voluntad de curar. La auto-conciencia y las habilidades comunicativas son variantes comunicativas (una interna y la otra externa) y habilidades que puede aprender e incorporar un clínico para conseguir hábitos eficaces. La voluntad de curar tiene mucho que ver con el descubrimiento e incorporación del valor de la solidaridad humana y la capacidad de sentir y practicar la compasión, es decir, la capacidad de hacerse cargo, cargar con y encargarse de la vulnerabilidad de otro ser humano, que determinará la actitud adecuada del profesional para encarar el problema clínico. Es entendido que buscar gestos de hospitalidad no es difícil, pero a veces ocurre que las actitudes no encuentran con facilidad las acciones necesarias para expresarlas y reforzarlas.

Las exigencias de la práctica médica ante la vulnerabilidad y la fragilidad humanas son de tal naturaleza que la profesionalidad, es decir, la búsqueda activa y efectiva de la excelencia, va a tender a configurar un tipo de profesional que necesita no solo hacerse bueno desde un punto de vista científico-técnico, sino también desde el punto de vista personal. Las recomendaciones para el logro de una buena y adecuada comunicación sugieren al médico destituir el carácter paternalista de la relación con el paciente, que por mucho tiempo la definió y le pro-

pone establecer una relación más cercana y horizontal. De este modo, se respeta la libertad del paciente, pero a la vez, este es responsable de su respuesta frente a su diagnóstico y el tratamiento indicado. La idea es que las informaciones claras y objetivas garanticen mayor seguridad al acto médico y permitan al paciente consentir o declinar respecto del tratamiento propuesto. (29) Esto implica el respeto a los sujetos involucrados y la garantía de que la voluntad del paciente estará protegida y la actuación médica resguardada.

En reflexiones realizadas acerca de los derechos de los pacientes se señala la importancia de que, las personas puedan decidir sobre su vida sin ninguna coerción. Pero también se señala el riesgo que existe si la relación médico-paciente, antes paternalista, se convierte en una relación meramente contractual, donde existiría el riesgo de que el profesional de salud pueda ver al paciente simplemente como un consumidor. Lo que antes se pretendía una relación de confianza asumiría el carácter de consumo. (30)

Para que el médico considere autónomo a un individuo, es necesario que la persona entienda los hechos materiales, el pronóstico de la enfermedad, las alternativas de tratamiento y sus consecuencias. El médico debe explicar los riesgos involucrados, aunque remotos, para que el paciente pueda consentir o rechazar las opciones presentadas. Pero la comprensión de que debe haber mayor interacción en la comunicación entre médicos y pacientes priorizando el respeto a la autonomía, es reciente. Antes, se priorizaba el paternalismo, basado en el entendimiento hipocrático de que el médico, poseedor del saber científico, podía e incluso debía decidir sobre el tratamiento más adecuado. Así, en épocas pasadas, la asimetría en la relación médico-paciente era natural y evidente. Con la intención de decidir lo "mejor", el médico determinaba el tratamiento a ser adoptado, contrariando muchas veces la voluntad del propio paciente. En la relación hipocrática, analizar la cuestión de la capacidad no tiene sentido, pues el médico asume el papel principal, determinando el tratamiento, mientras que el paciente permanece sumiso dentro de la relación jerárquica. Sin embargo, al establecerse una nueva forma de comunicación, el profesional debe considerar la voluntad del paciente y trabajar con informaciones comprensibles, sin hacer prevalecer su indicación, para que el paciente se manifieste libremente.

Es importante señalar que la reflexión ética debe formar parte del desarrollo científico y de la medicina, teniendo la bioética un papel fundamental en la evaluación de las características y vulnerabilidades de cada individuo. Es debido informar al paciente su condición de salud, diagnóstico, pronóstico y tratamiento

indicado, pero esta obligación no transfiere al paciente la responsabilidad por el acto médico, sin embargo, le da la posibilidad de interferir en el tratamiento, opinar sobre lo que se hará con su cuerpo y, consecuentemente, hacer elecciones que van a definir su calidad de vida. Dado el caso, el paciente deberá solicitar ayuda a familiares o responsables e incluso la intervención del propio médico, para que éste indique un tratamiento específico, buscando siempre el bien del enfermo, sin dañarlo. Es atribución del médico evaluar cuan autónomo es el paciente, considerar sus vulnerabilidades y no subestimarlos, informando todos los hechos de la manera más esclarecedora posible.

La perspectiva bioética de la relación médico paciente señala la posibilidad de que, debido a las vulnerabilidades y a las fases de la enfermedad, durante el tratamiento, el enfermo pierda la capacidad de decidir sobre las etapas siguientes; es donde cobrará importancia la buena asistencia médica en la cual el profesional de salud establezca una comunicación asertiva y eficaz con el enfermo y donde será necesaria su mirada subjetiva. La buena comunicación entre las dos partes, permitirá el desarrollo de una relación intersubjetiva que protegerá al paciente y lo estimulará a participar en las decisiones sobre su salud.

Al percibirse enfermo, la persona busca ayuda; es en ese momento, que aquel a quien las instituciones atribuyeron competencia técnica, asume el control de esa frágil relación, ya que se trata del agente con poder de diagnosticar y proponer terapias. El sujeto, al aceptar esa relación, se torna un paciente y, de esa forma, pierde parte del control de su vida, pues necesita confiarla al médico, siguiendo las conductas indicadas:

Si en algún lugar se puede hablar de dignidad de la persona humana – este es el caso. El cuerpo desgarrado por la molestia necesita encontrar en el entorno pragmático-semántico una válvula de alivio. Necesita ser reconocido como otro plan de motivos y deseos. Necesita recibir la educación que le permita el aprendizaje de su nuevo estado – el terapeuta lo conduce desde el punto de partida de la duda, de la inseguridad y del miedo y lo transforma en un sujeto clínico, esto es, en un sujeto capaz de comprender su estado, las evoluciones posibles de éste, y participe de las decisiones que lo conduzcan al desenlace posible de este estado de cosas, dado que en eso radica la limitada libertad humana. (31)

Concientizarse de la importancia de la comunicación entre médico y paciente es esencial para que sean superadas las barreras entre el saber científico del médico y la necesidad de que el paciente conozca mejor su condición. Transmitir informaciones claras al enfermo permite que éste sienta más seguridad para

tomar decisiones sobre el tratamiento, pudiendo deliberar con la confianza y la libertad deseada, a partir de la cual va a poder asumir la responsabilidad por sus elecciones.

REFERENCIAS

1. Yera JL. Temas de medicina del dolor. En Yera JL. Temas de medicina del dolor. La Habana: Editorial Ciencias Medicas; 2017. p. 326.
2. al. EYe. La relacion medico paciente: necesidad o conveniencia? Rev. Cub> Med. 2019; 58.
3. Ruiz V. [Online].; 2017. Acceso 4 de 8 de 2018. Disponible en: www.radioncologa.com.
4. Berro G. La relacion medico paciente y su encuadre legal. Revista de biomedicina, Medicina familiar y comunitaria. 2009; 3(1).
5. Fernandez Franco, M. La complejidad en la relacion medico paciente. Revista Cientifica Mundo d ela Investigacion y el conocimiento. 2017; 3(1).
6. al TRe. Interaccion medico paciente y su relacion con el control del padecimiento en enfermos cronicos. Liberabit. 2011; 17(2).
7. Bellon Saamenio J, Martinez Cabanaite T. La investigacion en comunicacion y salud. Perspectiva nacional e internacional desde el analisis bibliometrico. Atencion Primaria. 2001; 27(7).
8. Rao Java Kea. Las consultas de comunicacion marcan la diferencia en las conversaciones entre medicos y pacientes: una revision sistematica de la evidencia. Atencion Médica. 2007; 45(4).
9. Celedon C. Relacion medico paciente. Revista de ORL y cirugia de cabeza y cuello. 2016; 76(1).
10. Moore P, Gomez.G , Kurtz S, Vargas A. La comunicacion medico paciente. Cuales son las habilidades efectivas? Rev. Med. Chile. 2010; 138.
11. Lazaro J, Gracia D. La relacion medico enfermo a traves de la historia. An.Sist. Sanit. Navar. 2006; 29(3).

12. Celedon C. Relacion medico paciente. Rev. ORL Cir. Cabeza cuello. 2016; 76(1).
13. Rodriguez Rivero L. La clinica y su metodo. reflexiones sobre dos epocas La Habana: Editorial ciencias Medicas; 2013.
14. Lopez M. La relacion medico paciente: necesidad o conveniencia? Revista Cubana de Medicina. 2019; 58(1).
15. Ramiro H, Cruz E. Empatía, relacion medico paciente y medicina basada en evidencias. Med. Int. Mex.. 2017; 28.
16. Ruiz Moral R, Alvarez Montero S. La interfaz comunicacion clinica-etica clinica: implicaciones para la educacion medica. Educacion Medica. 2017; 18(2).
17. Cuba S, Campuzzano J. Explorando al salud , la dolencia y la enfermedad. Rev. Med. Hered. 2017; 28.
18. Yélamos C, et.al. Experiencia del paciente: una nueva forma de entender al paciente oncológico. Psicooncología. 2018.
19. Sosa Rosales C, Gomez Padron M, Senra Piedra G, castro Arca A. La relacion medico paciente en internet Un nuevo dilema bioetico? Bioetica. 2007; 3.
20. Alonso M, Kraftchenko.O. Educacion Medica Superior. [Online]; 2012. Acceso 4 de 11de 2018.
Disponible en: <http://www.riepel.org/deloslectores819Acosta.PDF>.
21. Casanova Saldarriaga. J. Factores asociados en la percepcion del medico sobre la relacion medico paciente. Horiz. Med. 2017; 17(3).
22. Calderon Benavidez M. La relacion medico paciente: la base bioetica de la experiencia ante el cancer. Rev. Conamed. 2019; 4(1).
23. Hernandez Torres I, fernandez ortega M, Irygoyen Coria A, Hernandez Hernandez M. Importancia de la comunicacion medico paciente en medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar. 2006; 8(2).
24. Mc Whinney I. Comunicacion medico paciente. En Medicina de Familia.: Doyma; 1995.

25. Marrero Rodriguez Hea. Aspectos bioéticos en pacientes con cáncer de pulmón. MEDISAN. 2014; 18(9).
26. Sanchez Arrastia D, Contreras O. La relacion Medico paciente y su inclusion en la prectica medica. Rev. Cubana Med. 2014; 43(4).
27. Ruiz Moral R. Comunicacion Clinica: principios y habilidades para la practica Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2014.
28. Gunson D. Solidarity and the universal declaration on Bioethics. JMed Philos. 2009; 34.
29. Pazzinatto MM. La relacion medico paciente en la perspectiva de la Recomendacion CFM 1/2016. Revista bioetica. 2019; 27(2).
30. Sztajn R. Reflexiones sobre el consentimiento informado. En Azevedo A, Ligiera W. Derechos del Paciente.
31. Sao Paulo CRdM. cremesp.org.br. [Online]; 2011. Acceso 12 de 12de 2019. Disponible en: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=10121&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S>.
32. Aguilar B. La relacion medico paciente. Dimensiones. Revista Uruguay de Cardiologia. 2014.
33. Perrotta V. Concepciones de sujeto,cuerpo y síntoma en medicina y psicoanálisis. En: III Congreso Internacional de Investigacion y Practica Profesional en Psicología. Facultad de Psicologia UBABuenos Aires; 2011
34. Moreno rodriguez M. La relacion medico paciente. En El arte y la ciencia del diagnostico medico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Editorial Cientifico Tecnica; 2001. p. 59-74.
35. Maguire P, C P. Key communication skills and how to acquire them. BMJ. 2002; 325(7366).
36. Garcia Vigil J. Relacion medico paciente en un modelo de comunicacion humana. Rev. Med.. 2000; 37(3).

DEBERES, EXENCIONES Y RESPONSABILIDADES EN LA PRÁCTICA MÉDICA SEGÚN LA BIOÉTICA JUDÍA

Fecha de recepción: 09/11/2021

Fecha de aceptación: 17/12/2021

Rab. Dr. Fishel Szlajen

Contacto: fszlajen@gmail.com

- Miembro titular de la Pontificia Academia para la Vida.

Palabras clave

- Bioética
- Riesgo Médico
- Deontología Médica
- Mala Praxis
- Responsabilidad Médica
- Iatrogenia Clínica
- Judaísmo

Key words

- Bioethics
- Medical Risk
- Medical Ethics
- Malpractice
- Medical Liability
- Clinical Iatrogenic
- Judaism

RESUMEN

Este trabajo aborda desde la bioética judía los deberes, exenciones y responsabilidades en la práctica médica ante situaciones donde existen graves y disyuntivos conflictos entre la salud del profesional y la del paciente, así como en caso de daños o lesiones ocasionadas dolosa o culposamente, por el profesional de la salud a pacientes, familias o terceros. Basado en el pormenorizado estudio del corpus legal judío, desde la Biblia, pasando por el Talmud y los diferentes códigos legales llegando hasta las más contemporáneas respuestas, y en comparativa con otros ámbitos de Ley como el penal criminal y el civil-monetario, se exponen y analizan los criterios elaborados y vigentes que aporta la bioética judía, para establecer el grado de riesgo que debe o no asumir un médico o personal de salud en favor de cumplir con su deber y la responsabilidad que le compete ante los resultados de su intervención u omisión. De esta forma, se exponen los aportes de la bioética judía respecto de las obligaciones, permisiones y límites en el accionar del personal de salud respecto de sus pacientes, así como también en qué medida y cuándo se considera iatrogenia clínica y cuáles sus consecuencias.

ABSTRACT

From the outlook of Jewish bioethics, this paper addresses the duties, exemptions and responsibilities that pertain to medical practice both when there are serious and disjunctive conflicts between the professional's and the patient's health, and when the health professional willfully or maliciously causes damages or injuries to a patient, a member of their family or a third-party. In order to determine the level of risk that doctors or health professionals must take so as to carry out their duties and assume responsibility for the consequences of their interventions or omissions, the intricate and current criteria provided by Jewish bioethics are presented and analyzed. This work is grounded on a thorough study of the Jewish legal corpus, which includes the Bible, the Talmud, different legal codes and more contemporary responses, and is compared to other fields of Law, such as criminal, civil and financial Law. In this manner, the way Jewish bioethics has contributed to determine the obligations, permissions and limits that regulate health professional's doings towards their patients are explained, as well as to what extent and when something is considered clinical iatrogenesis and which are its consequences.

En la bioética judía es posible observar no sólo la ausencia en términos generales del deber de poner en serio riesgo la propia vida en pos de salvar otra ya en certero peligro mortal, sino también las ponderaciones que definen el grado de riesgo y su extensión para que éste sea considerado de dudoso peligro mortal. En función de ello, se establece el límite de la aplicación de la bíblica proscripción de deponer contra la vida del prójimo sin transgredir la otra que prohíbe suplir una vida por otra y en coherencia con el principio de la prioridad de la propia vida, aunque sin accionar contra la del otro, también dictaminado así por los más destacados legistas contemporáneos que abordan dicha temática. Incluso y con las modificaciones circunstanciales del caso, estos criterios permanecen vigentes para la profesión médica así como bajo circunstancias bélicas.¹ Cabe aclarar que en situación de guerra y en ocasión de combate, tanto entre soldados como para el enfermero de combate, esta ausencia del deber de arriesgar la propia vida en favor de salvar otra ya en certero peligro, así como el principio de la prioridad de la vida de uno respecto de la del prójimo, tienen otras implicancias debido a las específicas leyes (*halajot*) que rigen en dichas coyunturas tanto en lo colectivo y a favor del pueblo, como en lo que respecta al Estado. No obstante, manteniendo el criterio establecido por el Rab David ben Zimra (1479-1573), de forma tal que si bien en términos generales aquellos principios no se aplican tal como en los casos analizados, por cuanto en batalla todos y cada uno deben arriesgar sus vidas para salvar al prójimo, de todas formas se mantiene el no suplir una vida por otra así como la prohibición que ante un certero peligro de muerte del sujeto y sin posibilidad de salvataje, otro se coloque en similar coyuntura muriendo ambos.²

1 Ver entre otros Mordejai Breish (1895-1976), *ShU"t Jelkat laakov* (Tel Aviv, 1992), vol. "Joshén Mishpat" 33:4, pp. 313-314. Moshé Feinstein, *Iguerot Moshé* (New York, 1973), vol. V "loré Deá II" 174, pp. 286-294. Eliézer Waldenberg, *Tzitz Eliézer* (Jerusalem, 1985, 1990), vol. VIII:15; IX:45; XIII:101; XVI:70, pp. 57-171; 179-185; 207; 179-182. Meshulam Rath (1875-1963), *Kol Mevaser* (Jerusalem, 1955), vol. I:47, pp. 124-125. Ver también el erudito análisis de Ikutiel Halberstam (1905-1994), *ShU"t Divrei latziv* (Jerusalem, 2005), vol. VI "Joshén Mishpat" 79, pp. 186-199. Ver también Shabetai ben Meir HaKohén en su *Sifteí Kohén* "loré Deá" 157:3. Moisés Sofer, *Jidushei Jatam Sofer* (Jerusalem, 2003), vol. "Ketubot II" 61b, pp. 99-100. Ver también Ovadia Iosef, *labiá Omer* (Jerusalem, 2002), vol. IX "Joshén Mishpat" 12, pp. 445-450. Itzjak Weiss (1902-1989), *Minjat Itzjak* (Jerusalem, 1993), vol. V:7, 11-24, pp. 29-31.

2 Ver Eliézer Waldenberg, *Tzitz Eliézer* (Jerusalem, 1985), vol. IX:17 por sobretodo en inc. (5); XII:57; XIII:100, pp. 85-87; 157-159; 203-207. Ver también laakov Nabón, "Hatzalat lajid uRabim BiJlal uBeMiljamá BiFrat (Salvataje del Individuo y del Colectivo en Situaciones Generales y en la Guerra en Particular)". En *Tejumin* IV (1983), pp. 153-172 y Nahum Rakover, *Mesirut Néfesh: Hakravat Halajid LeHatzalat HaRabim* (Jerusalem, 2000).

Respecto a los diversos riesgos de contagio u otros que corre un médico en su profesión, se implementa este mismo criterio³ por cuanto en la profesión médica hay ciertos riesgos que inherentemente son aceptados por la obligación preceptual de sanar o de salvar la vida del prójimo.⁴ Similarmente a los razonables riesgos inherentes de otras profesiones u oficios cuyos titulares que los ejercen están adecuadamente entrenados para ello, también hay otros riesgos que serían virtualmente suicidas sin que nadie espere que el médico arriesgue su vida y que de hecho eventualmente tampoco sería permitido. Pero en las situaciones intermedias en las cuales el médico debe decidir asumir o no un riesgo por sobre el promedio relativo a los de su profesión, como por ejemplo el contagio de una patología mortal o terminal como el caso del virus que provoca el SARS (síndrome agudo respiratorio severo) o del VIH (virus de inmunodeficiencia humana), entre otros, debería preguntarse si asumiría dicho riesgo para tratar al paciente por alguna suma determinada de dinero, y en caso de ser afirmativa debería entonces y anticipadamente correr riesgos semejantes en favor de tratar al paciente, más allá que reciba o no dicha suma. Estas consideraciones basadas fundamentalmente en el criterio del Rab David ben Zimra son aplicadas en los dictámenes de los actuales legistas quienes, en términos generales, por ejemplo, el Rab Isser Unterman (1886-1976) determinó que cuando la seguridad e integridad física de uno y otro individuo entran en conflicto, debe tomarse en cuenta que no todo mismo riesgo se define como mortal para toda persona en la misma circunstancia. De hecho, para salvar a un sujeto ahogándose en un río turbulento, así como no es el mismo riesgo que tomará un potencial salvador que fuera nadador profesional que quien no lo sea, también habría que considerar si el primero cuestionase salvar al sujeto por temor al riesgo debido a la muy baja temperatura del agua. Es por ello que Unterman establece *que estimemos la medida del peligro por la disposición del hombre a salvar sus bienes de su destrucción [o pérdida]. La evaluación requiere entonces ser la siguiente: si [el sujeto] se abstuviera de tirarse al río para salvar sus bienes que fueron arrastrados por éste, debido al temor por el peligro de la baja temperatura del agua, parece que hay en esto [puede categorizarse como] un "dudoso peligro" [para la vida del sujeto]; o que [el sujeto] estuviese dispuesto a abandonar sus bienes y pertenencias con tal que no necesite ir a un lugar de ataques [agresiones], y [todo otro caso] similar. Sin embargo, si ante una grave destrucción [o pérdida] [de sus bienes o pertenencias], [el sujeto] no se abstuviese*

3 Lehuda David Bleich (1936-), "AIDS: Jewish Concerns". En *Bioethical Dilemmas: A Jewish perspective* (New Jersey, 1998), pp. 161-169,

4 Éxodo 21:19 y TB, *Babá Kamá* 85a

[del accionar indicado para su salvataje o recuperación], *esto prueba que en verdad no hay aquí un "peligro mortal", y por supuesto recae sobre él el deber de ir y ayudar a su prójimo, como está escrito "no depondrás contra la sangre [vida] de tu prójimo"* [Levítico 19:16]; *y esto es simple*.⁵ Queda claro con esto además la diferencia entre el criterio del peligro o dudoso peligro de muerte que posibilita transgredir los preceptos del *Shabat*, basado en el precepto del Levítico 18:5 "y vivirán en [por] ellos" y donde un mínimo peligro de muerte permite la transgresión necesaria para la atención por ejemplo de una parturienta,⁶ y el criterio para salvar una vida en certero peligro de muerte, basado en el precepto del Levítico 19:16 "no depondrás contra la sangre [vida] de tu prójimo", donde el mínimo peligro no exceptúa al potencial salvador de intentar rescatar a quien se encuentre en certero peligro de muerte. Por ello, no pudiendo establecer como criterio de peligro para la exención o no de dicho precepto el criterio que posibilita transgredir o no el *Shabat*, y por extensión tampoco el criterio de peligro que exige coyunturalmente al sujeto de cumplir preceptos, establecido por el Levítico 18:5 que comanda que *el hombre hará y vivirá [en] por ellos*. Y con base en los comentarios de RaShí (Rab Shlomo Itzjaki, 1040-1105) al TB (Talmud Babilónico), *Pesajim* 25b, al tratar la ley que prohíbe salvarse matando a otro, dado que la sangre de uno no es más roja que la del otro y por cuanto *¿quién dirá que tu vida es más estimada ante Dios que la del otro?, ¿tal vez la del otro sea más estimada?*, es posible colegir que en el caso de quien se exponga a un peligro certero o dudoso peligro mortal para salvar a otro quien se encuentra en dicha situación, también la vida del potencial salvador es estimada por Dios. Con esto en mente, por un lado el Rab Waldenberg (1915-2006) establece que al médico por su obligación preceptual extra, debiendo rezar por la protección divina y el éxito en su práctica médica y sanación del paciente además de que no se le considere como transgresión el exponerse al peligro, le está permitido exponerse a riesgos para atender a pacientes aunque debe considerar el grado de peligrosidad que esto representase ante quien padece de una peligrosa enfermedad contagiosa y la inexistencia de los adecuados medios para evitar el contagio poniéndose a sí mismo en "dudoso peligro".⁷ Por otro lado, aunque sin contradicción, el Rab Shmuel Vosner (1913-

5 Isser Untermann, *ShU" T Shévet Milehudá* (Jerusalem, 1955), vol. I, I:9, p 23.

6 Iosef Karo, *Shulján Aruj "Oraj Jaim"* 330.

7 Eliézer Waldenberg, *Tzitz Eliézer* (Jerusalem, 1985), vol. VIII:15, "Kuntrás Meshivat Néfesh" 10:13, pp. 116-117; IX:17 "Kuntrás BeDinei Refuá BeShabat" 5:10-12, p. 87.

2015)⁸ dictamina la prohibición por parte del médico de evadir su obligación desatendiendo a quien padece de una peligrosa enfermedad contagiosa, pero debiendo con la misma intensidad obligatoria tomar todos y cada uno de los recaudos con la mayor rigurosidad posible y disponible para no ser infectado. Similarmente el Rab Itzjak Zylberstein (1934-),⁹ quien bajo el criterio mencionado por el cual si el sujeto no está dispuesto a aceptar el riesgo que conlleva determinada acción para beneficio propio, tampoco tiene la obligación ni puede obligársele a la misma acción para salvar a otro; determina la no obligación por parte de una médica embarazada para tratar a un paciente afectado de rubéola, por el riesgo de contagio y su asociada alta probabilidad de mortalidad fetal o defectos congénitos fatales. Y sin poder abortar en este último caso, salvo que dichas circunstancias devengan en una patológica depresión de la mujer u otro estado que ponga en riesgo su vida y salud, representando en definitiva dicho riesgo de contagio una amenaza significativa para la vida de la profesional y donde el común de las mujeres no aceptaría someterse a tal riesgo.

Bajo estas consideraciones, cabe aquí exponer lo relativo a la obligación y los límites de salvar a quien intenta suicidarse cuando dicha acción conlleva significativo peligro para el potencial salvador, por cuanto se condice con lo ya analizado respecto de la extensión del precepto de no deponer ante la vida del prójimo y los criterios para establecer hasta qué punto el potencial salvador debe arriesgarse para salvar la vida de otro en certero peligro. En este sentido, desde ya que bajo el precepto mencionado del Levítico 19:16 *no depondrás contra [no te quedarás quieto ante] la sangre [vida] de tu prójimo*, el cual se codifica en el *Shulján Aruj* al legislar estableciendo que *quien observe a su prójimo ahogarse en el mar, o bandidos que se allegan a él, o un animal salvaje que va hacia él, y puede salvarlo por sí mismo o pagar a otros para que lo salven, y no lo salva; o bien escuchó a los paganos o entregadores que piensan maliciosamente sobre él o le ocultan una emboscada [trampa] y no le advirtió a su prójimo anoticiándolo;... [...] y en todos los casos análogos a estos, transgrede el precepto de no deponer contra la sangre [vida] de tu prójimo;*¹⁰ además de la ley respecto del *rodef* o "persecutor", reglada en la Mishná, *Sanhedrín VIII:7* y TB, *Sanhedrín 73a-b*, así como en TB, *Pesajim 25b*, según la cual está permitido y hasta resulta un deber matar al persecutor en pos

8 Shmuel Wosner, *Shévet HaLevi* (Bnei Brak, 2002), vol. VIII:251, 7, p. 219.

9 Itzjak Zylberstein, "¿Ad Kama Jaiav Rofé Leistajen Kedei Lehatzil Ajerim? (¿Cuánto Debe el Médico Arriesgarse para Salvar a Otros?)". En *Assia* 41 (1986), pp. 5-11.

10 Iosef Karo, *Shulján Aruj* "Joshen Mishpat" 426:1.

de salvar a la inminente víctima, se infiere el deber de salvar a quien está a punto de cometer suicidio. Sin embargo, y a partir del Deuteronomio 22:3 *Así harás [has de regresarlo] con su asno, así harás con su vestimenta y así harás con cualquier pérdida de tu hermano que se pierda de él,...* la exegética entiende que la redundancia del verbo "perder" es indicativa de su referencia específica a un extravío u olvido accidental o fortuito de las posesiones y como tal no intencional sino por lo contrario contra su voluntad, diferente al caso del abandono intencional del bien. Se tiene entonces el principio legal (*halájico*) extraído principalmente del TB, *Babá Matziá* 23b-25b, 31a y TB, *Babá Batrá* 87b el cual indica que "lo perdido conscientemente [voluntariamente y por propia iniciativa] está exento de ser devuelto", en el sentido que no hay al menos obligación alguna de reintegrar aquello encontrado y que el poseedor lo dejó o abandonó intencionalmente, codificado así por Maimónides y luego por el *Shulján Aruj* diciendo idénticamente que *A quien pierde su propiedad conscientemente [voluntariamente y por propia iniciativa] no hay necesidad de ayudarlo a recuperarlo, aclarando luego que y aun cuando a quien vio esto [la acción por la cual intencionalmente la persona abandonó su propiedad] se le esté prohibido tomar [dicha propiedad] para sí, no está obligado a retornarla.*¹¹ De este principio se colige por analogía la obligación de salvar la vida o retronarle la salud perdida a quien enfermó, aunque la fuente preceptual del médico para curar reside principalmente en Éxodo 21:19 donde indica que y *curar curará* -cuyo desarrollo exegético determina las permisiones y puniciones al profesional en función de su práctica médica. No obstante, también se infiere¹² su aplicación análoga para determinar la exención de la obligación de salvar a quien intenta suicidarse dado que éste intencionalmente desea abandonar aquello que le pertenece, su vida o su cuerpo, pudiendo por ello deducir que en dicho caso no se transgrede la prohibición de deponer contra la vida del prójimo, presuponiendo que dicho precepto se aplica sólo para quien está en riesgo accidental o fortuitamente en analogía al precepto de devolución del bien perdido a quien lo extravía de la misma forma, pero no intencionalmente abandonado. Sin embargo, ante la prohibición de dañarse y del arbitrario uso del cuerpo dado que éste no es propiedad de su portador, sino más bien es un habiente en usufructo, es decir, con carácter fiduciario, tal como lo explicita el Rab David ben Zimra cuando ante el análisis sobre la ley que sentencia Maimónides y por la cual la corte de justicia

11 Maimónides, *Mishné Torá "Ilijot Guezelá VeAvedá"* XI:11. Josef Karo, *Shulján Aruj "Joshen Mishpat"* 261:4. Ver también Moisés Isserles, *Mapá* a la cita del *Shulján Aruj*, quien equipara la pérdida intencional al abandono.

12 Ver Josef Babad (1801-1874), *Minjat Jinuj* (New York, 1966), vol. I:34, pp. 53b-54a (106-107); vol. II:237, p. 58b (116).

no sentencia a azotes o pena capital a un sujeto por su sólo testimonio oral o confesión a modo de evidencia auto-incriminatoria, sino mediante dos testigos que acrediten aquello por lo cual dicho sujeto sea pasible de aquella pena, y ello acorde al principio legal (*halájico*) "el hombre no se coloca a sí mismo como malvado", Zimra comenta que el sentido de este principio bien puede ser *acorde a que la vida del hombre no es su propiedad sino la propiedad del Santo, Bendito Es Él, por cuanto está dicho "He aquí todas las almas, mías son ellas (Ezequiel 18[:4])"...*¹³ Y por ello, no admitiendo como prueba la confesión sobre aquello que no le pertenece, a diferencia de la validez de la confesión de los cargos para cuestiones económicas dado que su patrimonio sí le pertenece. Y así según Zimra, hay una coherencia manifiesta entre el hecho de prohibir el suicidio y la testificación en contra de sí mismo cuando la transgresión en cuestión es penada capitalmente, pudiendo esto asemejarse a la moderna figura denominada *suicide by cop*; y todo ello por cuanto la vida no es propiedad del sujeto que la usufructúa. En este sentido el mismo Maimónides basado en Números 35:31-33 donde se prohíbe aceptar rescate monetario como fianza para liberar de sus respectivas puniciones a quienes son condenados por homicidio doloso o culposo, al abordar la ley por la cual la corte de justicia no puede aceptar dicha fianza en estos casos y sin importar el monto que se esté dispuesto a pagar y ni siquiera si los familiares de la víctima están dispuestos a perdonar al victimario, explica que el motivo de la irrevocable ejecución de la sentencia para aquel condenado por homicidio es por cuanto *el alma de éste [de la víctima] no es propiedad del redentor de la sangre [del familiar de la víctima quien estuviese dispuesto a perdonar al asesino], sino propiedad del Santo, Bendito Es Él.*¹⁴ Es por ello que la analogía antes mencionada no es válida para determinar la exención del deber de salvar a quien intenta suicidarse. Suicidio definido originalmente como quien consciente, intencional y por propia iniciativa abandona su vida,¹⁵ dado que siempre la ley para la respectiva obligación o exención de devolución refiere a la pérdida accidental, así como al abandono intencional por parte del sujeto de su misma propiedad, pero la vida no es por definición propiedad del sujeto. Este es el factor por el cual, aun cuando existe cierta facultad del sujeto para con su cuerpo en carácter de tenedor en usufructo, resultando en la capacidad para determinar la omisión de ciertas acciones sobre éste, la mayoría de los legistas sentencia la no distinción entre el deber de

13 Comentario de David ben Zimra a Maimónides, *Mishné Torá "Iljot Sanhedrin"* XVIII:6.

14 Maimónides, *Mishné Torá "Iljot Rotzeaj uShmirat HaNéfesh"* I:4.

15 *Masejtot Ketanot*, "Semajot" II:2; Iosef Karo, *Shulján Aruj "loré Deá"* 345:2-3.

salvar la vida de quien intenta suicidarse así como la de otro en peligro de muerte por otras circunstancias,¹⁶ manteniendo similares criterios en cuanto al límite en la exposición al riesgo por parte del potencial salvador respecto del peligro de muerte del potencial salvado.

Resulta importante considerar que la aplicación de estas medidas para con el moribundo recaen también para el profesional médico. Tal como se mencionó y si bien la fuente para la preceptual obligación médica radica en el Éxodo 21:19 donde indica que *y curar curará*, este versículo es entendido en el contexto bíblico donde se encuentra y por el TB, *Babá Kamá* 85a, como uno de los ya mencionados deberes indemnizatorios de quien lesione culposamente a su prójimo, en este caso solventar los costos médicos, y por ello es normalmente traducido como y "su curación costeará" o "hará que se cure".¹⁷ Más específicamente el *tanaíta* Rabi Íshmael (90-135 e.c.), establece en la misma cita talmúdica que *de aquí es que se le da permiso al médico para curar*, pudiendo observar también en el TB, *Berajot* 60a, aquello relativo a la plegaria hacia Dios tanto del paciente para que el tratamiento lo cure, así como del médico para que su práctica sea efectiva. No obstante, en relación a dicho precepto cabe mencionar que en el marco de los homicidios culposos cuya pena es el exilio a las bíblicas ciudades de refugio,¹⁸

16 Ver Menashe Klein, *Mishné Halajot* (New York, 2009), vol. VIII:56; IX:399, pp. 84; 403-404. Otro argumento, entre varios, por parte de quienes sostienen la exención del "no depondrás contra la vida de tu prójimo" en caso de no salvar a quien intente suicidarse, se basa en el principio *halájico* tratado en TB, *Babá Matziá* 30a-b, denominado "sabio [anciano] y [cuya acción a realizar por un deber general] es inconsistente con su dignidad", según el cual un hombre respetado, anciano o sabio está exento de ocuparse en ciertas acciones cuando las condiciones de éstas lesionan su dignidad. Este concepto está relacionado con la ley la cual demanda el deber de regresar el artículo perdido a su dueño, pero que en el caso de un sabio o anciano respetado que encontrase alguna propiedad suya perdida no la levantaría recuperándola dado que las circunstancias dañarían su reputación, está también exento de tomarlo y devolverlo a su dueño bajo las mismas circunstancias. Ver Iosef Karo, *Shulján Aruj "Joshen Mishpat"* 263:1. Y así, algunos extienden esta excepción también para el caso que el salvar al prójimo implique la humillación de uno mismo, cuando es un sabio o anciano respetado. No obstante, este argumento no sólo es también refutado debido a que la vida no es considerada como propiedad y por ello rompiendo la naturaleza de dicha analogía establecida, sino además y por la mayoría de los legistas este argumento es refutado de hecho por la casuística legal ya que, en el mismo Talmud, numerosos sabios y grandes de Israel han salvado vidas de sus prójimos demostrando lo contrario. Ver Moshé Feinstein, *Iguerot Moshé* (New York, 1973), vol. V "*Ioré Deá II*" 174, pp. 186-194. Ver también respecto del deber de profanar el Shabat para salvar la vida de quien intenta suicidarse tipificado como *pikúaj néfesh*, Eliézer Waldenberg, *Tzitz Eliézer* (Jerusalem, 1985), vol. VIII:15, 4, pp. 73-79. Moshé Feinstein, *Iguerot Moshé* (New York, 1973), vol. VI "*Ioré Deá III*" 90, p. 334. Ver también *in extensu* Ovadia Iosef, *Iabíá Omer* (Jerusalem, 1995), vol. VIII, "*Oraj Jaim*" 37:5, pp. 166-167. Mordejai Breish, *ShU" T Jeikat laakov* (Tel Aviv, 1992), vol. I, "*Oraj Jaim*" 155 pp. 239-241.

17 Ver comentarios de RaShÍ a la cita bíblica y Targum Onkelós.

18 Ver Números 35:6,11-15. Ieoshúa 20:2-3; 21:13,21,27,32,36. Crónicas I, 6:42,52.

tal como para el caso de quien por arrojar una piedra al dominio público mata a una persona pero quedando exento de pena si aquel extraño se encontraba sin autorización dentro de la propiedad de quien arrojó la piedra,¹⁹ la Tosefta, fuente legal complementaria a la Mishná, dictamina en comparación con el verdugo que *un enviado* [verdugo] *por la corte rabínica de justicia que flageló* [al reo penalizado con azotes o a quien evitó apersonarse ante la corte a demanda de ésta] *con la autorización de aquella corte* [y aquel sujeto murió por error del verdugo], *ciertamente* [éste] *es exilado* [a la ciudad de refugio destinada a los homicidas culposos]; *un médico práctico* [que cura mediante actividad manual en lugar de sólo diagnosticar y recetar (por ejemplo un cirujano)] *que curó bajo autorización de la corte rabínica de justicia* [y dicho paciente murió por error en la práctica médica o tratamiento instrumentado por aquel profesional] *es exilado*; *quien con autorización de la corte rabínica de justicia practicare un aborto a una mujer* [para salvar la vida de ésta, (ver Mishná, *Oholot* VII:6)] *y la matare* [por error en la práctica médica] *es exilado*.²⁰

Por otro lado, otra Tosefta bajo la misma comparativa pero ahora en relación a los daños provocados determina que *un enviado* [verdugo] *por la corte rabínica de justicia que flageló* [al reo] *con autorización de aquella corte y daño* [en demasía o provocando algo no esperado aunque sin poder saber si esta fue su intención] *está exento* [de retribución monetaria por parte] *de una corte de justicia humana y su juicio se entrega a los cielos* [dado que Dios sí sabe cuál fue la intención]; *quien con autorización de la corte rabínica de justicia practicare un aborto a una mujer* [para salvar la vida de ésta (ver Mishná, *Oholot* VII:6)] *y la dañare* [por error provocando una lesión adicional por dicha intervención] *está exento* [de retribución monetaria por parte] *de una corte de justicia humana y su juicio se entrega a los cielos*; *el médico práctico* [que cura mediante actividad manual en lugar de sólo diagnosticar y recetar (por ejemplo un cirujano)] *que curó autorizado por la corte rabínica de justicia y daño* [por error provocando una lesión adicional por dicha intervención] *está exento* [de retribución monetaria por parte] *de la corte de justicia humana pero culpable en el juicio celestial* [y en caso que haya ocurrido sin dicha autorización es culpable debiendo retribuir monetariamente] [...] *un enviado* [verdugo] *por la corte rabínica de justicia que flageló* [al reo] *con la autorización de aquella corte y daño* [lesionó más por error] *está exento* [de re-

19 Mishná, "Makot" II:2.

20 Tosefta (ed. Zuckerman-Liebermann), "Makot" II:5. Ver también comentarios a la cita por parte de Itzjak HaKohén Schwadron en su *Minjat Itzjak*.

tribución monetaria], *pero si laceró en mayor medida a lo considerado adecuado* [de forma innecesaria, indebida o fuera de lo comandado], *entonces es culpable* [retribuyendo monetariamente]; *un médico práctico* [que cura mediante actividad manual en lugar de sólo diagnosticar y recetar (por ejemplo un cirujano)] *que curó autorizado por la corte rabínica de justicia y dañó* [lesionó más por error] *está exento* [de retribución monetaria], *pero si dañó en mayor medida a lo considerado adecuado* [de forma innecesaria, indebida o fuera de la apropiada práctica médica], *entonces es culpable* [retribuyendo monetariamente].²¹ Y en este mismo sentido un tercera Tosefta establece también que *un enviado* [verdugo] *por la corte rabínica de justicia que flageló* [al reo] *con la autorización de aquella corte y lesionó* [más de lo previsto] *por error está exento* [de retribución monetaria], *si lo hizo dolosamente es culpable* [y retribuye monetariamente], *y esto es para la enmienda del mundo* [debido a la necesidad social y en beneficio de la gente]; *un médico práctico* [que cura mediante actividad manual en lugar de sólo diagnosticar y recetar (por ejemplo un cirujano)] *que curó con autorización de la corte rabínica de justicia y lesionó* [más de lo previsto] *por error está exento* [de retribución monetaria]; *si lo hizo dolosamente es culpable* [y retribuye monetariamente], *y esto es para la enmienda del mundo* [debido a la necesidad social y en beneficio de la gente]. *Quién practicar un aborto a una mujer* [para salvar la vida de ésta (ver Mishná, *Oholot* VII:6)] *con la autorización de la corte rabínica de justicia, y lesione* [a la mujer] *por error está exento* [de retribución monetaria], *si lo hizo dolosamente es culpable* [y retribuye monetariamente], *y esto es para la enmienda del mundo* [debido a la necesidad social y en beneficio de la gente].²²

Para abreviar y a los efectos de la obligación del médico para curar y la prohibición para abstenerse de ello, cabe resaltar que el Rab Iosef Karo codifica en su *Shulján Aruj* que *La Torá le dio la autorización al médico para curar. Y esto es un precepto. Y está incluido en el principio* [legal] *de salvar la vida* [pikúaj néfesh]. *Y quien se abstiene de curar es un derramador de sangre, incluso cuando haya quien lo cure* [al paciente], *por cuanto no todo hombre tiene el mérito de curar. Y quien no sea su oficio el curar pero que sea un diestro en ello, siempre que no haya alguien más grande* [apto o experimentado] *que él, si no lo hace, es un*

21 Tosefta (ed. Zuckerman-Liebermann), "Babá Kamá" VI:17 y IX:11. Ver también comentarios a la cita por parte de Itzjak HaKohén Schwadron en su *Minjat Itzjak*, donde la numeración de la cita cambia por VI:5-6 y IX:3 respectivamente, y donde respecto de la primera es posible observar algunos pequeños cambios terminológicos obedeciendo a otra versión.

22 Tosefta (ed. Zuckerman-Liebermann), "Guitín" IV:6. Ver también comentarios a la cita por parte de Itzjak HaKohén Schwadron en su *Minjat Itzjak*, donde la numeración de la cita cambia por III:13.

derramador de sangre. Y si curó sin autorización de la corte rabínica de justicia [y daño por error], es culpable penalizado con retribución monetaria, incluso si es alguien experimentado. Y si curó con la autorización de la corte rabínica de justicia y se equivocó y lesionó al paciente, está exento [de retribución monetaria por parte] de la corte de justicia humana pero culpable en el juicio celestial. Y si mata [al paciente], entendiéndolo que es por error, debe exilarse por aquél [a la ciudad de refugio destinada a los homicidas culpables].²³ En la actualidad, el diploma de médico y su correspondiente matrícula profesional emitida por una institución reconocida por la entidad nacional competente es considerado como la autorización de la corte rabínica de justicia.

Ahora bien, a partir de estas tres fuentes citadas surgió entre los exégetas y legistas una serie de interrogantes. En primer lugar, la aparente incongruencia en la afirmación del permiso conferido por la Torá al médico para curar respecto de la postulación del curar como precepto prescriptivo, ya que, de ser una obligación, ésta cancela el permiso como facultad electiva del médico para actuar o rehusar atender al paciente. Una de las explicaciones que resuelve dicha aparente incongruencia, es que la verdadera sanación la otorga Dios como único y verdadero depositario de dicha facultad *per se*, tal como indica reiteradamente la casuística bíblica y hasta de hecho pronunciado por Dios mismo,²⁴ y por ello el permiso es el otorgado por Él al médico para ocuparse en el ámbito de la curación pero instrumentado y limitado a la práctica médica dentro de las variables naturales dadas también por Dios, sin que por ello se obstruya el designio divino sino más bien como un gran servicio a Él.²⁵ Y esto es debido a que dicho permiso se observa en el contexto bíblico y en formato preceptual no sólo en el Éxodo 21:19, sino también ya desde el Génesis 2:7 donde Dios crea al hombre como un ser o alma viviente y cuyo tratamiento en TB, *Taanit* 22b, indica por boca de Rab Iosi la interpretación de la obligación por parte del hombre de sustentar el ser o alma que Dios le otorgó. Así también en el Levítico 18:5 donde comanda el vivir en/por los preceptos incluyente del correspondiente al médico para curar al individuo; y en el Levítico 19:16-18 donde el no deponer ante la vida del prójimo y amar a éste como a uno

23 Josef Karo, *Shulján Aruj* "loré Deá" 336:1. Ver también Iaakov ben A(O)sher, *Arbaá Turim* "loré Deá" 336.

24 Ver Génesis 20:17. Éxodo 15:26; 23:25. Números 12:13. Deuteronomio 32:39. Jeremías 17:14; 30:17. Salmos 6:3; 30:3; 103:3; 107:20; 147:3. Iov 5:18.

25 Ver Mishná, "Nedarim" IV:4 y los comentarios de Maimónides en su *Pirush HaMishná* al "Nedarim" IV. Maimónides, *Shmoná Prakim* (Jerusalem, 2004) V, pp. 62-72. Ver también Shlomo ben Adret (c.1235-c.1310), *ShU" T HaRaShbA* (Bnei Brak, 1958), vol. I: 413, pp. 144-150.

mismo, es citado por el Rab Eliézer Waldenberg para demandar del médico su deber para la asistencia en pos de salvar al paciente o bien disminuirle los sufrimientos.²⁶ Mismas consideraciones son aplicadas respecto del Levítico 25:36 donde comanda la obligación de asistir al prójimo para que pueda vivir contigo, y del Deuteronomio 4:15 al preceptuar a todo individuo que cuide su ser o alma, los cuales son también interpretados por diversos legistas como incluyentes de la obligación del médico para con quien requiriese de sus servicios. Por ello, una vez permitido incursionar en este ámbito surge entonces la obligación del hombre para sanar a su prójimo en la medida de sus posibilidades y conocimientos, penalizándolo en caso de abstenición, dado que en términos de causas medias la vida del paciente ahora depende del médico, aunque por su primera causa siempre de Dios.²⁷

Por otro lado y respecto de la obligación de atender, curar o paliar sufrimientos por parte del profesional médico al paciente, en aquellas citas de la Tosefta si bien se analogan respectivamente y en los mismos términos el accionar del médico con el del verdugo, no obstante y dado que nunca se predica del verdugo aquel permiso que la Torá confiere al médico –más allá de la autorización de la corte para sus respectivas labores–, la analogía entre la obligación del médico de curar y la del verdugo para cumplir lo decretado por la corte rabínica de justicia, y entre el error del médico que causare la muerte del paciente con el error del verdugo que causare la muerte del penalizado existe una diferencia específica entre ambos la cual radica en aquel permiso otorgado al médico para curar deviniendo luego en dicha obligación, entendido como una mayor contemplación hacia el médico por algún error que causare la muerte no intencionada de su paciente. Pero, por otro lado, las ya mencionadas citas de la Tosefta no especifican exactamente a qué tipo de error refieren tanto en la práctica médica como en la ejecución de la pena por parte del verdugo. Y más aún, la Mishná, *Makot* II:2 en nombre del *tanaita* Aba Shaúl (s. I e.c.) indica que el verdugo enviado y autorizado por la corte rabínica de justicia que azota al sujeto así penalizado y éste muere, no es exilado a la ciudad de refugio destinada a los homicidas culposos, y por ende también en dicha asociación comparativa el médico tampoco lo sería, contrariando de hecho la citada primera Tosefta. Es por ello que, esta falta de especificidad respecto del error del médico más la obviedad de referir aquellas citas a errores distintos, produjo ciertas discusiones sobre la pena de exilio ante la muerte del paciente a manos del médico, pudiendo observar, aunque ciertamente en menor grado la misma dinámica

26 Eliézer Waldenberg, *Tzitz Eliézer* (Jerusalem, 1985), vol. XV:38, pp. 99-101.

27 Ver comentarios de RaShí al TB, *Babá Kamá* 85a. Ver también David Halevi, *Turei Zaav* "loré Deá" 336:1.

respecto del error que obliga o exime al médico de indemnización económica al paciente por lesiones. No obstante y de todas formas los posteriores legistas han podido resolver dicha disputa estableciendo el siguiente criterio que permite comprender la racionalidad y las consideraciones implícitas en la formalización de la Ley.

Sistematizando lo declarado por las citas de la Tosefta más la citada última Mishná, *Makot* II:2, es posible observar que en el caso del verdugo el error que causare la muerte del sujeto de punición y descartando la acción dolosa, pudo ser por dos motivos. Por haber errado la corte rabínica de justicia en la cantidad de azotes considerando que estos no matarían al sujeto estando el verdugo obligado a acatar exactamente lo dictaminado por aquella corte, caso en el cual éste queda exento de exilio debido a que su accionar fue en favor del cumplimiento preceptual.²⁸ O bien por haber el verdugo obrado negligente o culposamente aplicando más azotes que los dictaminados por la corte o de forma innecesaria o indebida, donde ciertamente el verdugo es penalizado con exilio por homicidio culposo.²⁹ Similarmente y sin provocar la muerte en el sujeto de punición, cuando el verdugo accidentalmente dañe en demasía o provoque una lesión no prevista en aquel sujeto está exento de pago indemnizatorio, incluso en caso de no poder determinar si efectivamente no hubo dolo. Contrariamente, el verdugo deberá resarcir económicamente al sujeto de punición en caso que, aquellas lesiones adicionales hayan sido provocadas dolosamente o con saña incluso de haber obrado dentro de los límites técnicos conforme a lo dictaminado por la corte. Y más aún si aquel incremento en las lesiones obedece a un obrar punitivo innecesario, indebido o fuera de lo comandado.

No obstante, y para el caso del médico -aclarando que se trata del profesional que instrumenta la cura o tratamiento con acciones físico químicas directas por propia mano sobre el cuerpo del paciente-, y descartando los casos donde existe el dolo, la única cita de la Tosefta que refiere a la muerte del paciente a manos del médico indica básicamente que por todo error de éste que provocare la muerte de aquél deberá exilarse. Aunque en la inferencia a partir de la citada Mishná habría errores por parte del profesional médico que lo eximirían del exilio ante la muerte de su paciente. Sin embargo, aun cuando dentro de las citas de la Tosefta subsiste cierto grado de indefinición respecto del tipo de error del médico que provocare

28 TB, *Makot* 8a. Maimónides, *Mishné Torá* "Ilijot Rotzeaj uShmirat HaNéfesh" V:5-6. Najmánides, *Jidushei HaRaMbaN al HaSha"S* (Jerusalem, 1970), vol. "*Makot*" 8a, pp. 56-60.

29 Mishná, "*Makot*" III:14. TB, *Babá Kamá* 32b.

daños o lesiones adicionales en el paciente y por lo cual aquél estaría exento o bien obligado a indemnizar económicamente a su paciente, es posible observar al menos la incipiente diferencia entre el error accidental o la falta devenida del obrar innecesario, negligente, indebido o fuera de la apropiada práctica médica. En este sentido, es posible considerar la exención de pena indemnizatoria por parte del médico, si obrando con la suficiente escrupulosidad y profesionalismo provocara en el paciente accidentalmente y dentro de los parámetros normales de error humano, lesiones mayores a las consideradas propias de la estricta y técnica práctica médica. Aquí el médico, incurriría en lo actualmente denominado como "iatrogenia clínica" donde el paciente padece de una lesión o daño que antes no tenía y cuya causa es derivada de la propia atención médica incluyendo también el agravamiento de determinada patología o el surgimiento de otra causada por el acto médico que a pesar de haberse realizado debidamente no ha conseguido la recuperación de la salud del paciente. Pero, en caso que el médico no haya obrado con dicha debida suficiencia sino displicente y negligentemente incurriendo en errores por imprudencia, y como consecuencia el paciente padezca lesiones adicionales por dicha mala praxis ciertamente deberá el médico resarcir al paciente económicamente. No obstante y como ya se ha mencionado, esta inferencia y distinción entre error culposo o accidental no es referida en las citas para el caso de muerte del paciente dado que sólo en la primera de estas citas de la Tosefta refiere al caso de exilio del médico por el error que causó la muerte de su paciente, pudiendo considerar *prima facie* la irrelevancia entre lo culposo o accidental en caso de muerte del paciente a manos del médico debiendo éste exilarse, pero no engarzando racionalmente dicha consideración con la inferencia a partir de la Mishná citada.

En relación a la última cita de la Tosefta donde se explica que la exención o punición económica que le cupiese al verdugo así como al médico en función del carácter culposo, accidental o doloso de su obrar y por el cual provocó lesiones adicionales en sus respectivos sujetos objetos de acción, y que todo ello es en pos de la enmienda del mundo por una necesidad social y en beneficio de la gente, Najmánides (1194-1270) indica que *Quiere decir, que es posible que el médico diga [renunciando a su profesión o no deseando serlo] por qué me inmiscuiré en estos problemas, dado que posiblemente me equivoque y me encuentre con que maté a personas por error; por ello, la Torá le dio el permiso de curar.*³⁰ Aquí parece extender o ampliar aquella exención de indemnización económica por parte

30 Najmánides, *Kitvei RaMbaN* (Jerusalem, 2006), vol. II, *Torat HaAdam*, "Inián Sacaná", pp. 41-43.

del médico hacia el paciente en caso de iatrogenia clínica, a cuando accidentalmente el médico provocare la muerte del paciente interpretando el citado permiso dado por la Torá, como aquella extensión de dicha exención no distinguida al menos en la citada Tosefta. Similar argumento analizado para el caso del verdugo se aplica también para el juez, cuando sin intención ni negligencia sino dentro de los parámetros normales considerados de error humano, se equivocan respectivamente lidiando con la vida del sujeto de punición o el procesado, así dispuesto en TB, *Sanhedrín* 6b³¹ y luego codificado en el *Shulján Aruj*.³² Donde además el Rab Moisés Ísserles (1530-1572) en sus comentarios³³ claramente declara que el juez no debe abstenerse de juzgar por temor a no encontrar la verdad, sino que debe llevar a cabo sus oficios y funciones con toda la rigurosidad metodológica del caso y con el mayor temor a Dios, examinando e investigando en detalle lo que tiene a la vista hasta obtener la mayor claridad posible respecto del episodio o caso en cuestión.

Y a esto debería agregarse el hecho que la Tosefta siempre refiere al *rofé umán*, expresión en hebreo traducida como "médico práctico" en el sentido del profesional que instrumenta la cura o tratamiento con acciones físico químicas directas por propia mano sobre el cuerpo del paciente, distinguiéndolo del otro denominado "médico que cura con brebajes y drogas", pudiendo ser éste el clínico quien ejerce su profesión más desde el diagnóstico y el tratamiento medicamentoso. Estableciendo así las diferencias del caso para el error de cada uno y en analogía con el caso del verdugo que cumple lo dictaminado por la corte rabínica de justicia, donde si ésta se equivocara en la intensidad punitiva muriendo el reo al ejecutar el verdugo aquel dictamen, éste quedará exento de exilio, tal como se infiere de la citada Mishná, *Makot* II:2.³⁴ En otras palabras, fuera del accionar doloso, por un lado es posible inferir que ante el error accidental en la práctica médica habiendo actuando con todo rigor, suficiencia e idoneidad profesional disponible, el médico estaría exento de punición económica por lesiones adicionales o de exilio por la muerte del paciente, como consecuencia de la permisión dada por la Torá y así interpretada por Najmánides. Mientras que las lesiones o muerte provocadas

31 Ver también comentarios de RaShí a la cita talmúdica.

32 Iosef Karo, *Shulján Aruj* "*Joshen Mishpat*" 15:4-5.

33 Moisés Ísserles, *Mapá* "*Joshen Mishpat*" 15:4-5. Ver TB, *Sanhedrín* 32a-b para las variables respecto de un fallo erróneo y su eventual método de rectificación tanto del fallo como de las implicancias por los daños. Ver también Najmánides, *Kitvei RaMbaN* (Jerusalem, 2006), vol. II, *Torat HaAdam*, "*Iníán Sacaná*", pp. 41-42.

34 Ver Shimón ben Tzémaj Durán (1361-1444), *ShU"t HaTaShbeTz* (Lemberg, 1891), vol. III:82, p. 9a.

por negligencia o desidia en la implementación son penadas económicamente o con exilio en los respectivos casos. Y a ello es posible adicionar en la asociación comparativa entre la corte rabínica de justicia y el verdugo, la distinción entre la muerte del paciente por el error del médico diagnosticador o propedéutico pero cuyo tratamiento prescripto se aplica por otro en la debida forma según aquella presunción, donde el médico instrumentador estaría exento de exilio; y la muerte del paciente debido al diagnóstico correcto pero el error en la implementación del tratamiento prescripto, donde el médico instrumentador sería penado con exilio. Resulta claro que en esta analogía el diagnóstico hace las veces de dictamen de la corte de justicia y el profesional que implemente el tratamiento acorde al diagnóstico -pudiendo ser el mismo que diagnosticó-, equivale al verdugo, siendo siempre el error del instrumentador en ambos casos más crítico por tener una acción directa sobre la muerte del sujeto en cuestión y sin dejar alternativa al paciente respecto del accionar. Dinámica o posibilidad que sí se da entre el médico diagnosticador y el propio paciente quien tiene la posibilidad de decidir si implementar o no el tratamiento medicamentoso o la intervención física indicada por aquél. Pero de todas formas si este error del médico práctico fuese accidental no resulta culpable penalizándolo con exilio, aunque en caso de error culposo se considera que el médico no está actuando cumpliendo con su precepto al igual que el verdugo quien por obrar de la misma forma su sujeto de punición muere y por ello le cabe el exilio como pena.³⁵ Así, la negligencia por la cual el verdugo se excediera en el número de azotes al que fuese el culpable sentenciado, o bien el médico lesione más de lo adecuado, provocando la muerte de los respectivos sujetos objeto de acción, sí es penada con exilio en ambos casos. Mientras que, si el diagnóstico médico o el dictamen de la corte fuesen resultado de la desidia o falta de adecuado rigor profesional, se exime por la muerte de sus respectivos sujetos objetos de acción, tanto al verdugo como al médico que instrumentare el tratamiento siempre que hayan seguido obligadamente las directivas de la corte o del diagnóstico, y que no se pueda hacer depender aquella muerte por otra causa.

Es posible observar aquí que en el caso del médico instrumentador y a diferencia del verdugo, resulta relevante para el primero si el error que produjo la muerte de su paciente fue accidental o por negligencia, determinando su exención o exilio, contrariamente al verdugo donde acorde a las citas y las inferencias hasta ahora expuestas es irrelevante si su error por el cual murió su sujeto de punición fue accidental o negligente -siempre que no sea doloso o debido al error en la

35 Jaim Iosef Azulay (1724-1806), *Sefer Tov Ain* (Jerusalem, 1961) IX:8, p. 15a.

cantidad de azotes decretado por la corte rabínica de justicia-, debiendo exilarse de todas formas. Es por ello que el Rab Nisim de Gerona (1320-1376),³⁶ tomando algunas expresiones de Najmánides y bajo el mismo criterio ya expuesto, considera el error accidental del médico práctico y en cualquier caso como una situación de coacción, caratulándolo bajo la figura legal expresada en hebreo con el término *anús* "compelido", por cuanto el precepto de curar lo obliga a accionar sin tener otra alternativa ni poder abstenerse de ello, resultando entonces que el permiso conferido por la Torá al médico para curar es precisamente dicha exención de pena ante estas circunstancias donde el médico obra acorde y limitado a sus posibilidades. Exención que no se aplica al verdugo. Más aún, esta analogía médico-verdugo si bien es aplicable a las situaciones promedio trasciende, en el caso del médico, al estricto profesional de la salud ya insinuado en las citas de la Tosefta, debido a que allí no indica que necesariamente sea un médico quien practique el eventual aborto para salvar a la mujer, pudiendo inferir similares conclusiones para quien no siendo médico y que ante la situación por la cual no teniendo otra alternativa que obrar por sí mismo en pos de salvar la vida ajena dado que así se lo comandan los diversos versículos ya citados *supra*, mata accidentalmente. Y por ello hay que distinguir el obrar del verdugo cuya acción punitiva es en sí misma potencialmente letal y por ende resulta claro que cualquier error en su implementación fácilmente conduciría a la muerte del sujeto penalizado, a diferencia del actuar del médico o de quien no siéndolo se encuentra ante la situación límite mencionada pero cuya intención es salvar la vida del otro. Tal como lo dictamina el Rab Moisés Sofer (1762-1839),³⁷ cuando exime de pena de exilio, aunque no de su expiación mediante otras variables que enmienden de alguna manera su falta, a una mujer quien tratando de revivir a una niña quien se había desvanecido pensó en darle un poco de brandy o aguardiente a dichos efectos, y equivocándose en el rápido y desesperado obrar tomó la botella que contenía *keronese* matándola. En contraposición al caso de pena de exilio que le cabe a quien obrando dentro de su propiedad arrojase por error un piedra al dominio público matado allí a una persona tal como ya se mencionó. Cabe por otro lado enfatizar aquí que la no profesionalidad de la mujer y su fatal inadvertencia al intentar salvar a la niña, son diferenciadas por Sofer si esto hubiese ocurrido con un médico quien, por cuyo conocimiento y entrenamiento profesional en la advertencia y cálculo de conse-

36 Nisim de Gerona, *Jidushei HaRaN* (New York, 1946), vol. "Sanhedrin" 84b, p. 155.

37 Moisés Sofer, *ShU"t Jatam Sofer* (New York, 2008), vol. I "Oraj Jaim" 177, pp. 327-328; vol. V "Joshen Mishpat" 184, p. 364.

cuencias posibles y previsibles en cuanto a los procedimientos, no se lo exige de tal error constituyéndose aquí aquel mismo acto en negligencia.

Una vez entendido el racional devenir y engarce de aquellas fuentes en la formalización de la Ley en esta cuestión, es posible comprender en detalle el dictamen sintético y lacónico que tanto el Rab laakov ben A(O)sher (c.1270-c.1340) así como por sobre todo el Rab Iosef Karo (1488-1575), formulan en sus respectivos y pilares códigos legales tal como ya fueron mencionados y citados *supra*.

Por otro lado, también cabe notar que si bien ambos códigos fueron compuestos en función de las consideraciones legales, *halájicas*, aplicables en su contemporaneidad, esto es, excluyendo aquellas cuestiones legales instrumentadas sólo en tiempos bíblicos o durante la existencia del Templo de Jerusalem, mantienen sin embargo en sus formulaciones legales la figura del exilio como punición para el caso en cuestión del médico -por sobre todo el Rab laakov ben A(O)sher quien utiliza el mismo lenguaje que Najmánides-, a sabiendas que dicha pena está fuera de contexto dado que las ciudades de refugio otrora existentes ya no lo son, y que tampoco existe el *Kohén Gadol* "Gran Sacerdote" para determinar con su fallecimiento la liberación del culpable de la ciudad de refugio, además de la ya mencionada derogación de juicios penales por corte rabínica de justicia debido a la inexistencia del *Sanhedrín*. De hecho legalmente está prohibido establecer ciudades de refugio en otros países ni otras que aquellas explícitas mencionadas en la Torá.³⁸ Es posible entonces que en dichos códigos simplemente al proseguir con la formulación por sobre todo de Najmánides y a partir de las fuentes ya analizadas, mantengan la misma expresión lingüística pero sin necesidad de distinguir en su lacónico lenguaje entre error accidental y negligencia, ya que de hecho en ningún momento lo hacen, pudiendo esto obedecer a que ya sea una u otra, la penalización de exilio ya no es implementable. Cabe en este sentido mencionar que, si bien algunos pocos han considerado el exilio referido en estos códigos no como actual sino por juicio y mano celestial, o bien a la punición mediante la mudanza o traslado a otras localidades comenzado de nuevo con su profesión como método expiatorio, aquí se sigue la interpretación conforme a la mayoritaria exegética jurídica y acorde a lo más plausible respecto de la propia metodología y fuentes expuestas. Por otro lado y más allá de la actualización contemporánea de la pena de exilio, algunos han argumentado que estos códigos al mantener dicha

38 Ver Aharón HaLeví (1235-c. 1290), *Sefer HaJinuj* (Jerusalem, 2000) 410, pp. 557-558. Iosef Babad (1801-1974), *Minjat Jinuj* (New York, 1966), vol. II:410, pp. 36b-37b (72-74). Itzkaj ben Moisés (c.1180-c.1250), *Or Zarúa* (Zhitomir, 1862), vol. I:112, p. 20b (40).

tipificación penal para el médico por la muerte de su paciente debido a su error y sin discernir entre lo accidental y la negligencia, han considerado que ante la muerte del paciente a manos del médico por error de éste, dicho profesional debe exilarse por cuanto no cumplió su precepto de curar, contrariamente a la exención del verdugo si su sujeto de punición muere al recibir los azotes por cuanto aquél estaba cumpliendo su correspondiente precepto. Sin embargo, este argumento que pretende desvanecer la diferencia entre lo accidental y lo culposo, no es del todo certero por cuanto aun en los tiempos donde era posible dicho exilio o bien bajo la interpretación de un exilio celestial y aun bajo la consideración de la relocalización del profesional, así como el médico no sanó a su paciente el verdugo tampoco cumplió con la cantidad de azotes y por ende tampoco con el precepto en su totalidad. Y de considerar que ambos estaban en el transcurso de la implementación total del precepto, la exención del exilio para el verdugo cumpliendo exactamente lo dictaminado por la corte, es análoga al error accidental del médico o bien a la correcta implementación del tratamiento mal diagnosticado motivo de la muerte del paciente y no necesariamente por negligencia o desidia del médico práctico, lo cual constituye una diferencia específica insoslayable inferida de la Mishná, *Makot* II:2, en conjunción a la citada Tosefta más el explícito y diferencial permiso otorgado por la Torá al médico, tal como ya se analizó.³⁹ Y así lo entiende el Rab Jejiel HaLevi Epstein (1829-1908), quien en referencia a la muerte accidental distinguiéndola de la culposa explica y *si muere* [el paciente] *debido a la práctica médica y se descubre* [se encuentra que] *que se equivocó* [el médico], *ciertamente se exila por aquél cuando hay lugar para hacer depender el caso de la negligencia del médico o que no obró o consideró correctamente* [la situación acorde a la rigurosidad que tuvo que haber tenido]; *pero sin este motivo me parece que no debe exilarse [...]* en mi humilde opinión así se explica la Tosefta y lo dicho por Najmánides que es reiterado en el *Arbaá Turim* y el *Shulján Aruj*, y ver también el *Beit Iosef*, y si se analiza se encontrará fácilmente esta explicación como suficiente.⁴⁰

Resulta importante enfatizar aquí que el permiso conferido por la Torá al médico y la exención diferencial respecto del verdugo cuando su sujeto objeto de

39 Ver el comentario a Maimónides por parte de Meir Simja HaKohén (1843-1926), *Or Sameaj* (Tel Aviv, 1962), vol. III "*Ilijot Rotzeaj uShmirat HaNéfesh*" V:6, pp. 27b-28a (54-55). Ver también Jaim Azulay, *Birkei Iosef* (Jerusalem, 1990), vol. "*Ioré Deá III*" 336: 6, pp. 290-291. Rab Abraham Maskil Leitán (1788-a.1880), *Iad Abraham "Ioré Deá"* 336 en edición citada del *Shulján Aruj*.

40 Jejiel HaLevi Epstein, *Aro(uj) HaShulján* (Vilna, 1924), vol. "*Ioré Deá II*" 336:2, p. 1b (2).

acción muere a causa de un error accidental, no significa impunidad en la mala praxis. Más bien, la facilidad para que quien esté facultado para curar o desee ser médico no se abstenga de ello y por ello tomando en consideración su permanente y alta exposición a situaciones riesgosas, de rápidas decisiones críticas y en situaciones donde no siempre es habiente de los necesarios recursos, influyendo todo esto en el aumento de la probabilidad de error humano o imposibilidad de poder actuar tal como debiera en condiciones más favorables, y sin que por ello se lo condene como un homicida culposo en caso de muerte del paciente o debiendo indemnizar económicamente a éste por lesiones adicionales. Pero que ante la lesión o daño doloso o culposo y más aún ante el homicidio culposo, obrando de forma negligente, indebida, desidiosa o fuera de la profesionalidad que demanda la práctica médica, el profesional sea juzgado por la corte rabínica de justicia debiendo pagar indemnización o exilarse según el caso.⁴¹

Siguiendo estos criterios generales, en la actualidad, el Rab Shmuel Wosner⁴² establece que el médico quien por desidia o negligencia implementara una cirugía en un lugar que no fuese el correcto provocando daños, debería retribuir económicamente al damnificado, y que únicamente en caso de no ser posible determinar dónde hubiese tenido que operar estaría exento incluso de juicio celestial debido a que dicha circunstancia oficia de atenuante. Similarmente es la opinión del Rab Eliézer Waldenberg⁴³ quien analiza y sistematiza los detalles establecidos por diferentes legistas -la mayoría ya citados-, determinando que en caso de un diagnóstico correcto pero que el médico inyectare al paciente una sustancia incorrecta provocándole daños, debe retribuir económicamente al damnificado, así como también exilio, en caso que, el paciente muera debido al incorrecto o negligente obrar en función del profesionalismo demandado. Sin embargo, si se han tomado todas las medidas terapéuticas del caso y se las ha implementado correctamente, pero la calidad del instrumental o de los medicamentos no eran las adecuadas, el médico está exento siempre y cuando el error no haya sido intencional. Planteando también el caso donde el diagnóstico sea el correcto pero el error provenga por parte de la preparación de la sustancia inyectada por un

41 Ver Shabetai ben Meir HaKohén, *Sifté Kohén "Ioré Deá"* 336:1.

42 Shmuel Wosner, *Shévet HaLevi* (Bnei Brak, 2002), vol. IV:151, p. 198.

43 Eliézer Waldenberg, *Tzitz Eliézer* (Jerusalem, 1985), vol. IV:13, pp. 66-72; vol. V "Ramat Rajel" 23, pp. 29.-30.

enfermero.⁴⁴ En esta misma línea el Rab Shlomo Auerbach (1910-1995),⁴⁵ indica que el médico al intervenir quirúrgicamente en una operación que no siempre finaliza con éxito, y bajo el conocimiento y anuencia del paciente, está exento en caso que, aun con su obrar juicioso y prudente cometiera un error accidental que le costara la vida al paciente, no siendo pasible de pena de exilio. Caso contrario, si por negligencia de su parte, por ejemplo, de haber considerado suministrar al paciente la droga correcta para su afección pero finalmente por error suministrando otra que le causa la muerte; o bien que al intentar tomar el bisturí apto para la incisión tomare por error alguno que no estuviera en condiciones para realizar dicha intervención y causara la muerte del paciente; todo ello por razones de descuido, inescrupulosidad y falta de profesionalismo, hacen que le quepa al médico la pena de exilio o bien si no provocó la muerte del paciente pero sí daños o lesiones adicionales debe resarcirlo económicamente. De hecho, esto es compatible con la permisión establecida por el Rab Moshé Feinstein (1895-1986)⁴⁶ para intervenir quirúrgicamente a un paciente que morirá indefectiblemente sin dicha práctica médica aun cuando ésta tiene pocas posibilidades de éxito, e incluso si dicho infructuoso caso motivare su prematura muerte, en relación con el tiempo de vida que le quedaba de no intervenir. Cabe adicionar aquí que dicha permisión desde la perspectiva del paciente, es debido a que siendo este paciente configurado legalmente como un *jaié shaá*, expresión hebrea que designa a quien su esperanza de vida es acotada a días o algunos meses de no curarlo o cambiarle de situación, no se omiten variables ni se toman en cuenta los riesgos a los que quedase expuesto un *jaié shaá* bajo el accionar en favor de salvarlo o curarlo; y además debido a que quien puede salvarlo, en este caso el médico, no deviene en similar peligro permaneciendo como *jaié olam*, expresión hebrea de la figura legal que designa a quien es habiente de una vida permanente sin final prematuro por patologías o situación particular. Esto último referido a la no transgresión del Levítico 25:36 y tratado en TB, *Babá Metziá* 62a, estableciendo que, ante la disyuntiva exclusiva, la propia vida antecede a la de otro, pero no a costa de la acción contra el otro. Es decir, la prohibición de adquirir la condición de *jaié olam* por una acción directa contra otro convirtiéndolo en un *jaié shaá*.

44 En los textos de la cita anterior más *Ibid*, (Jerusalem, 1985), vol. XIV:85, pp. 153-155, el Rab Waldenberg analiza también el caso de una intervención quirúrgica, donde con el fin de enseñar a un médico novato el médico especialista prolongare el efecto de la anestesia por la demanda de mayor tiempo para dicha enseñanza, resultando en la lesión, daño o muerte del paciente.

45 Shlomo Auerbach, *Minjat Shlomó* (Jerusalem, 1999), vol. II:82 (8), p. 320.

46 Moshé Feinstein, *Iguerot Moshé* (New York, 1973), vol. II "loré Deá II" 58, pp. 77-78.

Por último, es posible decir que la exención de retribución económica así como de exilio por parte del médico en caso accidental o de iatrogenia clínica, es con el fin de evitar la no participación en esta profesión debido a que constituye una necesidad social y beneficio para la gente. No obstante y debido a las implicancias que conlleva la práctica médica, las puniciones pertinentes tienen también la función de evitar la mala praxis o la ligereza en las labores médicas castigando a quien no siga las directrices profesionales, alentando a una mejor atención médica para el paciente y a un desarrollo para el profesional sabiendo que por corte de justicia y/o celestialmente, se lo castigará acorde al caso y cuestión cuando no ejerza con el conocimiento, esfuerzo y escrupulosidad apropiada.



LA ENTIDAD DE LA VERDAD EN LA DONACIÓN DE SANGRE: ANÁLISIS DESDE LA BIOÉTICA PERSONALISTA

Fecha de recepción: 11/11/2021

Fecha de aceptación: 25/11/2021

Mg. Dra. Silvia J. Birnenbaum

Contacto: silviabirnenbaum@uca.edu.ar

- Docente e investigadora del Instituto de Bioética- UCA.

Palabras clave

- Bioética
- Donación de Sangre
- Entrevista pre-donación
- Verdad
- Seguridad Transfusional

Key words

- Bioethics
- Blood Donation
- Pre-donation interview
- Truth
- Transfusion safety

RESUMEN

Donar sangre es un acto libre y voluntario, que debe realizarse con responsabilidad, en el marco del bien y la verdad. En este proceso, la selección del donante es esencial y se basa primordialmente en el cuestionario pre-donación que incluye información actualizada sobre conductas de riesgo que podrían asociarse con enfermedades transmisibles por transfusión. Este documento sirve es imprescindible para identificar el período inicial de una infección o la presencia de enfermedades no analizadas en el laboratorio.

Las presentes reflexiones buscan analizar la importancia de la palabra de la persona en el proceso de selección, entendiendo, que la seguridad del mismo, se sostiene en el testimonio veraz. Esto se puede lograr si se cuenta con donantes voluntarios y altruistas, con la intención de hacer el bien al receptor, que actúen con responsabilidad sobre el acto de donación. El único camino para lograrlo, es la formación de donantes comprometidos, debido a que el cuestionario de selección, aporta a la seguridad transfusional proporcionalmente a la veracidad que aporta cada donante.

ABSTRACT

Donating blood is a free and willing act that must be performed responsibly, within the framework of good and truth. In this process, the selection of the donor is essential and is mainly based on a pre-donation questionnaire that includes up-to-date information on risky conducts that could be associated to transfusion transmitted diseases. This document is very useful for identifying the initial stages of an infection or the presence of diseases not analyzed at the laboratory.

The reflections that follow attempt to analyze the importance a person's words have in the selection process, based on the understanding that its safety depends on a true testimony. This can be attained if there are willing and altruistic donors, who wish to do something good for the recipient and who act responsibly when donating. The only way to achieve this is by training committed donors, due to the fact that the degree of transfusion safety provided by the selection questionnaire is proportional to the veracity of what each donor says.

LA SANGRE COMO ELEMENTO DE VIDA

La necesidad de contar con donantes de sangre

La sangre se ha considerado el líquido vital por excelencia desde el principio de la historia del hombre, por lo que su introducción al cuerpo humano, con el objeto de restaurar su salud, ha sido motivo de múltiples ensayos.

Los inicios de la transfusión de sangre se remontan muy lejos en el pasado, y muestra el deseo del ser humano de vencer a la vejez y la enfermedad por medio de la infusión del fluido rojo tan particular, que en todos los tiempos ha representado a los ojos de los hombres, un principio esencial para la vida.

Para el equipo de salud se impone, cada vez con mayor fuerza, una tarea que alcanza a todas las personas: la responsabilidad de preservar, custodiar y promover la integridad y dignidad de la vida en todas las prácticas sanitarias, incluida la donación y transfusión de sangre. El punto de partida es el mismo hombre, en su calidad de donante.

La sangre en la vida de la humanidad

La sangre era concebida en la antigüedad como fuente de vida o estaba relacionada con ella. Fue protagonista de pociones fantásticas, como en las recetas de los Papiros Mágicos Griegos.¹ En varias culturas aparece en los relatos de la creación, como por ejemplo en la mitología babilónica.² La creación del hombre se realizó con sangre divina y arcilla, según se halla en el relato de Tiamat, diosa del Caos y la Creación. Como parte de la organización del universo, la humanidad fue creada a partir de la sangre de Kingu, su esposo. El fluido rojo se esparció, y de ella surgieron los humanos. Las lágrimas de Tiamat se convirtieron en las nacientes del río Tigris y el Éufrates, dentro de los cuales florecieron las antiguas civilizaciones mesopotámicas.³ Otro ejemplo es el mito creacionista chino, el cual relata que con la sangre de Pangu se formaron los ríos y los lagos, donde luego se desarrolló la vida. También Asclepio, deidad griega de la medicina o Esculapio para la socie-

1 Calvo Martínez J, Sánchez Romero M. Traductores. Textos de magia en papiros griegos. Ed. Gredos. Biblioteca Clásica Gredos, 105. Madrid, 1987.

2 El Enuma Elish o "Poema Babilónico de la Creación", narra la historia de la creación del hombre a partir de la sangre de los dioses que les dan vida.

3 Blázquez L. Mitos de creación en Mesopotamia. Sánchez León (ed.), II Cicle de conferències. Religions del mónantic: la creació, Palma de Mallorca 2001; p. 37-61.

dad romana, utilizó sangre de Medusa para curar a sus pacientes: el líquido rojizo del lado derecho era un poderoso veneno mientras que el fluido que brotaba por su izquierda era curativa y podía resucitar a los muertos.⁴

Dentro de las leyendas americanas, en el Popol Vuho, Libro del Consejo de los Indios Quichés, estaba pintada la aparición de los primeros pobladores, que fueron creados con alimento y bebida saludable en el interior; maíz blanco y amarillo formaron su carne y líquidos con los que hicieron su sangre, para darles vigor.⁵ Para los Mayas la sangre también se vinculaba con la vida, lo más valioso del hombre. Justamente por esto, en los sacrificios humanos, se recogía y entregada a los dioses la sangre de la víctima.⁶ En Argentina, es popular la leyenda de Amancay, una mujer que buscaba curar a Quintral, hijo del cacique de la tribu Vuriloche. En el intento, un águila le saca el corazón, y donde caen las gotas de su sangre, crecen bellas flores. Son las que se encuentran en la zona boscosa andino-patagónica que llevan su nombre.⁷ Nuevamente de la sangre brota la existencia.

La sangre en las grandes religiones monoteístas es considerada símbolo de vida. Entre las culturas de judíos y cristianos existe hilo rojo que las une desde el comienzo de los tiempos y hasta la actualidad, ya que la sangre es un tema central que aparece en diversos textos y preceptos. Está presente en las creencias y rituales: la sangre de los sacrificios de animales en época del Gran Templo y la sangre de Cristo; en el cordero pascual y en el símbolo eucarístico; en la circuncisión y en los dinteles de las casas hebreas luego del sacrificio pascual, preservando la vida de sus habitantes. Ambas religiones coinciden en que la sangre es un signo de existencia. Es un elemento más del patrimonio espiritual común que las une, como también lo es la liturgia. Este rojo tejido es intermediario entre lo corpóreo y lo espiritual, para los judíos y los cristianos de la misma manera.⁸

Las transfusiones en la historia: Intentos de utilizar la sangre para preservar la vida

4 Sten M. Cuando Orestes muere en Veracruz. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Facultad de Filosofía y Letras. 2003:117.

5 Silo. Mitos Raíces Universales. Ed Planeta.1991.

6 Ayala R. Mitos y leyendas de los mayas. Barcelona: Ed Brontes; 2019. p.124-9.

7 Casona A. Flor de leyendas. Ed. Losada. Buenos Aires ,1989.

8 Biale, D, Sangre y creencia: una introducción a un símbolo judío. En: Hart MB, ed. Sangre judía: Realidad y metáfora en la historia, la religión y la cultura. Routledge, 2009; 14- 30.

En 1492, los médicos del Papa Inocencio VIII habían agotado todas las terapéuticas de la época para paliar su enfermedad. Se optó entonces por realizar un intercambio de sangre del viejo Pontífice por la de jóvenes llenos de salud. Se eligieron tres dadores de 10 años, llenos de vida. Los niños fueron desangrados, pero como la sangre se *coagulaba*⁹ constantemente, la transfusión no fue posible.¹⁰ No obstante, este es el primer caso conocido y documentado de intento de transfusión.

Más de 150 años después, en 1665, Richard Lower realizó los primeros experimentos exitosos de transfusión de sangre directa entre animales, después de varios ensayos fallidos debido a que la sangre se coagulaba al extraerla de los seres vivos. Finalmente, un año después fue viable realizar la primera transfusión exitosa de animal a animal, en la historia de la medicina.¹¹ La posibilidad de transfundir sangre de animal a hombre quedó abierta a partir de 1667 cuando, Jéan Baptiste Dénis transfundió a un chico de 15 años que tenía un cuadro febril asociado a una extrema debilidad. El dador fue un cordero. Luego de este procedimiento triunfante, realizó otros intentos. Sin embargo, no todos los ensayos fueron exitosos por lo que finalmente el Tribunal Francés, en 1668, hizo un severo llamado de atención sobre la peligrosidad de las transfusiones. Fueron consideradas terapéuticas extraordinarias y peligrosas, por lo que se prohibió a los médicos efectuarlas. En el siguiente siglo y medio, la transfusión sanguínea fue borrada del arsenal terapéutico.¹²

Una nueva era comenzó con James Blundell, quien realizó en 1818, la primera transfusión homóloga¹³ humana en la historia la medicina.¹⁴ Aunque este procedimiento no salvó la vida del receptor fue el primero de muchos otros. Con la transfusión homóloga firmemente asentada, otros investigadores intentaron resolver el problema de la coagulación, que rápida e inevitablemente se producía al efectuar el procedimiento y no permitía almacenar el tejido. Los inconvenientes

9 Coagulación: Proceso por el cual la sangre pierde su liquidez convirtiéndose en un gel. Al formar un coágulo la sangre se torna semisólida. Este proceso ocurre espontáneamente, al mantener la sangre fuera del cuerpo, a temperaturas inferiores a la corporal.

10 Lindegoom GA. The history of a blood transfusion to a Pope. *J Hist Med* 1954; 9:455-462.

11 Barsoum N, Kleeman C. Now and Then, the History of Parenteral Fluid Administration. *Am J Nephrol*. 2002; 22:284-9.

12 Starr D. Historia de la Sangre. Leyendas, Ciencia y Negocio. Barcelona, Ediciones BSA, 2000.

13 El término homólogo indica que donante y receptor pertenecen a la misma especie. En este caso ambos, son humanos.

14 Maluf MFR. History of blood transfusion. *J HistMed* 1954; 9: 59-107.

que ocasionaba este proceso obligaban a utilizar métodos transfusionales directos de vena a vena o de arteria a vena.¹⁵ Sin embargo, que se coagulara la sangre durante el procedimiento no era el único problema a vencer, ya que no se conocían los grupos sanguíneos y había muertes por incompatibilidad; tampoco se realizaban los procedimientos en forma estéril por lo tanto había infecciones posteriores. Sumado a esto, no se pensaba en el control de las enfermedades transmisibles por la sangre.

En 1840, Samuel Amstrong Lane efectuó la primera transfusión de *sangre total fresca*¹⁶ para tratar un paciente con hemofilia.¹⁷ La administración directa donante-receptor tenía como inconvenientes la imposibilidad de medir la cantidad de sangre que pasaba al receptor, el traumatismo de la arteria radial del dador, y que el procedimiento había que realizarlo con el donante y el paciente uno al lado del otro ya que el tejido no se podía almacenar para su uso diferido. Comienza entonces la búsqueda de una sustancia química que evitara la coagulación pero que estuviera exenta de toxicidad para el receptor y mantuviera inalterables las propiedades esenciales de la sangre. El producto elegido fue el citrato de sodio.¹⁸

La primera transfusión de sangre citratada realizada entre seres humanos fue reportada por Hustin en Bruselas, en marzo de 1914.¹⁹ En noviembre de ese mismo año, Luis Agote en Argentina, realizó la primera demostración pública de una transfusión de sangre anticoagulada, segura y eficaz.^{20,21} Con esta experiencia se introduce el uso del citrato como medio de conservación permitiendo abrir una nueva etapa en el proceso de transfusión de sangre: se posibilita el almacena-

15 Keynes G. Prefacio e Historia de la transfusión de sangre. En: Transfusión de sangre. Aguilar: Madrid, 1953; 9: 3-39.

16 *Sangre total*: Es el producto que resulta de la adición de anticoagulante a la sangre obtenida directamente de un donante. Es el material biológico recolectado en la bolsa de extracción.

17 Lane S. Hemorrhagic diathesis: successful transfusion of blood. Lancet 1840; 1:185-188.

18 La sangre se mezcla con una solución de anticoagulante como citrato, que produce una quelación de calcio iónico, evitando la coagulación. De esta manera, mantiene la sangre en estado líquido y permite la viabilidad de los glóbulos rojos durante su período de almacenamiento.

19 Hustin A. Note sur une nouvelle méthode de transfusion. Annales et Bulletin des Séances: Société des Sciences Médicales et Naturelles de Bruxelles 1914; 72:104-11.

20 Casais De Corne AE, Fernández A, Lardies González J. Panorama histórico de la medicina argentina. Buenos Aires: Palermo, 1977: 130- 1.

21 Flores R. Principios de la Práctica Transfusional. En: Carrillo ER, Pérez C. Medicina Transfusional en el Período, Clínicas Mexicanas de Anestesiología. Editorial Alfil México, 2016;28:1-12.

miento para su posterior infusión. Esto trae al escenario un nuevo problema: la elegibilidad del donante de sangre.

Como evidencia previa a la implementación del anticoagulante, donante y receptor debían unirse por un medio físico para lograr la dación de sangre. En la actualidad ambos siguen vinculados, pero por un lazo impalpable que los une, la donación de sangre. Una dádiva que porta la esencia de la gratuidad y el respeto. Es una relación asimétrica, donde sano y enfermo se vinculan por esta acción concreta que excede la materialidad de lo donado.

Nadie duda que donar sangre es bueno. Tampoco se vacila sobre si son necesarios dadores. Sin embargo, no todo lo que es bueno, es obligatorio y no todo aquel que quiere donar, es elegible para hacerlo. De ahí surge la necesidad de contar con donantes elegibles, para poder obtener estos productos vitales con la seguridad necesaria para generar el bien.

EL ACTO DE DONAR SANGRE

La donación como compromiso ético

La donación es un acto social que se realiza desde la intimidad del individuo; podría comprenderse como un medio de supervivencia de la especie. Según el diccionario de la Real Academia Española, la donación es el acto por el que alguien transmite gratuitamente algo que le pertenece, a favor de otra persona que lo acepta. La otra acepción es acción y efecto de donar. Sin embargo, en relación a la sangre, es más que eso. Es un suceso de cohesión social y solidaridad. En su dimensión ética, esta constituye un valor propio de la condición humana, que se fundamenta en el hecho de vivir en comunidad; fortalece las relaciones entre los miembros y el sentimiento de pertenencia a la misma. Quienes donan y quienes reciben no llegan a conocerse ya que la donación es un hecho físicamente individual, a pesar de ser social y colectivo; se hace por y para la sociedad. Este acto se basa en el principio de solidaridad, que fortalece los lazos entre humanos, y de compasión, ya que se dona parte del cuerpo del individuo sano para que el sufriente siga viviendo.²² Es meritorio si los peligros, y los riesgos físicos y psi-

22 En la *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*, art. 13, se establece que se debe promover la solidaridad entre las personas. Esto, se enmarca dentro de los artículos relacionados con la cooperación y la responsabilidad social. En el art. 24 - punto 3, enuncia que los estados deben promover la solidaridad entre los individuos y las comunidades, en especial con los más vulnerables y enfermos.

quicos que impactan en el donante, son proporcionados al bien que se busca en los receptores.²³

No es lo mismo dar que donar. El diccionario de la Real Academia Española define la dación como acción y efecto de dar. Quien da, pone en poder de otro algo que le pertenece pero que no le es imprescindible. Quien dona, ofrece algo valioso para él, necesario, único e inestimable. Algo que le es útil, pero elige ofrecerlo en lugar de utilizarlo. Quien dona no busca publicidad ni reconocimiento, ya que la bondad no necesita llamar la atención. Quien dona, hace el bien a los demás y se beneficia donando, en su conciencia, en su dignidad y su intimidad. El mayor regalo que da el donar es la misma oportunidad de donar. Es más extraordinario que recibir y más gratificante que dar. Quien dona parte de su cuerpo a otro, vive como ejemplo de justicia, compasión, bondad y solidaridad, ya que muestra a otros como estos altos ideales se traducen en acciones diarias. Ejerce la forma de entrega más meritoria, dona ocultamente. Sostenido en la justicia y la rectitud. Lo hace desde el anonimato²⁴ sin que el otro sepa quién lo asistió y sin saber a quién llegó su donación.²⁵ Este es el más loable camino de donar. Es trascender. Es la forma de mantener un equilibrio entre pares, mejorando el mundo.

Solidaridad es justicia, amor, relación humana, apoyo y protección. No se forja con palabras, se construye con actos. En lo personal, en el ámbito privado, la libertad individual que se ejerce para ayudar al prójimo surge por libre iniciativa y la inclinación espontánea al otro. Solidaridad es entrega. Donar parte del cuerpo es entrega.

23 Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. Carta de los Agentes Sanitarios. Ciudad del Vaticano, 1995, n 85.

24 El acto de donación anónima, es un punto de encuentro entre dos de las religiones abrahámicas monoteístas, Judaísmo y Cristianismo. Esta convergencia sustenta entre otras más, el diálogo interreligioso en busca de la justicia y la paz, como se enuncia en Dabru Emet, tópico 8. La noción de donación anónima se encuentra extensamente presente tanto en el Antiguo como el Nuevo Testamento. A modo de ejemplo se puede citar el texto de Levítico 19:9-10 "*Cuando siegues la mies de tu tierra, no segarás hasta el último rincón de ella, ni espigarás tu tierra segada. Y no rebuscarás tu viña, ni recogerás el fruto caído de tu viña; para el pobre y para el extranjero lo dejarás...*" y el de Mateo 6:3-4: "*Más bien, cuando des a los necesitados, que no se entere tu mano izquierda de lo que hace la derecha, para que tu limosna sea en secreto...*". Las bases morales de la donación anónima surgen de las fuentes bíblicas, invitando al hombre a hacer lo que es correcto y justo.

25 Maimónides. Mishné Torá, libro de las semillas (Sefer Zeraim), Hiljot Matanot Aniyim 10:8.

Perseguir el bien del necesitado: la donación de parte del cuerpo

La donación de células, tejidos y órganos, es la manifestación libre de la voluntad de una persona capaz y competente para disponer, en vida o después de la muerte, de un órgano, tejido o células para su trasplante a otra persona, con fines terapéuticos; para preservar la vida.

Se trata de bienes materiales. Los bienes materiales son limitados. Es una condición de lo material tener límites. Quien dona parte de su cuerpo, se está desprendiendo de un objeto material, por tanto, limitado, pero está obteniendo una valiosa recompensa en el plano espiritual, que es ilimitado.

Las posibilidades de donar material biológico son diversas. Sin embargo, no todas las donaciones posibles son comparables; ya que se enmarcan en diferentes contextos, pero comparten la intención. Quien se postula como donante futuro no tiene la certeza de llegar a serlo. Este es el caso de quien se ofrece como donante de órganos post mortem como de quien se inscribe en un registro de donantes de *células progenitoras hematopoyéticas*.²⁶ Solo expresan su voluntad de donar. Es un deseo a futuro. El cual es probable que no se concrete. A diferencia de estos, quien dona en vida, células, tejidos u órganos, expresa más que un deseo, ya que lo traduce en una acción concreta y real: la donación. Es un acto elegido para llevarse a cabo en el futuro muy cercano. No es lo mismo ser donante real que potencial donante.

Todos los trasplantes entre seres vivos deben cumplir con condiciones básicas tanto por parte del donante como del receptor, son criterios de licitud imprescindibles. En relación al primero, su acción debe ser una ofrenda libre, y por lo tanto consentida e informada; no exigida ni obligada, que debe basarse en un sentimiento honesto, sin ninguna coacción, ni remuneración, aún entre individuos relacionados. El donante siempre debe conocer con detalles el riesgo al que se enfrenta, debe poder evacuar todas sus inquietudes y ser consciente de cualquier potencial peligro al que expone a los receptores.²⁷ El acto no debe significar riesgos desproporcionados para el dador, ni poner en peligro su vida. El bien donado,

26 *Células progenitoras hematopoyéticas*: La médula ósea roja es donde se produce la hematopoyesis, por lo que allí se encuentran elementos inmaduros como células progenitoras hematopoyéticas, las cuales pueden dar lugar a otros linajes. Este tipo de tejido está constituido por células que poseen como particularidad el poder diferenciarse en otros tipos celulares. Las fuentes de este tipo de células son la médula ósea y la sangre del cordón umbilical.

27 Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). Código de ética para donación y transfusión de sangre. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; 97(4), oct. 1984.

no debe ser estrictamente necesario para su vida.²⁸ En relación al receptor, el procedimiento debe ser justificado, oportuno y seguro para mejorar su salud o salvar su vida. Por eso debe tener razonables esperanzas de éxito, guardando la debida proporción entre el beneficio que se espera alcanzar en el paciente y el perjuicio que puede causar en este y en el dador. Es imprescindible contar con el consentimiento libre de ambos actores. Uno y otro deben recibir atención e información de calidad. Esto incluye el estar prevenido y preparado. El consentimiento informado es un proceso que se recorre de manera obligatoria, no es solamente un requerimiento médico-legal, sino debe ser una declaración en libertad, sin presiones ni imposiciones; donde el individuo pueda de manera honesta y responsable expresar su verdad. Es una instancia para tomar consciencia sobre el acto que se está realizando y sus consecuencias, ya sean beneficiosas o perjudiciales. Este es uno de los logros más importantes en el campo sanitario y debe ser utilizado con responsabilidad. Un problema moral y legal delicado surge si no están dadas todas las condiciones mencionadas.

La sangre como un bien escaso, valioso y perecedero

La expectativa de vida se ha incrementado en los últimos años conllevando a una demanda asistencial en el campo de la sanidad cada vez mayor, sumado al crecimiento de la población y el surgimiento de tecnologías sanitarias sofisticadas, hacen que surjan distintas dificultades en relación a los recursos médicos limitados como la sangre.

Un problema a resolver por los profesionales de la salud, es que la sangre humana es un recurso escaso, valioso y perecedero del cual no existe una provisión ilimitada. No llega a tenerse nunca la cantidad demandada para tratar a toda la población necesitada. El otro aspecto complicado es el uso adecuado de este recurso ya que las transfusiones sanguíneas son parte de la rutina en la práctica sanitaria y el equipo de salud debe distribuirlo con justicia.

La transfusión sanguínea es un tipo de trasplante entre seres homólogos, entre seres humanos, entre seres iguales. Se basa en el traslado de una porción de tejido desde el cuerpo de un individuo sano hasta el de otro ser humano necesitado. Es un trasplante hombre-hombre en el que uno es el donante y el otro es el receptor.

28 Monge M. Medicina Pastoral. Cuestiones de Biología, Antropología, Medicina, Sexología, Psicología y Psiquiatría. Quinta edición. Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA). 2010. Cap. 4, Sección 5. p.154.

Esta es la única vía que existe para conseguir el tejido vivo que circula por el cuerpo, ya que no es posible fabricarla a nivel industrial ni en un laboratorio.

Es claro entonces, que un hombre sano puede libremente ofrecer parte de su cuerpo que es prescindible para su vida, como una porción de su sangre; ya que este vital fluido, se comienza a regenerar en el mismo instante en que se realiza la extracción para la donación, por lo que no afecta su salud si éste se encuentra en condiciones de realizar el acto, y al mismo tiempo, ofrece un beneficio para uno o más individuos enfermos. Movido por un accionar de generosidad, el evento de donar el valioso líquido no solo se justifica, sino que es meritorio. Este acto siempre debe respetar la libertad de las personas, y nunca debe tratarse de una imposición social o familiar, ni estar sentado en intereses de cualquier índole. Debe ser realizado motivado por la nobleza y con dignidad, desde el corazón, basado en la solidaridad humana. La donación de sangre es un regalo hacia el prójimo.

Principios bioéticos de la donación

El ser humano, es el único ser preparado para tomar conciencia acerca de su capacidad para preservar la vida. Éste es uno de los bienes básicos de las personas, como lo es la salud. El respeto por el principio bioético de defensa de la vida humana, puede ser considerado la primera obligación del hombre para con él mismo y para con los demás. También es un derecho expresado en diversos documentos y reconocido por las naciones.²⁹

El principio de finalidad ofrece un marco bioético a la donación libre de sangre. Sostiene que cada persona sana es libre para ofrecer parte de su organismo que no es imprescindible para su vida buscando el bien de otro. Desde el punto de vista moral, es loable un acto libre que busca proteger la existencia humana.³⁰

La vida es el bien fundamental del que se desprenden todos los demás. Es la condición sin la cual la persona no es. El ser humano se diferencia de los demás seres vivos por la posibilidad de elegir y decidir. Elegir la vida es tener la libertad de

29 El art. 1º de la *Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre*, aprobada en 1948, expresa: "Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona". La vida, como primer derecho del hombre, es reconocida también en otros documentos internacionales, como la *Declaración Universal de Derechos Humanos* y la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*.

30 Monge M. Medicina Pastoral. Cuestiones de Biología, Antropología, Medicina, Sexología, Psicología y Psiquiatría. Quinta edición. Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA). 2010. Cap. 4, Sección 5. p.155.

buscar los caminos para cuidarla, preservarla y respetarla. Elegir la vida también es justicia. La justicia entre las personas, que exige que se dé a cada uno lo suyo, lo que le corresponde. Esto es el respeto por su vida.

Donar sangre es un acto solidario. La solidaridad se sostiene en la dignidad y el valor de la persona. Es un principio básico que empuja al hombre a proteger, defender y ayudar al otro para que pueda preservar su vida. Se traduce en actos individuales. Al mismo tiempo es un valor social, es un asunto comunitario sustentado en una aspiración individual e íntima de asistir sosteniendo el bien común. Como principio debe ser cultivado, enseñado y practicado.

Desde la bioética personalista, el principio de sociabilidad y de subsidiariedad compromete a todos los hombres a esforzarse para lograr su propia realización y a participar en la realización del bien de sus pares. En relación al cuidado de la vida y la salud, implica que todo ser humano se debe comprometer a valorar su vida y la de los demás como un bien, personal y social. La vivencia de este principio es la justificación para la donación del tejido rojo. La práctica de la subsidiariedad compromete a la comunidad, a través de cada uno de sus miembros a ayudar a las personas que más necesidad tengan de cuidados; en esto se fundamenta la solidaridad humana. Un acto solidario expresa altos valores humanos. Siempre se debe realizar conforme a estrictos criterios éticos.

La motivación del donante es ayudar, colaborar y, como mucho, obtener un beneficio psicológico al saberse parte de un grupo que le "devolverá" el esfuerzo cuando lo necesite. Se trata de una reciprocidad indirecta,³¹ la persona sabe que su sociedad estará para asistirlo de la manera que él lo hace con otros. Es una donación, un regalo y no una venta para el aprovechamiento del cuerpo humano. Ya que al desarrollar actos solidarios surge la reciprocidad. La relación brota de una permanente interacción con el otro, que permite la realización propia y la existencia del grupo social. El hombre con sus acciones busca el bien común. Se sostiene en el principio de justicia. Es imprescindible para el desarrollo integral de las personas porque las conecta entre ellas.

De acuerdo al principio de libertad y responsabilidad, el hombre es libre, para buscar el bien para él mismo y para el resto de los hombres. La responsabilidad es la condición indispensable para ejercer la libertad. Esta se comporta de acuerdo a normas morales y a pautas de conducta. Ser una persona libre significa actuar

31 De Janon Quevedo, L. Caridad en la frontera de la vida: la donación de órganos para trasplantes. *Vida y Ética*. 2013; 14 (2):35-49.

responsablemente respecto de sí mismo y de los otros. El hombre es el único ser que tiene responsabilidad en sus elecciones ya que posee inteligencia y voluntad. Puede elegir consciente y libremente sus actos y esto tiene consecuencias. Por esto, la responsabilidad se desprende de la libertad, es un deber, una exigencia moral. El acto responsable va acompañado de tres elementos: saber, poder y capacidad.³² Un acto responsable siempre es libre y voluntario.³³

Responsabilidad, compromiso y solidaridad se entrelazan, ya que no se trata solamente de compartir lo que sobra, sino de compartir lo que se necesita, lo que es útil para el dador, lo necesario para vivir. Surge como respuesta al sufrimiento humano y como forma de evitar el daño.

Los valores éticos involucrados en la donación de este tejido, se manifiestan a través de actitudes, conductas y juicios; y son indispensables para preservar, no sólo la vida del donante, sino la del receptor. El principio de libertad y responsabilidad encuentra su límite en el sostenimiento de la vida, la cual es el valor primero.

El encuentro con el otro, en particular con el vulnerable

El ser humano no es un ser aislado, vive en reciprocidad con otros. Este aspecto relacional no es accidental, es parte de la naturaleza del hombre y es lo que lo lleva a formar una vida en sociedad. Por lo que la vida comunitaria no es fruto de la casualidad, sino que responde a su forma de ser y de estar en el mundo. Esta condición de apertura al otro, genera el sentido de solidaridad que se desarrolla no solo en el plano de los sentimientos, sino también en los valores. Surge del compromiso del ser humano con el ser humano. Mientras mayores sean las necesidades de otros, mayor será el deber de atenderlas. Por esto la solidaridad se vincula con la justicia, la igualdad, la libertad y la participación comunitaria. Hacer el bien, hace bien; por esto, los actos solidarios siempre protegen la vida humana.

Dentro de una comunidad, la convivencia pacífica se logra a través del respeto. Estableciendo como base el respeto por la diferencia. Un individuo vulnerable; es una persona que siente, que piensa en su dolor y tiene miedo ante un futuro incierto; es un sujeto digno que se apoya en su sociedad con la esperanza de en-

32 González G, Amaiz R. Bioética y Responsabilidad – Cuestiones de principio. Revista de pensament i anglisi. Recerca 2004; 4: 95-109.

33 Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. Art 260.- "Acto voluntario. El acto voluntario es el ejecutado con discernimiento, intención y libertad..."

contrar el bien que necesita. Un paciente que requiere una transfusión, espera recibirla y que esta le genere un bien. Para esto, necesita del compromiso social, del donante sano que va a ser quien ofrezca una buena materia prima para elaborar un buen producto que genere un bien en el receptor.

El enfermo es un ser trascendente, que formar parte de la realización del donante. Es una persona libre, consciente, con voluntad, que, al igual que el dador, construye una vida a partir de sus decisiones. Justamente por eso, por esa libertad, una persona puede darle sentido a todos sus actos, y el donante, como persona, debe ser consciente de todo lo que el paciente puede estar viviendo y experimentando. En encuentro con el otro se verifica cuando el voluntario ve su acto de donación mucho más allá de la extracción. Cuando logra ver al otro, al necesitado y se genera en él una sensación de empatía en la que, aún sin conocerlo, sin otorgarle identidad, lo reconoce como un semejante, un miembro de su mismo grupo. Un igual.³⁴

La noción de igualdad se relaciona con la de justicia y equidad. Estas confluyen en la acción solidaria.³⁵ No solo los Estados son responsables de sostener estos valores. También las comunidades y los individuos deben involucrarse. Todos somos responsables de todos, todos necesitamos del otro, somos seres sociales que aún en la diferencia tenemos la posibilidad de superar en conjunto las dificultades propias de la existencia humana. Tanto los donantes como los miembros del equipo de salud, deben estar abiertos a los demás, a los vulnerables y estar dispuestos al servicio. Eso, en parte, da sentido a su vida y se traduce en la capacidad de ser fraternos.

Proceso técnico de la donación de sangre

La donación de sangre es segura. El acto de donar es un proceso sencillo, rápido, prácticamente indoloro y controlado médicamente.

34 El principio de igualdad, es reconocido como básico en todas las sociedades, ya que se fundamenta en la igualdad de todos los seres humanos; por lo que se generan obligaciones éticas y morales entre los miembros. Se relaciona con el principio de justicia.

35 Gómez Sánchez Y. Los principios de igualdad, no discriminación y no estigmatización en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. En: Hacia una Bioética Universal. UNESCO, p. 23

Los requisitos para donar son: gozar de buen estado de salud, tener entre 18 y 65 años de edad³⁶, pesar más de 50 kilos, tener valores de presión arterial y hemoglobina dentro de los límites que se consideran adecuados, no presentar fiebre, malestar, ni declarar haber incurrido en *conductas de riesgo*.³⁷

El proceso puede dividirse en cuatro fases: recepción al donante, entrevista pre-donación y examen clínico, extracción, y descanso breve con ingesta de un refrigerio.³⁸ En esta etapa es fundamental brindar información y orientación al postulante para que pueda realizar el acto con seguridad, evacuando sus dudas.³⁹ Para esto, se entrega una hoja informativa sobre las actividades de riesgo que pueden generar en el receptor una enfermedad infecciosa o ponerlo en peligro. Se busca que el dador, antes de completar la entrevista y firmar el consentimiento que la acompaña, verifique que no se encuentra en ninguno de los grupos de riesgo, y se excluya a sí mismo si cree que puede padecer alguna de las enfermedades que se detallan en el apartado de conductas de riesgo. En esta instancia el aspi-

36 Los adolescentes entre 16 y 18 años son considerados adultos para algunas de las decisiones sobre el cuidado de su propio cuerpo, como para hacerse tatuajes o donar sangre, de acuerdo con el Código Civil y Comercial de la Nación en su artículo 26, que les reconoce capacidad progresiva.

37 *Conductas de riesgo*: Prácticas específicas que incrementan la posibilidad de contraer una infección determinada. Algunas de ellas son: tener relaciones sexuales (oral, vaginal, anal) sin utilizar preservativo o campo de látex con una persona que se desconoce si tiene infecciones de transmisión sexual, estando bajo el efecto de alcohol o cualquier sustancia psicoactiva, con personas que tienen virus de VIH, hepatitis o HTLV I-II, con personas que se dializan o reciben transfusiones frecuentemente o que cambian asiduamente de pareja sexual, incluso si usó preservativo o campo de látex, usar drogas inyectables u hormonas, compartir jeringas con otras personas, consumir cocaína, pasta base u otras drogas que se inhalan o aspiran, compartir con otras personas los elementos utilizados habitualmente para consumir ciertas drogas. Estos criterios se amplían con los criterios de selección de donantes emitido y actualizado por el Ministerio de Salud de la Nación.

38 Ley Nacional de Sangre: Ley N° 22.990. Capítulo XV. "De los donantes". República Argentina.

39 La selección adecuada de donantes de sangre es esencial para proteger su salud, durante y después de la donación, para garantizar la seguridad y la calidad de los componentes sanguíneos donados, y para proteger al receptor.

rante debe completar un formulario de *entrevista de auto-llenado*⁴⁰ con datos de su historia clínica de acuerdo a lo que comprende, interpreta y recuerda.

La entrevista busca garantizar que se cumplen las condiciones de seguridad. Antes de proceder a la extracción, el personal sanitario realiza una evaluación al posible donante, en la que se indagará sobre su historial médico para asegurarse que no padece ninguna enfermedad que contraindique la donación. Todos los datos obtenidos en esta, son confidenciales. Por esto, luego de completar los datos personales y leer la documentación e información que se brinda en el banco de sangre, se vuelve a revisar la entrevista personal pre-donación, momento en que el profesional sanitario capacitado para esta tarea, realiza nuevamente las preguntas consignadas en el cuestionario modelo y agrega las que considera necesarias a fin de determinar si el individuo es elegible para realizar el proceso. Se evalúa que no sea riesgoso para su salud ni para la de los receptores. Esta es una instancia más en las que el equipo sanitario puede informar, despejar dudas y educar al donante.

El formulario de calificación del aspirante va acompañado de una declaración jurada identificada como "Declaración y consentimiento libre e informado del donante". Este apartado que leen y firman los candidatos expresa la condición de entrega libre y voluntaria, el consentimiento para efectuar las pruebas de calificación biológica, el permiso para la cita frente a algún evento no habitual detectado y la declaración de haber expresado la verdad en la entrevista: "... *Dejo constancia que respondí a todas las preguntas con la verdad y con lo mejor de mi conocimiento.*"

Una vez concluida la entrevista personal, el aspirante es atendido por personal capacitado que realizará el examen clínico. Se evalúa integralmente al donante considerando peso, pulso, tensión arterial, hemoglobina, sitio de punción y temperatura.

40 *Entrevista auto-llenada*: Es un cuestionario auto-completado impreso. El postulante lee las preguntas y documenta sus propias respuestas en forma escrita en el formulario. Luego, el entrevistador revisa las respuestas y asiste al donante como sea necesario. La OPS recomienda el uso de este tipo de herramienta. El propósito es coleccionar los datos demográficos, información general y determinar si reúne los criterios para donar. A esto le sigue una entrevista confidencial realizada por personal capacitado, quien debe conocer el derecho del donante (ser tratado en forma digna, atenta y respetuosa). El entrevistador debe asegurar que el donante potencial comprenda el proceso de la donación, las preguntas del formulario auto-llenado y verificar que sus respuestas sean adecuadas. Se le debe dar la oportunidad al donante de hacer preguntas para entender la información del cuestionario. Debe realizarse en un ambiente privado.

Al terminar la extracción, el donante espera recostado unos minutos hasta que el personal que lo atiende verifica que está en perfecto estado. Llena el formulario de *autoexclusión*⁴¹ y puede incorporarse para ingerir el refrigerio. En esta instancia es valioso ofrecer los medios de contacto con la institución por cualquier signo de alarma o antecedente valioso que recuerde en los días sucesivos y puedan aportar a la seguridad de la sangre extraída.

EL APOORTE DE LA PERSONA

Donantes y dadores

Actualmente a nivel mundial se considera que coexisten tres modalidades de dación de sangre: la voluntaria y altruista que es considerada donación, la de reposición o familiar y la remunerada. Sin entrar en consideraciones éticas, filosóficas o sociológicas, ésta última es inaceptable en términos económicos y sanitarios, además de estar prohibida en el marco legal vigente en el país. La ofrenda del delicado líquido debe ser siempre un acto voluntario, dadivoso y desinteresado, sin beneficio directo o indirecto para el donante más que sentir que actuó bien.

Por consiguiente la sangre de reposición no debe incluirse bajo ese rótulo por no tratarse de una dádiva⁴² entendida como ofrenda, sino un mero acto de reponer aquello utilizado, sin voluntad de nobleza o generosidad. Solo aquella que involucra dar algo de sí, algo útil para el donante, que se encuentre en buen estado, para ser utilizada por un tercero y sin ninguna ganancia para quien da, puede considerarse realmente donación. Por lo que todas las donaciones debieran ser altruistas y voluntarias, sino no serían donaciones, serían simplemente compensaciones. Es por esto es que el equipo de salud debe actuar con responsabilidad y desarrollar políticas encaminadas a la captación de *donantes voluntarios*⁴³ y altruistas, de manera que contribuyan a ir eliminando progresivamente las daciones de reposición o familiares. Para la captación de estos postulantes se deben realizar

41 *Autoexclusión*: Posibilidad que se ofrece al donante de sangre de expresar su voluntad de que se elimine la unidad de sangre que donó por considerar que no es segura. Este formulario se completa al concluir la extracción. De este modo el donante cumple con la responsabilidad de informar que su sangre no puede ser transfundida y evita poner en riesgo a sus probables receptores.

42 El diccionario de la RAE, define el concepto de dádiva como "Acción de dar gratuitamente" y "Cosa que se da gratuitamente". Con este sentido se utiliza el vocablo.

43 *Donante voluntario*: Persona que dona sangre, plasma o algún componente sanguíneo por su propia voluntad, con el deseo de ayudar, sin poseer vínculo alguno con ningún paciente.

actividades de promoción y comunicación a corto, mediano y largo plazo, orientadas a fidelizarlos de manera de que sean donantes altruistas y repetitivos. Para alcanzar este objetivo, se debe instaurar la temática de manera que esté presente en la formación de cada uno de los profesionales de la salud.

La normativa vigente en Argentina establece que la donación de sangre es un acto voluntario y desinteresado. Si bien el equipo de salud puede solicitar la colaboración de los receptores o sus familiares para difundir la necesidad permanente de donantes, nadie debe ser obligado a dar sangre bajo ninguna circunstancia. Tampoco se deben condicionar las prácticas sanitarias a la presentación de dadores.⁴⁴

Selección del donante: aportando valor a los productos sanguíneos

Los productos biológicos son aquellos que provienen de tejidos vivos e incluyen sangre, componentes sanguíneos, derivados, sueros y vacunas aplicables a la prevención o tratamiento de enfermedades. La seguridad de estos bienes depende, primordialmente, de la calidad de la materia prima entregada por los donantes. Es importante considerar que, si se parte del postulante inadecuado, independientemente de cómo se realicen todos los procesos posteriores, el hemocomponente obtenido no tendrá la calidad necesaria. La seguridad transfusional se verá afectada por el proceso de captación y selección de los donantes, que debe ser eficaz, y por el cumplimiento de los principios éticos y morales en todas las operaciones realizadas en el banco de sangre.

El aspirante debe tener la capacidad y la competencia para decidir ser donante. Debe elegir donar libremente. Saberse saludable, sentirse saludable y desear seguir así.

La selección, se realiza en varias etapas sucesivas que comienzan con la educación y la promoción de la donación. Esta se ejecuta con la finalidad de fortalecer la seguridad del tejido rojo, alineando los esfuerzos y las estrategias para convocar a los donantes de bajo riesgo, y orientarlos a que realicen la dádiva de manera voluntaria y habitual.

Como se describió anteriormente, una de las primeras etapas del proceso se basa exclusivamente en la manifestación personal del postulante, en su relato

44 Resolución Ministerial 1508/15. Prohibición de exigencia de donantes de sangre. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. (2015).

que se espera que sea veraz. Constituye entonces un problema bioético el planteo acerca de si, considerando las limitaciones tecnológicas existentes, se puede confiar en la declaración del donante para transfundir sangre segura: ¿Puede transformarse un acto humano en un acto deshumanizante? Nos encontramos frente a un escenario en el que se evidencia un retroceso en relación a la carga calificativa que se le otorga a los valores humanos, donde las motivaciones de los individuos suelen atravesar mayoritariamente el plano de lo económico, ideológico o político; en los cuales no suele tratarse al hombre de un modo humano. La deshumanización se genera cuando se olvida que la persona es el fin de la estructura sanitaria y su integridad un bien a respetar.

Se plantea como consecuencia un conflicto relacionado con la seguridad transfusional: ¿Cómo saber si un donante se mueve por motivaciones altruistas o egoístas, donde solo le importe efectuar la dación y no el otro, el vulnerable, el que necesita sangre de calidad? ¿Cómo saber si dice la verdad?

Está claro para el equipo de salud que la mejor donación proviene de aquel individuo voluntario, altruista, que concede el noble líquido por compromiso social, convicción personal, para ayudar a quien lo necesite. Este tipo de donante, no se siente presionado, por lo que responde con libertad a las preguntas previas a la donación, instituidas para detectar situaciones de inseguridad, y respeta los plazos establecidos para la misma; sin poner en peligro su salud ni la de los receptores de componentes sanguíneos.

El escenario ideal es aquel en que los sujetos no se sienten obligados a dar. Sin embargo, en nuestro país, es común contar con dadores de reposición: familiares, amigos y conocidos, que suministran el valioso tejido solo cuando alguien se lo solicita. A modo de convenio, de acuerdo entre partes. Para reponer el recurso que es utilizado por su allegado. Es un intercambio. Surge en este contexto otra cuestión desde la bioética. ¿Es donación si no se es libre? ¿Es donación si no es un producto de calidad?

Falsear el cuestionario pre-donación, no respetar los plazos estipulados para donar o incluso alterar su estado fisiológico, de manera de sortear los controles clínicos y acceder a la extracción, son puntos a evaluar ya que están relacionados con la acción y con el hemocomponente obtenido. Estas conductas no solo ponen en riesgo la salud del receptor, sino la propia vida del donante.

No obstante, para algunas personas que no acuden libremente y tienen como meta solo que se les extraiga una unidad de sangre; si se logra adquirir el producto buscado; mentir, engañar o alterar el cuerpo humano, desde una visión teleo-

lógica, no tomarían excesiva relevancia, ya que aseguran el resultado buscado. Para este grupo de sujetos estas acciones dejan de ser relevantes, ya que el hecho apreciable es efectuar la operación, el fin buscado. Desde esta mirada, la gestión de dar sangre ya por sí sola es buena, de manera que no resultarían relevantes las consecuencias que de ella derivan. Quien busca solo evaluar el acto de donación sin importar el tipo de motivación del postulante, no aprecia si está frente a un donante de reposición, relacionado u obligado. Quien evalúa este acto sin poner el énfasis en la seguridad transfusional, no advierte entonces, la acción como un riesgo sino como una ayuda mutua. Si es bueno hacer lo que se debe, ¿Quién afirmaría que dar sangre para un individuo enfermo es malo?, aún si quien está dando persigue un fin individual y egoísta. Se podría incurrir en el falso razonamiento que postula que, cuando hay obligación de dar, la persona que cede su sangre recibe una compensación como el reconocimiento de la familia, mientras que el altruista realiza la misma acción y no recibe más que el gozo moral de haber ayudado, que equivalentemente lo puede sentir quien accionó por presión social. De hecho, para algunos, quien da su sangre para un paciente que conoce, tendría más motivos de satisfacción que el que lo hace de manera altruista sin conocer el destino de su donación. Lo que concibe como meritorio a este tipo de acto es que es elegido libremente. No se justifica por sí solo, porque las personas pueden actuar noble pero equivocadamente.

El período de ventana

El período de ventana es el espacio de tiempo que se desarrolla desde que un individuo entra en contacto con un determinado agente patógeno hasta que es posible detectar alguna evidencia de su presencia en el organismo por una técnica de laboratorio. El sujeto está infectado, pero los resultados de la pesquisa serológica son negativos. El agente infeccioso está presente en la sangre, pero no es detectable por los métodos convencionales, ya sea porque está presente en un título muy bajo o no ha inducido la producción de suficiente cantidad de anticuerpos como respuesta biológica a la infección.

La limitación que encuentran los bancos de sangre es no contar con pruebas que detecten la enfermedad en un momento muy precoz de su instauración, por lo que la única herramienta con que se cuenta además de la educación es el cuestionario pre-donación.

El pasado permanece presente en la vida de los hombres. Todo lo que la persona realizó en un tiempo anterior puede tener consecuencias en el presente o en

el futuro, propio o de otros. Los actos del pasado, como los del presente son actos libres, por lo tanto, irreversibles. Son los que construyen la historia de la persona humana. Esta misma historia que puede impactar un tiempo después e influir en la vida y la salud de terceros y la propia también. La persona que tomó un riesgo y se encuentra en período de ventana puede contagiar por sangre donada a tres personas y estas a su vez pueden propagar la enfermedad a otras, y estas últimas a otras más. De esta manera se construye la historia infecciosa de la humanidad. Con actos libres. Con consecuencias de estos actos. El que dona en período de ventana pone en marcha un proceso que perdura, daña y puede no concluir, ya que los actos libres no tienen punto final.

La brecha entre el momento de contagio y la detección se achica cada vez más. En los últimos años se redujo la extensión del período de ventana, pero no se eliminó, incluso con las biotecnologías vigentes. Por consiguiente, la incertidumbre no es evidenciable con la técnica, sino con la palabra. De la relación entre la verdad y la mentira surge el riesgo de transfundir hemocomponentes en período de ventana. En este escenario el testimonio del dador se transforma en insustituible. No se trata de una herramienta técnica, la palabra del donante es un instrumento ético que permite sospechar el contagio reciente. El componente moral no es meramente prescriptivo sino práctico, fundamental y necesario. Los principios éticos son la herramienta objetiva para no transfundir sangre en esta condición.

La exclusión de dadores y la protección de la salud de la población

El objetivo de la etapa de selección es determinar si el postulante está en buenas condiciones de salud, asegurar que la extracción no le causará daño y prevenir cualquier reacción adversa en el paciente que recibirá esa sangre, incluyendo transmisión de infecciones o el efecto de drogas que pueden resultar perjudiciales. De esa manera garantizar un producto sanguíneo seguro y con efectividad terapéutica.⁴⁵

El evento de diferimiento es un procedimiento en el cual se da la no aceptación de un postulante, ya sea de forma temporal o definitiva, en base a la salud general

45 Elegibilidad para la Donación de Sangre: Recomendaciones para la Educación y Selección de Donantes Potenciales de Sangre. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.: OPS; 2009.

o condición médica, o el riesgo de exposición a agentes patógenos.⁴⁶ Que un postulante sea elegible para donar sangre, no puede ser el reflejo del consenso mayoritario de una sociedad sobre lo que se considera aceptable o condenable, debe tener sustento científico. En esto se basa el cuestionario pre-donación. Si el candidato cumple con los requisitos se calificará como *apto*.⁴⁷ En el caso que el aspirante sea excluido deberá determinarse si será en forma temporal o si es definitivamente. El proceso de selección es riguroso, minucioso y estandarizado de manera de asegurar con cada uno el nivel de calidad de los productos obtenidos. Muchos postulantes son diferidos o excluidos por múltiples situaciones; dentro de las causas se encuentran indicadores relacionadas con riesgos infecciosos y no infecciosos.⁴⁸

El banco de sangre cumple un papel fundamental en el cuidado de la salud de la población, no solo por atender las necesidades transfusionales de los pacientes, sino por ofrecer a los potenciales dadores una oportunidad de detección de algún factor de riesgo que justifique la consulta con el médico especialista. Esta selección cobra especial relevancia en relación a las limitaciones de las técnicas de calificación biológica que se utilizan de rutina en los bancos de sangre. Ya que no existe una prueba de laboratorio capaz de determinar la presencia de un patógeno desde el mismo momento de su ingreso al cuerpo del individuo.

EL VALOR DEL TESTIMONIO DEL DONANTE

Entrevista: la necesidad de la verdad

La entrevista clínica orientada a la selección del candidato es el eslabón más débil de la cadena transfusional. Necesita del compromiso, la colaboración y la

46 World Health Organization Blood donor selection: guidelines on assessing donor suitability for blood donation; 2012

47 La aceptabilidad de un aspirante está definida por los "Estándares de Trabajo" especificados por el Ministerio de Salud para asegurar el bienestar de los donantes.

48 Criterios para la selección de donantes de sangre. Plan Nacional de Sangre. Resolución 797/13. Especialidad de Hemoterapia. Normas administrativas y técnicas. Plan Nacional de Sangre. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina.

sinceridad del postulante en su testimonio. Necesita de la verdad.⁴⁹ Su importancia es esencial desde la perspectiva de lograr un procedimiento seguro y libre de efectos adversos para las personas involucradas. Se basa en la narración que busca construir la historia biográfica del aspirante⁵⁰ entendiendo que la subjetividad siempre va a estar presente en el testimonio recogido. Cuando el relato del postulante se ve comprometido en su autenticidad, este repercute negativamente, incidiendo directamente sobre la salud del enfermo.

La entrevista mantiene su papel como una herramienta de gran importancia para conocer los antecedentes epidemiológicos y de conducta del potencial donante, e indagar sobre aspectos relevantes relacionados con hábitos y entornos personal y social del individuo. Es importante que el entrevistador busque identificar los predictores de riesgo. Un objetivo adicional que tiene la *entrevista cara a cara*⁵¹ es obtener información agregada relevante de la historia clínica del dador, no registrada durante la instancia de auto-llenado. Para esto es fundamental volver a indagar sobre las preguntas control y sostener un clima de entendimiento y confianza.

Es esencial determinar al comienzo de la entrevista si el aspirante ha comprendido la importancia de la misma para no transfundir componentes en período de ventana. Una vez se haya aclarado cualquier duda que pudiera plantear, el entrevistador puede informar si se cumple con los criterios para ser considerado un dador. Es importante que el profesional desarrolle actitudes de escucha activa, empatía para poder velar por el bienestar y la protección de las personas que entrevistan.

49 Se abordará el concepto de "la verdad objetiva" y "lo verdadero" basado en el libro de Ana Teresa López de Llergo: Valores, valoraciones y virtudes, que explica de manera muy clara, la forma en que valora el donante su palabra. Esta, puede no ser real pero no necesariamente es una mentira consciente. La autora, ejemplifica, que en un universo de pigmeos un hombre de 1,70 m creería que es un gigante. Si nunca se encontrara con personas de estatura normal, pensaría que es lo verdadero su condición de gigante; cuando la verdad es que su estatura es promedio. En el proyecto se considerará "verdadero" el testimonio expresado por el individuo y "verdad objetiva" el testimonio biológico.

50 La historia biográfica del ente, se basa en detallar sus acciones para generar un registro biológico.

51 *Entrevista cara a cara*: En este tipo de espacio, el entrevistador llena el cuestionario, realizando preguntas orales al postulante y escribiendo las respuestas del donante en el formulario. Este método ha demostrado que los donantes que se expusieron a alguna conducta de riesgo, tienden a proveer menos información que con el cuestionario auto-llenado. Sin embargo, con la combinación de ambos se obtienen mejores resultados en relación al aporte del donante.

La importancia de la verdad

No es fácil responder a preguntas íntimas y personales frente a un extraño. Aun entendiendo que éste es parte del equipo de salud; se viste como tal y se expresa como tal. Pero no deja de ser un desconocido develando la historia personal de quien es valorado.

El contexto de la entrevista es una situación poco habitual, ya que quien responde no es un paciente; y quien pregunta no es el profesional que va a asistirlo. La información que brinde el dador va a expresarla en un entorno poco frecuente. Es de esperar que surjan en él interrogantes como: ¿Debo decir la verdad?, ¿Cuánta verdad debo decir?, ¿Qué significa ser veraz? Por otro lado, como integrantes del equipo de salud es imperioso preguntarnos: ¿Qué papel desempeñan la verdad y la sinceridad en la vida de los hombres? ¿Y en el testimonio del donante? ¿Se puede conseguir la verdad?

La verdad objetiva se refiere al ámbito externo, a la realidad; mientras que lo verdadero se corresponde al interno, es la apropiación que realiza el individuo de la verdad objetiva.⁵²

Es el deber de los agentes sanitarios explicar las implicancias de la entrevista y educar a la población para que se comprometa con la verdad, comprendiendo que es el único camino para conseguir el bien.

Binomio verdad-veracidad

Los términos verdad⁵³ y veracidad⁵⁴, son, más allá de sus aparentes semejanzas, absolutamente diversos. Este binomio comparte su raíz; su etimología; ambos términos representan valores a los que se debe aspirar. Verdad y veracidad no son sólo expresiones diferentes, sino que son conceptos básicamente distintos.

La verdad existe como realidad objetiva, absoluta, universal e inalterable, con independencia de que se pueda conocer o no. No existen diversas concepciones de la verdad. Tampoco ésta depende de un ámbito temporal o espacial, sino cada hombre tendría su verdad. No se debe confundir el sentido ontológico con el gno-

52 Lopez De Llergo M. Valores, valoraciones y virtudes. México: Compañía editorial continental; 2001.

53 El diccionario de la RAE define la verdad como: 1. Juicio o proposición que no se puede negar racionalmente. 2. realidad.

54 Según RAE, Veracidad: Cualidad de veraz. (Que dice, usa o profesa siempre la verdad.)

seológico. El *ser* de la verdad y la posibilidad de su *conocimiento* como verdad. Un enunciado es verdadero cuando se corresponde con una realidad. Debe describir con exactitud los hechos. La verdad es siempre objetiva, por esto, la información que proporciona un dador debe ser verdadera. La libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia y el respeto se basan en la verdad. Para decir la verdad a otras personas, es necesario poder discriminar lo verdadero de lo falso, y elegir lo verdadero.⁵⁵

La veracidad se manifiesta a través de la sinceridad, que se refiere a la manifestación de la verdad; expresando lo que el individuo realmente cree. Por lo que la verdad y la veracidad no necesariamente coinciden.

Para sostener la seguridad de los productos donados es necesario recalcar las exigencias de transparencia. La transparencia debe ser el complemento necesario de la veracidad en busca de la verdad. Las sociedades, como los individuos que las integran, no sólo quieren conocer la verdad; además necesitan conocerla. La fidelidad, la confianza y la esperanza acompañan a la verdad. El hecho de decir verdad es un acto bueno en sí y bueno para todos. Ya que la voluntad decide siempre por la verdad. La veracidad también es asunto de voluntad. Surge del respeto por la verdad. De la confianza en el discurso. La veracidad no es solo no mentir o sostener la palabra; es una forma de confiabilidad y de honestidad. Una actitud esencial y personal del hombre hacia los demás, pilar de la confianza. El equipo de salud se mueve por la confianza hacia el donante.

Confianza en la entrevista

La entrevista al dador busca la verdad. Se basa en brindar información verídica para generar un bien. Se fundamenta en la veracidad entendida como sinceridad. Se busca que la persona aporte palabras de valor con precisión. Ya que se necesita el testimonio, absoluto, sin abreviarlo ni deformarlo. Con la verdad.

Quienes mienten en el cuestionario pre-donación pretenden engañar a otro, conseguir un determinado fin que es la extracción de sangre. Actúan bajo la premisa de su bienestar, la esperanza de ayudar a un familiar, no realmente a favor de los vulnerables. Esta situación surge desde una conducta irresponsable, desde una

55 El filósofo británico Bernard Williams, centra su análisis en las virtudes de la verdad, entendidas como cualidades de las personas, que se ponen de manifiesto cada vez que quieren saber la verdad, descubrirla y contársela a otras personas.

percepción errada de la realidad, un autoengaño. La mentira y el fraude logran una falsa sensación de esperanza en el dador de reposición que no es real, y no es segura. Es una sensación subjetiva de ayudar a su enfermo, que les da tranquilidad y optimismo. Sin embargo, desde otro punto de vista, a ninguno le gustaría que quienes donen para ellos en un futuro, actúen con esta actitud egoísta. Sino que pretenderían que el donante promueva su bienestar y su salud como si fueran propios.

En la entrevista pre-donación se realiza un relevamiento constituido por preguntas estandarizadas, con fundamento epidemiológico, de manera de evaluar las conductas y hábitos del postulante y su historia médica anterior. En esta etapa es posible diferir a un postulante que posea algún factor de riesgo, siempre explicando con claridad el motivo de la exclusión. Se evalúan los antecedentes de donaciones previas, enfermedades preexistentes, conductas de riesgo, consumo de medicación prescrita, viajes realizados a zonas endémicas para tener la certeza de seleccionar dadores que no hayan estado en contacto con patógenos que no se estudian en el laboratorio, vacunas recibidas y antecedentes quirúrgicos entre otros. Se busca plasmar en el formulario la historia médica del dador, apelando a su memoria, su honestidad, trabajando con su narración, que posee un respaldo biográfico. Se espera que la entrevista se base en la verdad, entendiendo que se obtiene la veracidad ya que debe existir un sesgo debido a la subjetividad personal, lo que genera una subjetividad biográfica. Se indaga acerca de la verdad completa, sin ocultar información.

El valor de la información: datos veraces y confiables

La sinceridad es un valor básico de la verdad.⁵⁶ Por lo que la verdad implica la virtud de la sinceridad. Esta a su vez, implica también la confianza y, en consecuencia, la confiabilidad. Y esto supone superar el criterio individualista.

La sinceridad implica un acto de justicia. Un relato sincero es confiable. La confianza, es una condición necesaria para sostener los vínculos entre las personas. Pocas cosas pueden inspirar más confianza que la información veraz, transmitida con claridad en una dimensión de transparencia.

Generar confianza es interesarse por el otro, demostrar que se lo valora. Dar sin nada a cambio. Ofrecer en lugar de pedir. La confianza es indispensable para una

56 Williams B. Verdad y veracidad: Una aproximación genealógica (trad. Álvarez AE y Orsi R). Barcelona: Tusquets. 2006, pp. 91-125.

convivencia saludable, es buena en sí misma por eso mismo es buena para todas las personas.

Un acto puede ser bueno o malo y no solo por la bondad o la maldad de la consecuencia que tiene. La sinceridad siempre es buena y trae buenas consecuencias. La falta de esta, arrastra consecuencias adversas ya que impide la realización de acciones correctas e imposibilita la construcción del vínculo entre las personas, porque no genera confianza.

El testimonio mentiroso

El concepto opuesto a verdad es falsedad, mentira. Los valores morales se basan en la honestidad, en hacer el bien. La verdad es uno de los más altos de estos valores, por lo que la mentira, es contraria a lo que se considera un valor, ya que siempre tiene una connotación negativa. La mentira es castigable. Interfiere con el buen funcionamiento social ya que no tiene un lado bondadoso.

La mentira en sí, es una afirmación cuyo contenido el emisor cree que es falso y que enuncia con la intención de engañar al oyente respecto de ese relato. La falta de sinceridad, es un vicio, es un acto individualista que genera una información errónea o falsa que deriva en daño. Algunas veces irreparable.

La ausencia de verdad en el discurso, ya sea modificando la realidad o mediante el ocultamiento de la información solicitada, convierte a una persona en despreciable ante los otros, pero sobre todo ante sí misma ya que genera intencionalmente un mal.⁵⁷ Un ser que falsea su testimonio no aporta a la construcción colectiva del bien. Nadie se beneficia con la mentira.

Para revertir este tipo de daño, el único camino es generar los unos con los otros, un ambiente de cooperación y confianza mutua. Lo esencial para construir esa confianza es agregar verdad al vínculo entre las personas; el conocer al otro, el sentir al otro, el identificarlo como un par.

Considerando que a ningún ser humano le gusta que le mientan, y que la verdad es uno de los valores morales más altos, cabe preguntar entonces: ¿Por qué algunos lo hacen con otros? Todos sabemos que la verdad prevalece. Sin embargo, muchos dadores no evalúan este escenario hasta no ser citados por la institución,

57 Tomás de Aquino, afirma: "Todas las mentiras son por definición un error" (Summa Theologiae, IIa, q. 69, 1-2).

como consecuencia de encontrar la verdad en la realidad biológica de sus muestras de sangre.

Al considerar los principios de justicia y libertad/responsabilidad, la mentira en cualquier situación es inadmisibles. No puede aceptarse en ninguna de sus formas: desde dar información falsa hasta ocultar la realidad. Todos los seres humanos tenemos derecho a conocer la verdad y con ello poder elegir. La verdad es pilar de la libertad humana. Quien engaña en la entrevista pre-donación, no solo genera un mal a los pacientes, sino que priva de la verdad y de actuar, como consecuencia de una decisión responsable al equipo de salud y lo induce a generar un daño ya que no le ofrece la posibilidad de elegir libremente.

Autoexclusión del donante: disminución de la incertidumbre

La responsabilidad que adquiere el dador derivada de suministrar información veraz, en particular en todo lo relativo al proceso de autoexclusión debe informarse con claridad durante el proceso de selección. El acto de excluirse de dar, se basa en reconocer puede ser perjudicial para el receptor, debido a una posible conducta de riesgo, o a su propio estado de salud. Transcurre asociado al dualismo entre verdad y mentira, bueno y malo, vida y muerte.

Los documentos de información previa a la donación describen la prohibición de donar o solicitan la autoexclusión para los aspirantes que han tenido diversas parejas sexuales, han mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas, han consumido drogas inyectables no prescritas, tienen una pareja sexual afectada por cualquiera de las situaciones anteriores o portadora del VIH o han padecido alguna enfermedad de transmisión sexual. Para estos casos se solicita la consciente y voluntaria abstención de donar.

La autoexclusión es confidencial y se utiliza en todos los bancos de sangre con la finalidad de permitir que un candidato se pueda excluir como dador mediante cualquiera de los tres mecanismos siguientes: antes de la selección, condicionado por la información que le proporciona el *material de educación para el donante*⁵⁸; al comentar con el profesional todas las dudas o confidencias que le surgen de la

58 Material de educación para el donante: Este documento hace énfasis en la importancia de la honestidad del donante y disuade al postulante de presentarse a donar con el objetivo de hacerse pruebas de laboratorio gratuitamente. También incluye explicación del periodo de ventana y definiciones explícitas relacionadas con situaciones de riesgo.

información contenida en el cuestionario pre-donación; o que el individuo con prácticas de riesgo que ya haya dado su sangre por presión social, tenga la facilidad de notificar, completando un formulario anónimo, que no considera apta su sangre para uso transfusional.⁵⁹ De esta manera, además de la valoración en la entrevista pre-donación y el *tamizaje serológico*⁶⁰ realizado a las muestras, se suma la autoexclusión, con el propósito de disminuir indiscutiblemente el riesgo de transmitir enfermedades a través de la transfusión, y detectar a aquellos dadores que se encuentran en período de ventana y que posteriormente presentan *seroconversión*⁶¹ para un agente transmisible por sangre. El objetivo es permitir a las personas confidencialmente y sin avergonzarse, excluir su sangre para transfusión, reconociendo que tienen factores de riesgo que pudieran causar contagio en el paciente receptor, cuando con las pruebas diagnósticas actuales pudiera pasar desapercibido el estado de portador de patógeno como el de VIH, hepatitis B y hepatitis C.⁶²

La efectividad de la autoexclusión es limitada, ya que depende de la formación y la evaluación personal y responsable de cada postulante. Por esto mismo es necesario e inestimable este recurso que permite acortar la distancia entre la verdad y el testimonio falaz, y poder agregar valor al aporte del dador a través de la confianza. Ya que este tipo de acto de confianza suma valor intrínseco al testimonio del postulante logrando acortar la distancia que existe entre el relato mentiroso y la verdad.

EL DATO BIOLÓGICO

Hallazgo de la verdad objetiva en el tamizaje

La selección de sangre segura ha sido una preocupación constante en la medicina transfusional desde que en 1943 se reportó una serie de casos de hepatitis

59 Resolución 797/13. Normas administrativas y técnicas. Especialidad de Hemoterapia. Plan Nacional de Sangre. Ministerio de Salud de la Nación. Anexo 1. Sección H.25. República Argentina.

60 *Tamizaje serológico*: Son el conjunto de mediciones de laboratorio realizadas en una muestra de sangre, para establecer si una persona puede padecer cierta enfermedad, o no estuvo en contacto con el agente infeccioso. El objetivo del tamizaje serológico en donantes de sangre, es evitar la transmisión de enfermedades transmisibles por transfusión, a los receptores de sangre y componentes sanguíneos.

61 *Seroconversión*: En biología y medicina, se denomina de esta forma al proceso por el cual se verifica la aparición en la persona infectada, de una respuesta química (anticuerpos) frente una determinada enfermedad infecciosa. Cuando ocurre, el resultado de una prueba de detección de laboratorio para la misma, cambia de "no reactivo" a "reactivo".

62 Resolución 1507/2015. Criterios para la selección de donantes de sangre. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina.

postransfusional.⁶³ Sin embargo, las dimensiones del problema no se apreciaron hasta que en 1983-1984 se reportó el primer caso de VIH de transmisión transfusional.⁶⁴ El *riesgo residual*⁶⁵ de las infecciones relacionadas a la transfusión disminuyó drásticamente cuando se implementó rutinariamente el tamizaje serológico para los dadores.⁶⁶

El análisis de laboratorio tiene como principal objetivo garantizar la seguridad del componente a transfundir. Se realizan pruebas bioanalíticas para calificar la muestra obtenida. La finalidad es detectar la presencia, en la unidad extraída, de biomoléculas marcadoras de infecciones hemotransmisibles. El tamizaje de las unidades, representa una de las estrategias en busca de contar con sangre segura y disponible. Pero no es efectiva si no se acompaña con una adecuada selección de postulantes de bajo riesgo, que por tanto corresponden a voluntarios habituales. Al contar en conjunto con estas condiciones se logra reducir la prevalencia de infecciones transmitidas por transfusión y a su vez minimiza los descartes de las unidades a causa de la reactividad, logrando una mayor disponibilidad y eficiencia de los recursos de la red de bancos de sangre. Consiguiendo justicia en la distribución de estos elementos tan valiosos para la comunidad.

Las técnicas utilizadas para la detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión deben cumplir la legislación vigente y tener un nivel óptimo de sensibilidad y especificidad. La norma oficial contempla obligatoriamente el uso de pruebas de detección para VIH, hepatitis B y C, HTLV⁶⁷, sífilis, brucelosis y enfermedad de chagas para todos los componentes con fines terapéuticos.⁶⁸ El tamizaje serológico es de suma importancia, aún en la era de la tecnología de inmunoensayos altamente sensibles, ya que no están exentos de limitaciones metodológicas, especialmente en los períodos de ventana y en las infecciones ocultas como las de

63 Beeson PB. Jaundice occurring one to four months after transfusion of blood or plasma. Report of seven cases. JAMA. 1943;121(17):1332-4

64 Curran JW, Lawrence DN, Jaffe H, Kaplan JE, Zyla LD, Chamberland M, et. al. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) associated with transfusions. N Engl J Med. 1984;310(2):69-75

65 *Riesgo Residual*: El riesgo de transfundir hemocomponentes contaminados con algún agente patógeno, luego de completar el tamizaje sistemático y universal en donantes de sangre para detección de marcadores de enfermedades transmisibles.

66 Chiavetta JA, Escobar M, Newman A, He Y, Driezen P, Deeks S, et al. Incidence and estimated rates of residual risk for HIV, hepatitis C, hepatitis B and human T-cell lymphotropic viruses in blood donors in Canada, 1990-2000. CMAJ. 2003;169(8):767-73

67 HTLV: Virus Linfotrófico de células T Humanas.

68 Ley Nacional de Sangre N° 22.990. República Argentina.

hepatitis B o cepas mutantes (solo evidentes por ciertas técnicas moleculares, sin marcadores bioquímicos útiles).⁶⁹

Un problema en crecimiento son las *infecciones emergentes*.⁷⁰ Ya que constituyen una amenaza potencial actual a la seguridad del proceso de transfusión sanguínea. Un agente patógeno emergente puede ser un riesgo en el proceso de transfusión cuando existe un período asintomático en el que ese patógeno está en la sangre, pero no es detectado y no hay síntomas aparentes. Es por esto que la medicina transfusional ha realizado esfuerzos importantes para la vigilancia e investigación de agentes infecciosos actuales y nuevos que podrían ser causa de preocupación, especialmente cuando no se tienen los elementos tecnológicos suficientes para su detección porque pueden ser cepas mutadas de organismos preexistentes o patógenos completamente nuevos.⁷¹ La única herramienta para detectar estas situaciones es la información veraz recolectada en el cuestionario pre-donación.

LA RESPONSABILIDAD DE SER DONANTE DE SANGRE

Donar pensando en el bien del receptor

Donar sangre es un acto libre y voluntario, que debe realizarse con responsabilidad, en el marco del bien y la verdad. Sin embargo, con frecuencia la intención de dar no se basa en ayudar a otro individuo como principal objetivo, simplemente se centra en el acto personal, por lo que, para esto, no se miden las implicancias y riesgos a los que se expone al receptor o al mismo dador al omitir la verdad en el proceso de selección. Las normas vigentes tienen por finalidad cuidar a ambos.

69 La posibilidad de disponer de técnicas y medidas cada vez más avanzadas, que mejoren la calidad y la seguridad de las transfusiones sanguíneas, es primordial en el ámbito sanitario de cualquier país del mundo. En este sentido, es necesario mantener un desarrollo y avance científico-tecnológico continuos que permitan conservar y optimizar en el tiempo, el elevado nivel de seguridad transfusional alcanzado actualmente.

70 *Infección emergente*: Define una enfermedad de origen infeccioso conocido o desconocido, cuya incidencia en el humano ha aumentado en las últimas dos décadas o amenaza con aumentar en un futuro próximo. Las causas que hacen que una enfermedad infecciosa incremente su incidencia se relacionan con el patógeno, huésped, vector y medio ambiente. En este sentido, un agente contagioso emergente puede ser un riesgo en el proceso de transfusión sanguínea cuando este se encuentra en período de incubación, especialmente cuando no se cuenta con los elementos tecnológicos suficientes para su detección oportuna; porque, incluso, puede tratarse de cepas mutadas de organismos preexistentes.

71 Son ejemplos actuales de patógenos emergentes, los virus Zika, Chikungunya y Dengue.

Un hombre sano puede libremente ofrecer una parte prescindible de su cuerpo, como una fracción de su sangre. Esta se comienza a regenerar en el mismo instante en que se realiza la extracción para la donación, por lo que no afecta su salud si este se encuentra en condiciones de realizar el acto y al mismo tiempo, ofrece un beneficio para un individuo enfermo.

Quien dona desde el egoísmo, con una visión individualista solo por donar, muchas veces no cumple con las normas establecidas para realizar el procedimiento que buscan minimizar los peligros para él y el receptor, al ocultar datos significativos de su historial médico o adulterar su cuerpo de manera de sortear con éxito los controles de rutina efectuados. Algunos no esperan el plazo que debe transcurrir entre una donación y otra, poniendo en riesgo su vida. Adulteran su sangre con cristaloides⁷² o mienten sobre sus conductas personales. Todos ellos obran de manera engañosa, quitándole valor al acto y embaucando a los entrevistadores y a la comunidad. Estos individuos no actúan con responsabilidad, ya que lo que realizan no es una dádiva hacia un prójimo, sino un acto egoísta, dónde lo menos importante es el enfermo que necesita el componente sanguíneo para mantenerse con vida.

El principio de libertad y responsabilidad queda garantizado en el modelo de donante altruista que asegura que la voluntad de quién da es libre y desinteresada. La libertad responsable genera actos de nobleza, divididos entre lo que el donante debe hacer en beneficio del paciente y aquello que afecta al interés general. Para esto debe ser siempre fiel a la verdad; de manera que quienes se saben con riesgo de poseer una enfermedad infecciosa no sean donantes. Este es un acto de responsabilidad personal. Los donantes son responsables por la información que brindan. Los postulantes tienen el compromiso de proveer, a la altura de su conocimiento, información completa y precisa sobre su condición actual de salud, enfermedades anteriores, medicamentos, hospitalizaciones y otras cuestiones relacionadas con la seguridad de la dación. Tienen la responsabilidad de reportar cambios inesperados en sus condiciones de salud al banco de sangre y de informar cualquier fraude que se haya realizado en el proceso, como coacción o pago por la

72 Las soluciones cristaloides, son soluciones que contienen agua, electrolitos o azúcares en diferentes proporciones. Son utilizadas en el reemplazo de volumen en situaciones clínicas como deshidratación con pérdidas moderadas de electrolitos por vómitos o diarreas y en síndromes hipovolémicos como hemorragias y quemaduras. Las más frecuentes son solución de dextrosa, de cloruro sódico o Ringer lactato, entre otras. Al ser expansores del volumen sanguíneo, son utilizados para aumentarlo momentáneamente y como consecuencia incrementar la masa del individuo.

extracción. Si por algún motivo no entiende algo, su compromiso como donante, es preguntar al equipo de salud. Cada postulante debe comprender los riesgos frente a terceros de dar sangre infectada. Esa es su responsabilidad ética frente al receptor. Por lo que tiene una responsabilidad extendida: para con él mismo, preservando su salud, y para con los receptores y la comunidad, protegiendo la de los otros. La libertad humana para ejercer actos, siempre va acompañada de una responsabilidad sobre los mismos. Sin embargo, esta última no es limitante de la libertad de actuar, sino que es ordenadora; ya que ofrece un encuadre que contiene el acto humano que busca el bien. El límite de la libertad es, en todo caso, el respeto a la dignidad de la persona. Por lo que el donante tiene el deber moral de colaborar en la conservación y el cuidado no sólo de su salud y vida, sino también de la ajena. Para esto, el individuo se forma y se educa y como consecuencia se compromete a usar los medios para conservar salud que es un bien a custodiar.

El donante es libre, pero es libre para buscar el bien para sí mismo y las personas de las cuales también es responsable. No puede entenderse la libertad sin entender la responsabilidad.

Libertad, es también libertad de disponer del propio cuerpo; es autodeterminación. No obstante, esta libertad no implica la posibilidad de adulterar el cuerpo libremente o buscar compensaciones a cambio de dar sangre. Considerar que la voluntad de quien solo es proveedor, es tan libre como la de quien regala, es un error. Quien solo repone sangre, actúa intermediando un beneficio u obligación por el medio que anula la capacidad de decisión, de manera que no aprecia la posibilidad de coacción y no obra con libertad.

El aspirante tiene la posibilidad de contribuir y de sumar esfuerzos en la construcción de una sociedad mejor que permita elevar gradualmente los niveles de humanidad colectiva. No solo donando, sino eligiendo hacerlo libremente. Solo los actos elegidos con libertad hacen al hombre responsable moralmente.

La responsabilidad frente a la donación dentro del período de ventana

¿En qué medida es responsable el dador de sangre que, sabiendo que ha corrido un riesgo de los detallados en el cuestionario pre-donación, elige faltar a la verdad cuando se le pregunta por el mismo? O ¿En qué medida lo es quien, intencionalmente, no se autoexcluye utilizando la herramienta de seguridad que invita a realizar una última evaluación de conducta y conciencia? El daño transfusional procedente de la infección en el período de ventana serológico es severo, ya que pone en peligro la vida de los receptores.

El dador debe tener responsabilidad por el daño padecido por otra persona. Sin embargo, no siempre que se causa un daño se responde por ello. Aquel que miente en el cuestionario pre-donación, siendo consciente que ha corrido un peligro en sus actividades, pero omite declararlo por diferentes motivos, impacta negativamente en la vida y la salud de los receptores de componentes. Como consecuencia, debería responder. Es justo y ético indemnizar cuando se causa un daño a un tercero, en este caso un paciente. Actualmente, 75 países cuentan con leyes específicas sobre penalización por el contagio intencional del VIH o leyes en cuyo contenido lo mencionan como un agente patógeno cuya transmisión puede ser sancionada por la ley.⁷³ Si un enfermo es sancionado por contagiar a otra persona, un dador también debería serlo. Debería responsabilizarse del riesgo de daño. Es claro que existen personas inescrupulosas que exponen a otros al contagio del patógenos por vía transfusional, sin que exista barrera que los detenga.

La palabra del donante como herramienta sostenida en la veracidad biográfica

En la práctica cotidiana del banco de sangre se observa que las personas donan motivadas por diferentes intereses como el altruismo y la solidaridad; para satisfacer necesidades morales, éticas y/o sentimentales; en respuesta a las peticiones de familiares y amigos con los que se conservan lazos de proximidad afectiva; o como consecuencia del pedido de una institución sanitaria.⁷⁴ Sin embargo, la OMS promueve la donación de sangre voluntaria y no remunerada, como forma de mantener los niveles de calidad de los productos.⁷⁵

A diferencia de los donantes voluntarios, los dadores de reposición, son sujetos a la presión familiar, social o de las instituciones de salud para que acudan a dar sangre o componentes. Esta presión distorsiona la auto-percepción de riesgo que tiene la persona sobre la posible existencia de prácticas inseguras. En la actualidad el testimonio en el cuestionario pre-donación es la manera de no transfundir componentes sanguíneos obtenidos durante el período de ventana, donde las herramientas del laboratorio no pueden evidenciarlo por una limitación metodo-

73 Cameron S Bernard EJ. Advancing HIV Justice 3: Growing the global movement against HIV criminalisation. HIV Justice Network, Amsterdam, May 2019.

74 En la República Argentina desde septiembre de 2015, está prohibido por disposición del Ministerio de Salud, exigir dadores a los pacientes. Resolución Ministerial 1508/15. Prohibición de exigencia de donantes de sangre.

75 Plan de Acción para el Acceso Universal a Sangre Segura. OMS/OPS. 53. Consejo directivo- 66 Sesión del comité regional de la OMS para las Américas. Washington, 3 de octubre de 2014.

lógica. Para evaluar esto se suele utilizar la medida clásica del riesgo residual de contagio junto con la prevalencia en el país de infección pos transfusional.^{76, 77}

La entrevista es necesaria también para evaluar el contagio de patógenos emergentes, reemergentes o aquellos para los cuales no existen aún desarrollos biotecnológicos que permitan su pesquisa o los que la ley no impone su búsqueda sistemática.⁷⁸

En la presente investigación, se busca poder evaluar la veracidad del discurso del donante en conjunto con el impacto de la mentira en la salud de los receptores. Surgen varios interrogantes relacionados con este cuestionamiento: ¿Cuándo la información no es veraz, existen otras alternativas? ¿Dependen las conductas de riesgo de las interpretaciones sociales, o son de índole biológica? ¿Es necesaria la selección de donantes o todos los que quieran deberían donar? ¿Es importante la veracidad en el testimonio? ¿No es segura la sangre analizada? ¿Alcanza con el altruismo?⁷⁹

LA SEGURIDAD DE LA SANGRE

Marco normativo de la donación de sangre

En el año 2000 se aprobó en la Asamblea General de la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea (ISBT) el código de ética para la donación y transfusión de sangre. El mismo consigna que el donante debe comprender el riesgo frente a terceros de donar sangre infectada y su responsabilidad ética frente al receptor.

El fluido donado, en la República Argentina se analiza en el laboratorio, de acuerdo a la legislación vigente, Ley N°22.990, para siete enfermedades. La ley de sangre no especifica que desarrollos biotecnológicos usar, por lo que cada bioquímico debe elegir de acuerdo a su criterio profesional en relación a diversos

76 En la actualidad, la transfusión de componentes sanguíneos no puede realizarse sin algún un riesgo residual. Este riesgo incluye el recibir un componente sanguíneo infectado, así como el riesgo de adquirir la infección una vez transfundido el mismo.

77 Estándares de Trabajo para Servicios de Sangre. 3ra ed. Organización Panamericana de la Salud. Washington; 2011.

78 Ejemplos de patógenos emergentes que se buscan sólo en la entrevista son leishmania, borrelia, dengue, variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, virus del Oeste del Nilo entre otros.

79 El altruismo garantiza la no comercialización del cuerpo, así como la democratización en el acceso a la sangre, y que los ciclos económicos no afecten la disponibilidad de estos.

factores como la población, la prevalencia, la incidencia, la implementación y el costo entre otros.

La entrevista pre-donación como componente de protección de las personas

La primera vez que se implementó una pregunta a un donante antes de la extracción de sangre con el fin de determinar su elegibilidad, fue en el año 1936. En esa época el canadiense Norman Bethune, que había establecido un banco de sangre en Madrid, les preguntaba: "*¿Lo jura por su honor que usted nunca ha tenido sífilis?*" En ese entonces, jurar era lo único que se podía hacer, el único instrumento que se poseía, ya que no había disponibilidad masiva de pruebas de laboratorio para prevenir los contagios.⁸⁰

En el procedimiento descrito por el médico argentino Luis Agote en 1914, indicaba que al momento de elegir el donante, debía realizarse si era posible, la *reacción de Wasserman*⁸¹ para investigar la presencia de sífilis, debiendo rechazar a aquellos que dieran resultado positivo.⁸²

En el año 1953 la Asociación Americana de Bancos de Sangre (AABB) propuso una nueva estrategia para aportar seguridad a las transfusiones; introdujo el primer cuestionario formal para obtener la historia del donante. El uso de este documento era voluntario. Si bien la mayor preocupación en esta época era

80 En 1906 los alemanes Wassermann, Neisser y Bruck del Instituto Robert Koch, desarrollaron una prueba de detección de personas infectadas con sífilis, proporcionando la base para el desarrollo del serodiagnóstico de la infección sífilítica y dando origen a la reacción de Wassermann. La prueba ha sufrido modificaciones, pero su uso se extendió durante la primera parte del siglo pasado.

81 *Reacción de Wasserman*: Primera prueba desarrollada para la detección de anticuerpos en personas infectadas por el agente causal de sífilis. Utilizaba extractos de hígados sífilíticos como antígenos para una prueba de fijación del complemento (1906). Se ubica entre las primeras pruebas para agentes infecciosos desarrolladas en la historia. Proporciona la base para el progreso del serodiagnóstico de la infección sífilítica. No se utiliza en la actualidad.

82 Asociación Argentina de Hemoterapia e Inmunohematología (AAHI) Editor. Doctor Luis Agote – Investigador trascendental, político comprometido, un hombre indispensable. Buenos Aires: Ed. Asociación Argentina de Hemoterapia e Inmunohematología; 2010. Cap. Nuevo procedimiento para transfusión de la sangre por Agote L; p. 35-44.

la transmisión de sífilis, también había interés en proteger al donante de efectos adversos a la extracción.⁸³

Recién en la década del 80, se crearon nuevas herramientas para educar a los donantes con el objetivo de que se auto-excluyeran en forma voluntaria antes o después de la donación, si ellos reconocían su conducta de riesgo asociada transmisión de enfermedades.

Las entrevistas siguieron evolucionando, para proteger la salud del postulante durante la donación y garantizar la seguridad del producto, especialmente para identificar aquellas infecciones no detectables por las pruebas de laboratorio. Sin embargo, siempre resulta difícil contar con el total compromiso y sinceridad de los donantes, por lo que el valor de la entrevista desde su inicio fue cuestionable.

En la primera década de este siglo, por primera vez se utilizaron metodologías para validar las preguntas revisadas del cuestionario por medio de "grupos focales" y "entrevistas cognitivas" para determinar si los postulantes entendían las preguntas. A pesar de todos los cambios que se han producido para obtener el testimonio del aspirante lo más preciso posible, la comunidad de bancos de sangre reconoce que hay dificultades. La habilidad del donante de proveer una información fiel a la realidad depende de varios factores como, por ejemplo: alfabetismo y nivel de instrucción, entendimiento del idioma, conocimiento o memoria de condiciones de la salud o riesgos, y compromiso y disposición de proveer respuestas honestas y educación para la donación.

Evaluación de los criterios de seguridad

En las últimas décadas, el enfoque de la seguridad de la sangre ha evolucionado.⁸⁴ El objetivo principal de hacer una selección adecuada del donante es asegurar que el oferente esté en buen estado de salud y protegerla durante el proceso

83 Del Pozo, A. Captación, selección y colecta de donantes de sangre. En: Cortes A, León G, Muñoz M, Jaramillo S, eds. Aplicaciones y Práctica de la Medicina Transfusional. GCIAMT, Santiago de Cali, Colombia, 2012:1289-1312.

84 El elevado nivel de seguridad transfusional alcanzado, se sustenta en desarrollos que lograron mejorar y refinar los métodos de cribado inicial de los donantes, y las técnicas de detección de los agentes infecciosos en las unidades sanguíneas. Gran parte de este progreso ha sido motivado y dirigido, por el enorme impacto que representó la aparición de la epidemia del VIH en los receptores de sangre y derivados sanguíneos, a principios de los años ochenta.

de la donación segura y al mismo tiempo prevenir efectos adversos en pacientes que reciben transfusiones de sangre o sus componentes.

La selección del donante es excesivamente importante ya que, si bien se dispone de pruebas de laboratorio y se utilizan con carácter obligatorio, los desarrollos biotecnológicos no son lo suficientemente sensibles para identificar el período inicial de la infección ni detectan la presencia de todas mutaciones existentes de los patógenos investigados. En la pesquisa se buscan diferentes evidencias de la presencia del agente infeccioso. Puede investigarse él mismo o la respuesta que genera el individuo infectado frente a su presencia (anticuerpos). Es por eso que se definen diferentes tiempos de período de ventana de acuerdo al marcador de laboratorio que se analiza. El tiempo más corto se evidencia en la búsqueda de fragmentos o moléculas del microorganismo, mientras que si se buscan anticuerpos, que aparecen frente a una respuesta inmunológica del infectado, los tiempos se prolongan.⁸⁵

Para reducir este riesgo se cuenta con el cuestionario pre-donación, que utiliza como soporte memoria, compromiso y voluntad del dador. Con el correr del tiempo se ha fortalecido incluyendo información actualizada de conductas de riesgo o exposiciones que podrían asociarse con enfermedades transmitidas por transfusión.

El cuestionario pre-donación es un recurso de la justicia distributiva, ya que es un instrumento que permite dos tipos de selecciones: la primera es la selección que evita transfundir componentes en período de ventana, reduciendo así los costos sanitarios que surgen de tratar las nuevas infecciones que se producirían en los receptores; y la segunda es evitar la mala distribución de recursos de la sociedad. El desperdicio de suministros costosos y escasos como el material descartable, las bolsas de extracción, los reactivos y los insumos necesarios para extraer, procesar, calificar, confirmar, almacenar y descartar las unidades extraídas de dadores, que se han expuesto a riesgos de contagio y no lo han declarado. La eliminación de componentes contaminados genera un costo muy alto en recursos sanitarios ya que el producto sanguíneo que se descarta no solamente malgasta recursos materiales de la comunidad, sino que distrae de tareas útiles y necesarias a profesionales altamente capacitados que son recursos valiosos para la atención sanitaria.

85 Como ejemplo se puede citar, los períodos de ventana para VIH: para búsqueda molecular de genoma viral el período de ventana es en promedio de 5 días en pool de 6 muestras, para antígeno P24 del VIH-1 es de 14 días, y para anticuerpos, de 21 días en promedio.

Los procesos relacionados con la selección de dadores son:

- I. Educación del dador para que comprenda integralmente el proceso de la dación. Incluidas las instrucciones claras para que advierta si corrió riesgos de contagio.
- II. Proceso de autoexclusión pre-dación.
- III. Cuestionario pre-dación que incluye la historia biográfica del dador para ser completado antes de la extracción. El mismo contiene preguntas específicas de conductas de riesgo, historia clínica, medicamentos, historial de viajes y otros factores que pueden afectar al dador o al receptor.
- IV. Examen físico enfocado a la dación.
- V. Proceso de autoexclusión post-dación.
- VI. Calificación biológica del dador.

En el cuestionario pre-donación se investiga especialmente la posibilidad de cursar una enfermedad transmisible por la sangre y las conductas peligrosas asociadas con ellas. La estructura de la entrevista tiene en su primer parte información al dador junto con la explicación del significado del período de ventana y las conductas de riesgo. Luego siguen preguntas generales y específicas para armar la historia clínica pre-donación.

El conocimiento científico - técnico, la tecnología, el recurso humano entrenado, el equipamiento; todo el engranaje que tiene por misión, proporcionar cuidados terapéuticos al paciente, depende en gran medida de la toma de decisión de una persona sana. El dador es el primer eslabón de la cadena a partir de la cual, cumpliendo con el proceso dentro de un marco de gestión de calidad, se podrá brindar asistencia al paciente con el mayor beneficio y menor riesgo.

EL COMPROMISO DEL EQUIPO DE SALUD

En las actividades vinculadas con la donación de sangre y su custodia participan diversos actores del equipo de salud. Todos ellos son responsables de la seguridad transfusional. No obstante, esta tarea no se limita a ellos, sino que involucra a todos los miembros que brindan atención sanitaria a una sociedad y a la comunidad misma. Todos y cada uno resultan responsables, y deben comprometerse.

terse en la promoción de la donación voluntaria de sangre. Todos los hombres son responsables de la salud de cada uno de los miembros de su comunidad, tal como lo expresa la bioética personalista. Sin embargo, quienes eligen este compromiso como profesión, se forman en este sentido y obtienen mayores herramientas para realizar esta tarea.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.⁸⁶ Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las destinadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La promoción y educación para la salud deben responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud que se plantean en la sociedad. Se hace evidente, en este sentido, la necesidad de formación de los integrantes del equipo de salud, en promoción y protección de salud. Un eje que atraviesa ambos caminos es la donación de órganos, tejidos y células.

La República Argentina posee regulación vigente que invita a la formación de donantes y promotores de la donación segura de sangre en cumplimiento de la ley 25936/2004.⁸⁷ Particularmente relacionado a la donación de sangre y en busca de tener donantes que ofrezcan productos seguros, se debería formar a los integrantes del equipo de salud en este camino.

Actualmente la educación para la donación voluntaria de sangre es sostenida principalmente por los conjuntos de profesionales del área de bancos de sangre. Sin embargo, es responsabilidad de todos los integrantes del equipo de salud realizar esta tarea. Para esto se debe enseñar a todos los miembros involucrados en el cuidado de la salud de la comunidad los contenidos necesarios para ser agentes multiplicadores.

Difícilmente la población general adquiera conocimientos útiles sobre la donación de sangre si quien debe transmitírselos los desconoce. Para esto educadores y equipo de salud deben formarse. Si los contenidos no se asimilan en la formación de grado, difícilmente de manera universal los agentes sanitarios podrán transmitirlos a la comunidad. Las universidades forman profesionales con consistentes

86 Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud. OMS. Ottawa, 1986.

87 En cumplimiento de la ley 25936/2004, se celebra en todo el país el "Día Nacional del Donante Voluntario de Sangre" el 9 de noviembre, y al mismo tiempo, se incluye la educación para la donación de sangre en el calendario escolar en todos los niveles.

bases humanísticas, conocimiento de la realidad social y pericia técnica. Pero para poder contribuir al desarrollo científico, tecnológico y social, se debe fortalecer la educación en valores.⁸⁸ Los estudiantes deben poseer compromiso social, y ejercitar la libertad, el pluralismo, la equidad, la responsabilidad junto con tolerancia y el respeto. Es responsabilidad de las instituciones transmisión de conocimientos respaldados por el rigor científico, como lo es también la formación de líderes comprometidos con la ética y la solidaridad. En este camino se enmarca la educación para la promoción de la donación voluntaria de sangre.

La promoción de la donación como necesidad estratégica

Para el desarrollo de la "promoción de salud" y la práctica de la "educación para la salud", es imprescindible disponer de una formación suficiente y de calidad, coherente con las funciones y el rol de los profesionales. Exige la adquisición tanto de conocimientos, habilidades y prácticas. Se trata de formación y capacitación, para ser capaces de llevar a cabo distintos tipos tareas relacionadas con la promoción de la donación; no de entrenamiento sólo para la motivación o sensibilización y tampoco de instrucción.

Los ejes centrales para una capacitación integral deben basarse en identificar y conocer los desafíos en busca del cambio del modelo de donación voluntaria, el rol social de la comunicación en la donación, y su interacción con la promoción. Es necesario que los futuros integrantes del equipo de salud puedan comprender a los distintos tipos de dadores y plantear la necesidad fundamental de contar con donantes que ofrezcan productos seguros. Adquirir conocimientos sobre la importancia de la donación voluntaria y sobre el papel del profesional en las tareas de promoción y educación para la donación de células, tejidos y órganos. Esta promoción está constituida por las acciones de información, formación y comunicación, brindadas por el personal capacitado, con el objetivo de sensibilizar a la población para solidarizarse con aquellos individuos que necesitan la transfusión de componentes sanguíneos, e instaurar así una cultura de hemodonación, para

88 Educar en valores consiste en ampliar el alcance de la educación formal, de manera que no se limite a enseñanza y aprendizaje de asignaturas, habilidades y contenidos, sino persiguiendo objetivos relacionados con el ámbito moral y el civismo, con la finalidad de formar futuros profesionales responsables. Se busca desarrollar y consolidar una forma de actuar basada en el respeto a los demás, la inclusión y las ideas democráticas y solidarias, para que sean capaces de comprometerse activamente con la comunidad.

que los ciudadanos proyecten su participación en forma espontánea, con el único objeto de sentir el bienestar de ayudar al prójimo a estar mejor.

BREVES REFLEXIONES

La presencia de veracidad en el testimonio de los dadores

En la calificación de los postulantes, la declaración del donante no puede ser sustituida por otra herramienta. Contribuye a la seguridad transfusional proporcionalmente a la veracidad que aporta la persona en su testimonio. A mayor veracidad presenta mayor valor y aporta mayor seguridad.

Cuando es posible hallar la verdad biológica, se puede proteger a los receptores, pero, frente a un contagio cercano, y no contando con evidencia detectable en el laboratorio, el único instrumento de seguridad lo constituye el veraz testimonio del donante. Esta limitación de los instrumentos diagnósticos biológicos, es superada por la herramienta del diálogo persona a persona que suple la falencia del método biotecnológico vigente.

El testimonio no es solo una mera declaración; es también un acto que aporta elementos externos – como son las descripciones de los sucesos – y elementos internos, fundamentalmente de índole moral. Los primeros son objetivamente verificables y se manifiestan en los resultados obtenidos: sean estas en las entrevistas de cita, en la evidencia biológica de un contagio y en el cambio de testimonio frente al resultado biológico *reactivo*. Los elementos internos son individuales, privados, e imposible de medirlos. Estos tan solo se pueden conocer a partir del testimonio de los entrevistados.

El producto donado como un bien

El que recibe un producto donado, recibe un bien. Su valor no es comercial, es terapéutico, humanitario y social.⁸⁹ Para quien lo recibe, el hemocomponente tiene el sentido de mejoría de calidad de vida e incluso de supervivencia.⁹⁰ La donación

89 En la Argentina, la sangre es considerada un bien material, por lo tanto, se categoriza como "cosa". A pesar de tener un valor económico no se enmarca en el art. 16 del Código Civil y Comercial, sino en el art. 17 que abarca los derechos sobre el cuerpo humano y sus partes.

90 Lafitte J. Vida Humana: Don, Vida Y Perdón. En: Scola A, (coord.) ¿Qué es la vida? La bioética a debate. Madrid: Ediciones Encuentro; 1999. p.251-5

de sangre no se limita a un acto de justicia, sino que va más allá, adentrándose en la persona como signo de esperanza. Por todo esto, el dador está obligado a testimoniar la verdad. Cuando existe un distanciamiento entre los hechos biológicos, y los valores éticos, sin duda se pondrá en peligro la vida de los receptores.

Transmitir por sangre una infección es totalmente censurable. Es un acto que la persona debe controlar utilizando su libertad. Algunos contagios pueden surgir como consecuencia de un acto fuera de control o por falta de libertad, como son los que se dan bajo el efecto del abuso de alcohol y drogas. Si la adquisición de la infección surge como consecuencia de una conducta llena de excesos, antes de esta acción hubo una acción controlada, libre y responsable. De ello se deduce que el contagio de una infección a partir de una situación de riesgo es exclusiva responsabilidad de quien eligió el riesgo. Es en este acto donde se inicia la cadena de acontecimientos que finaliza con el contagio del receptor. Una persona libre y consciente de sus actos, que ha decidido transitar una situación riesgosa, debiera abstenerse de donar sangre.

La educación para la donación es la herramienta con que se cuenta para sensibilizar, formar y fortalecer a la comunidad hacia una donación segura, esto es en el marco de la responsabilidad. Entendiendo como responsabilidad a la asunción de todas las consecuencias de los actos. Lejos de las situaciones extremas, que se expresan a través de actos heroicos. Se debe cambiar el "*debo donar*" por el "*elijo donar de manera responsable*". Para esto es fundamental contar con profesionales que eduquen a la comunidad. Los futuros médicos, como miembros del equipo de salud y en particular como prescriptores de transfusiones, no son formados en el campo de la promoción de la donación. Es muy difícil educar a la sociedad para contar con donantes responsables y comprometidos, si no se educa al equipo de salud.

CONCLUSIONES

La responsabilidad del hombre por el hombre

La donación de sangre se fundamenta en el reconocimiento del prójimo y sus necesidades. Es necesario trabajar como sociedad para transformar una actitud en un valor. Con este fin se debe educar a los grupos de personas que van a donar sangre. La enseñanza debe incluir tanto la información como la formación para, de esta manera, dejar de tener *dadores* de sangre y empezar a tener *donantes*.

Es necesario reflexionar acerca del valor que se asigna a la salud y qué modelo de sociedad se quiere sostener. Todos los actores sociales debemos ocuparnos y

preocuparnos por tener sangre segura y suficiente, donando si es posible, pero siempre educando y promoviendo actitudes positivas hacia este acto. Es responsabilidad de todos y de cada uno.

La educación de la persona, centrada en la donación, es un abordaje ético en sí mismo. Un camino que consiste en aprender en todos los niveles.

No existe un método objetivo de calificación de donantes posible que genere 100% de seguridad transfusional. El único procedimiento que permite no transfundir sangre en período de ventana es el testimonio veraz. Esto se puede lograr si se cuenta con donantes educados y altruistas, con la intención de hacer el bien al receptor que actúen con responsabilidad sobre el acto de donar. Para esto el único camino es la formación de donantes comprometidos.

La figura del *donante comprometido*, implica justicia; involucra la intención de hacer el bien, la instrucción para la donación conjuntamente con la responsabilidad sobre los propios actos y el impacto de estos sobre terceros.

La donación voluntaria y altruista está basada en la libertad personal de los donantes que se sienten sanos, se entienden saludables y se comprometen con la comunidad para ejercer sin ningún tipo de presión o compromiso un acto solidario y educado, que tiende a salvar o mejorar la vida de otro ser humano. La libertad personal, como todo derecho fundamental, no es absoluta. Es el caso particular de la donación el límite es el bien del otro. De esta manera se incrementa el bien en la comunidad. Sin embargo, la donación de sangre es beneficiosa en el corto plazo, mientras que el donante, es una figura sostenida en el tiempo. Es una responsabilidad compartida por todos los miembros, que tiende a proteger la salud de toda la comunidad.

Para contar con donantes en lugar de donaciones, uno de los ejes estratégicos es la concientización social sobre la donación; sensibilizar, formar y capacitar a la población, en lo relativo al proceso, usando técnicas y recursos educativos propios del ámbito escolar y socio-comunitario. Sin embargo, con esto no es suficiente. Es urgente un cambio radical en el enfoque de la educación a los donantes. El cambio debe basarse fundamentalmente en generar ideas para construir una ciudadanía más responsable. Es necesario correr el foco de la información sobre el proceso de donación y centrarlo en el receptor. Los futuros donantes deben entender el impacto negativo que generan en los receptores al mentir en la entrevista. Deben comprender los riesgos a los que se expone a un enfermo si no se lo considera cuando se dona. Es obligatorio trabajar sobre la importancia de la verdad y las consecuencias de la mentira. Sobre la donación libre y responsable,

enmarcada en criterios científicos de selección. Se trata de ampliar la formación ética y ciudadana.

El modelo formativo de *aprender-sentir-hacer*⁹¹ permite el fortalecimiento de valores humanos. Este modelo, postula que los pasos para adoptar nuevas conductas de cambio, se inician en el *aprender*. El éxito depende del proceso de aprendizaje y de la toma de conciencia que lo acompaña. El objetivo de este camino es conocer para la acción. Este modelo no funciona si no se busca un cambio de hábitos en la sociedad, y luego se desarrolla una actitud y se compromete con el objetivo, reconociendo en este caso en particular, la diferencia entre una donación de sangre con valor y una que solo genera un daño. Se busca gestar una conducta de donación de sangre responsable, en la medida en que se trata de un comportamiento en el que se requiere un elevado grado de compromiso personal y social.

Así, la información certera se convierte en el punto de partida del proceso de construcción de la conducta de donar sangre, que luego concluirá en la formación de un hábito. Contar con información valiosa permite conocer; y este es un requisito básico para elegir con libertad. La importancia de la información en la predisposición a donar sangre, justifica la realización de campañas más explicativas y educativas, y menos centradas en invocar a la solidaridad, por lo que es necesario diseñar estrategias de comunicación social eficaces, que contemplen la información y la formación como objetivos a conseguir, intentando convertir la donación en un hábito, en una buena costumbre.⁹²

El compromiso del hombre con el hombre se renueva permanentemente. Se siembra en el presente, con conductas responsables, para actuar en el futuro con conductas seguras. Es un modo de sembrar en el presente, los actos libres del futuro. Actuar responsablemente hoy, genera una promesa, que permite tener esperanza de seguridad sobre vida futura del hombre, dentro de la incertidumbre que no permite al hombre el control de su mañana. Así cada acto libre y responsable en el presente, sostiene un anhelo de poder donar en el futuro. De hacer el bien.

91 Basado en: Mendive D. Marketing Social Manual Práctico. Buenos Aires: Ed. De Los Cuatro Vientos; 2011. Cap. 2.

92 Se busca superar la necesidad de satisfacer un deseo a partir de una necesidad insatisfecha. Ya que, según el marketing social, la motivación involucra la necesidad y el motivo de donar. Según la pirámide de necesidades de Maslow, la donación se ubicaría en el ápice, dentro de las necesidades de autorrealización y muy lejos de las fisiológicas. Basado en Borja Sole L, Casanovas Plas J, Bosch Camprubi R. El consumidor turístico. Madrid: Ed. ESIC; 2002. Cap. 5, El consumidor turístico: las influencias personales. p. 89-91.



PERSONA HUMANA, DERECHO A LA VIDA Y DIGNIDAD EN EL DEBATE DE LA LEY DE ABORTO

Fecha de recepción: 02/03/2021

Fecha de aceptación: 05/04/2021

Dr. Jorge Nicolás Lafferriere

Contacto: nicolas_lafferriere@uca.edu.ar

- Profesor Titular Ordinario - Facultad de Derecho Pontificia Universidad Católica Argentina.

Palabras clave

- Persona humana
- Derecho a la vida
- Aborto
- Dignidad humana

Key words

- Human person
- Right to life
- Abortion
- Human dignity

1 Este trabajo se enmarca en el PICTO-UCA 2017-0032 "El concepto de Dignidad Humana según la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Análisis de los casos contenciosos y de las opiniones consultivas", cofinanciado por ANPCyT y UCA (Argentina).

RESUMEN

En este trabajo se analizan los términos en que se ha dado la discusión sobre la personalidad del por nacer y su derecho a la vida durante el debate parlamentario de la ley de aborto en Argentina entre 2018 y 2020. Se estudian las posturas que sostienen que el concebido no sería persona para el derecho argentino, el debate sobre si el concebido es niño en los términos de la Convención sobre los Derechos del Niño tal como fue ratificada por la Argentina por ley 23849 y el alcance de la cláusula del art. 75 inc. 23 de la Constitución. En segundo lugar, sentado que el concebido es persona, se analizan y refutan los argumentos a favor del aborto que sostienen que su derecho a la vida tendría una protección gradual e incremental y no necesariamente penal. En tercer lugar, se abordan las visiones sobre la dignidad humana que subyacen en esta controversia. Se concluye sosteniendo que esta ley significa una novedad que tiene consecuencias graves porque se admite que legalmente el concebido es persona, pero legalmente se autoriza a quitarle la vida.

ABSTRACT

This paper analyzes the terms in which the discussion about the personality of the unborn and their right to life has taken place during the parliamentary debate on the abortion law in Argentina between 2018 and 2020. The paper considers the positions that hold that the conceived would not be a person under Argentine law, the debate on whether the conceived is a child under the terms of the Convention on the Rights of the Child as ratified by Argentina by law 23849 and the scope of the clause of art. 75 inc. 23 of the Constitution. The position that maintains that the unborn would be a person but subject to the condition of being born alive is also studied. Then, given that the conceived person is a person, the arguments in favor of abortion that argue that the right to life would have a gradual and incremental protection and not necessarily criminal protection are analyzed and refuted. Finally, the views on human dignity that underlie this controversy are addressed. The new law means a novelty that has serious consequences because it is admitted that the conceived person is legally a person but it is legally permissible to take their life.

1. INTRODUCCIÓN

En el caso *Roe v. Wade* de la Corte Suprema de los Estados Unidos del año 1973 y que legalizó ampliamente el aborto en ese país, el juez Blackmun, autor del voto mayoritario, sostuvo que si se determina legalmente que el feto es una persona, la pretensión de los reclamantes del aborto colapsa porque su derecho a la vida estaría específicamente garantizado por la Enmienda IV². Desde entonces, la cuestión de la personalidad del concebido ha sido uno de los ejes del debate jurídico sobre el aborto en ese país, como en todo el mundo.

Casi 50 años después, la legalización del aborto en Argentina el 30 de diciembre de 2020 marca un hito en esta discusión. En efecto, el Congreso de la Nación aprobó la ley 27610 que legaliza el aborto como pretendido derecho sin invocar causas hasta la semana 14 de embarazo y luego de ese plazo se puede abortar hasta el nacimiento en caso de embarazo proveniente de violación o por existir un riesgo para la vida o la salud de la madre (art. 4 ley 27610). Esta legalización del aborto presenta la particularidad que ha sido aprobada por el Congreso a pesar de que la Constitución Argentina y el resto del ordenamiento jurídico reconocen claramente que la persona humana comienza su existencia desde la concepción. Aun más, el mismo día que se aprobó la ley del aborto, se sancionó la ley 27611, conocida como la ley de los mil días, que establece el pago de una asignación por embarazo equivalente a la asignación por hijo durante los nueve meses de gestación.

En este trabajo me propongo analizar los términos en que se ha dado la discusión sobre la personalidad del por nacer y su derecho a la vida durante el debate parlamentario de la ley de aborto. Tomando como referencia los debates parlamentarios de la ley y las opiniones de los juristas sobre el tema, estructuraré el texto en tres grandes apartados. En el primero, analizaré las posturas que sostienen que el concebido no sería persona para el derecho argentino, incluyendo las que sostienen que sería una persona pero sujeta a una condición: el nacimiento con vida. En el segundo, analizaré las posiciones que sostienen que, si bien el concebido es persona, su derecho a la vida tendría una protección gradual e incremental y no necesariamente penal. En tercer lugar, me referiré a las visiones sobre la dignidad humana que subyacen en esta controversia, para finalizar con algunas reflexiones proyectivas sobre las implicaciones de una tal transformación de los alcances jurídicos de la protección del derecho a la vida.

2 "If this suggestion of personhood is established, the appellant's case, of course, collapses, for the fetus' right to life would then be guaranteed specifically by the Amendment" (*Roe v. Wade*, 40 US 113, 156-7).

2. EN TORNO A LA PERSONALIDAD DE LA PERSONA POR NACER PARA EL DERECHO ARGENTINO

2.1. La cuestión en la biología

Un primer debate que se verificó durante la tramitación de la ley 27610 refiere a si el concebido es persona para el derecho argentino. El análisis del tema sería estrictamente jurídico, aunque ciertamente también se ha dado un debate en torno a la cuestión del comienzo de la existencia de la persona en su dimensión biológica. En ese sentido, tuvo mucha repercusión la declaración formulada por el Ministro de Salud de la Nación, Ginés González García, en la reunión de comisiones de Diputados el 1-12-2020: "Con respecto a la pregunta sobre cuándo inicia la vida, esto data de tiempos remotos... Entonces, eso no es lo que se tramita en este tipo de leyes. Lo que el mundo ha resuelto es la idea de cuándo se es persona, no cuándo hay vida. Para que haya vida se necesita un óvulo y un espermatozoide. Obviamente siempre hay vida, pero reitero: no es eso lo que se trata de vida. Acá no hay dos vidas, como dicen algunos. Acá claramente es una sola persona y lo otro es un fenómeno. En este sentido, vuelvo a decir que para mí ese término no está correctamente utilizado. Si no fuera así, estaríamos ante el mayor genocidio universal, que es el que hace la mitad o mucho más de la mitad del mundo civilizado".

La respuesta a estas posturas fue firme y claramente dada por la Dra. Laura Vargas Roig, investigadora del CONICET, quien en su exposición ante las comisiones de Diputados el 3-12-2020 explicó: "afirmar que el embrión humano es solamente un conjunto de células es una verdad a medias, o mejor dicho un error, porque la genética, la epigenética y la biología molecular nos demuestran que el embrión humano es un organismo (es decir, "un ser viviente compuesto por partes capaces de realizar ciertas funciones coordinadas" según la definición dada por el Diccionario Enciclopédico de Medicina de León Braier)". También Graciela Moya, genetista, reafirmó este punto ante el Senado el 16-12-2020: "El segundo punto es el comienzo de la vida humana; y tampoco hay ninguna duda de que, desde la perspectiva biomédica, el nuevo ser humano comienza en el momento de la fecundación. Todos nosotros hemos vivido nuestras primeras 18 horas de vida como ser humano unicelular; y todos nos hemos implantado en el útero de nuestras madres entre el sexto y séptimo día de vida".

2.2. Distinción entre vida humana y persona humana

Al igual que sucede con la discusión científica biológica, en el campo jurídico el debate también se plantea en términos de distinguir entre vida y persona. Ricardo Gil Lavedra se ubica entre quienes distinguen entre vida y persona. En su

intervención del 15-12-2020 ante las comisiones de Senado dijo: "¿dónde está el desacuerdo entre estas dos posiciones? Sobre los alcances de la palabra "vida": es decir, qué significa esto de la vida. Quienes sostienen esta postura a la que me acabo de referir, personifican, humanizan al proyecto de vida que anida el embrión, parificándolo con el ya nacido o con un ser humano o con una persona; y esto no es así. El embrión no es una persona ya nacida".

Para fundamentar su postura, Gil Lavedra alegó que "el derecho positivo no trata de la misma manera al nacido que al por nacer. La vida que puede haber en un embrión o en una semilla requiere un desarrollo para poder nacer. Y este desarrollo no es autónomo: depende, obviamente, del cuerpo de la madre. Por supuesto que este proyecto de vida requiere tutela, pero esta no tiene por qué ser penal. Es decir, no es criminalizando a la mujer. Y es una ficción sostener que un embrión es un chico".

En realidad, la distinción entre ser humano y persona humana no tiene fundamento alguno en el derecho. Muy por el contrario, los Tratados Internacionales de Derechos Humanos son enfáticos en sostener la identidad entre ser humano y persona humana. Todo ser humano es persona. No puede haber seres humanos que no sean personas. Dos textos resultan decisivos en es punto. Por un lado, el artículo 6 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), que establece: "todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica". Por otro, el art. 1 de la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) que reconoce que "persona es todo ser humano".

2.3. El problema de la interpretación del término "niño" en la Convención sobre los Derechos del Niño

Una variante de este debate en el campo jurídico se centró en la discusión de si podía considerarse al por nacer como "niño". El punto es clave, pues si lo reconocemos como "niño" resulta protegido plenamente por la Convención sobre los Derechos del Niño, en particular por el art. 6 referido al derecho a la vida.

En primer lugar, la redacción del art. 1 de la Convención deja abierto el punto referido a cuándo se considera que comienza la existencia del niño para el derecho. En efecto, dice el art. 1: "*Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.*"

Inicialmente, un borrador de este artículo indicaba que la existencia del niño comenzaba en el nacimiento, pero ello fue eliminado³.

Pero el preámbulo de la Convención afirma que tiene presente "*que, como se indica en la Declaración sobre los Derechos del Niño, 'el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento'*".

Como se puede advertir, en este párrafo hay una explícita mención a la etapa prenatal, que tuvo como origen una sugerencia del representante de la República Federal Alemana⁴. El tema fue intensamente debatido durante los trabajos preparatorios de la Convención. La importancia del tema está dada por el hecho de que, según la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, el preámbulo tiene un valor muy importante al momento de interpretar un Tratado. Así, no puede negarse que la Convención reconoce que "la vida del niño debe ser protegida "tanto antes como después del nacimiento", y, por lo tanto, el concepto de "niño" se extiende en una prolongación indeterminada hasta "antes del nacimiento" para todos los Estados partes"⁵.

Al respecto, entre los autores que han procurado relativizar el alcance de este párrafo se encuentra Philip Alston, quien entendió que el parágrafo transcrito del preámbulo deja abierta la posibilidad de que los estados en forma individual adopten medidas legales y de otro tipo que sean apropiadas para proteger al niño no nacido⁶. Para Alston, el tema del aborto en la Convención es dejado a la decisión de cada estado a la luz de sus propias percepciones sobre los más efectivos medios para balancear los derechos e intereses en conflicto⁷. En cambio, Thomas Finegan, luego de investigar los trabajos preparatorios de la Convención, entiende que hay un valor "operativo" en el preámbulo⁸. Además, sostiene que se debe considerar al feto como ser humano o niño para el significado natural y ordinario

3 Finegan T. International Human Rights Law and the "Unborn": Texts and Travaux Preparatoires. Tulane J Int Comp Law [Internet]. 2016;25:89-126, 112. Available from: <http://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/tulicl25&tid=97&div=&collection=>

4 Basset UC. Derecho a la vida del no nacido en la Convención sobre los Derechos de los Niños. El Derecho. 2008;(ED-DCCLXX-211).

5 Basset, op. cit.

6 Alston P. The unborn child and abortion under the draft Convention on the Rights of the Child. Hum Rights Q. 1990;12(1):156-78, 177.

7 Alston, op.cit, p. 178.

8 Finegan, op. cit., p. 114.

de las palabras⁹ y que ello es consistente con los arts. 1, 6 y 24.2.d de la propia Convención. Finegan llega así a la conclusión que para la Convención sobre los Derechos reconoce positivamente que al niño por nacer como sujeto de derechos humanos, reconociendo su derecho a la vida¹⁰.

En definitiva, encontramos que la Convención reconoce una etapa prenatal de vida que es merecedora de medidas de protección jurídica. Ciertamente, el debate se ha dado en torno a los alcances de esa protección, particularmente en el contexto de los debates sobre el aborto. Pero justamente en este punto, tanto Alston como Finegan coinciden en que cada Estado puede adoptar medidas para determinar la extensión de la protección del derecho a la vida en esa etapa prenatal.

En este sentido, si ya por el Preámbulo de la Convención sobre los derechos del Niño podemos afirmar que hay una protección jurídica de quienes están por nacer, con más razón hay que reconocer que la República Argentina estaba facultada a adoptar su propia interpretación en cuanto al alcance del término niño.

2.4. La República Argentina y el término "niño"

Cuando la República Argentina ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño, el Congreso decidió incluir una declaración interpretativa que afirma que la República Argentina entiende por niño "todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los dieciocho años de edad" (art. 2 ley 23849). De este modo, dado que el art. 75 inciso 22 de la Constitución Nacional sostiene que los distintos Tratados (entre los que se encuentra la Convención sobre los Derechos del Niño) tienen jerarquía constitucional "en las condiciones de su vigencia", se considera que esta declaración interpretativa tiene la misma fuerza vinculante que el texto de la Convención y por tanto tiene jerarquía constitucional. Así, solo queda concluir que para la Argentina el comienzo de la existencia del niño se produce en la concepción.

Durante el debate en el Congreso, quienes impulsaron la ley sostuvieron que esta cláusula era una simple "declaración interpretativa" y que no tenía la fuerza normativa de una reserva y no integraba las "condiciones de vigencia" de la Convención. Por ejemplo, la Ministra Gómez Alcorta dijo ante las comisiones de Senado el 14-12-2020: "el Estado argentino no hizo una reserva en este sentido, sino

9 Finegan, op. cit., p. 115.

10 Finegan, op. cit., p. 125.

que formuló una declaración que es interpretativa. ¿Eso qué significa? Significa que tiene un rango legal, no un rango constitucional esa norma interpretativa”.

El tema fue debidamente respondido por una declaración conjunta de Decanos de Facultades de Derecho titulada “Ante el aborto como política pública: del delito de aborto al derecho a abortar” en que se explica que el texto constituye lo que se llama una declaración interpretativa condicional y que, conforma a la Guía Práctica sobre reservas de los Tratados de 2011, las declaraciones interpretativas condicionales están sujetas a las reglas aplicables a las reservas¹¹. Es importante precisar que el carácter “condicional” de la declaración interpretativa tiene que ver con la voluntad expresa del país de condicionar su consentimiento en obligarse por el tratado a una interpretación especial del tratado o de alguna sus disposiciones. En este sentido, es importante la precisión que realiza Ricardo Bach de Chazal cuando recuerda “que en el Mensaje de Elevación N° 114/90 del 30 de agosto de 1990 con el que se acompañó el proyecto de esa ley aprobatoria, el Poder Ejecutivo Nacional, luego de recalcar la consagración del derecho intrínseco a la vida de todo niño y su interés superior, dijo que “... Esta declaración se hace necesaria ante la falta de precisión del texto de la convención con respecto a la protección de las personas por nacer...”.La ley fue sancionada por unanimidad en ambas cámaras del Congreso y la declaración fue efectivamente realizada, al momento de ratificarse el tratado, el 4 día de diciembre de ese mismo año”¹².

En línea con lo que antes comentamos sobre la posibilidad de que los países adopten medidas diferenciadas al momento de ratificar la Convención, el Decano de la Facultad de Derecho de la Universidad Católica Argentina, Pablo Garat, en su intervención ante las comisiones del Senado el 15-12-2020 remarcó: “La Argentina, de manera soberana, en 1989, dijo: Esta declaración se hace necesaria ante la falta de precisión del texto de la Convención con respecto a la protección de las personas por nacer. Y lo hizo para alinear la ratificación de la Convención contra el Código Civil, que en aquel momento y hoy establecen que se es niño desde la concepción; que la persona humana comienza desde la concepción; Francia, en el otro extremo, hizo una declaración, también –no una reserva– y dijo: El gobierno

11 Declaración de Decanos de Facultades de Derecho de Universidades Católicas, “Ante el aborto como política pública: del delito de aborto al derecho a abortar”, 20/11/2020, disponible en <http://uca.edu.ar/es/noticias/ante-el-aborto-como-politica-pública-del-delito-de-aborto-al-derecho-a-abortar> (último acceso: 2-2-2021).

12 Bach de Chazal R. Breve comentario al nuevo proyecto de aborto del Poder Ejecutivo Nacional. *El Derecho*. 2020;289(ED-MIII-921).

de la República Francesa declara que esta Convención, particularmente el artículo 6°, no puede interpretarse en el sentido de que constituye un obstáculo a la aplicación de las disposiciones de la legislación francesa relativas a la interrupción voluntaria del embarazo" (exposición ante las comisiones de Senado, 15-12-2020).

Por estas razones, se interpreta que bajo la declaración interpretativa condicional aprobada por ley 23849, la República Argentina se obligó internacionalmente a cumplir la Convención sobre los Derechos del Niño de una manera más amplia que otros países, interpretando que niño es todo ser humano desde la concepción hasta los 18 años. Ello supone garantizarle el derecho a la vida y dar siempre prioridad a su interés superior.

2.5. La definición de "niño" y su jerarquía constitucional

El tema del alcance de esta declaración interpretativa también tiene relevancia para determinar la jerarquía constitucional de esta definición de niño dada por la ley 23849. En este punto, hay que tener presente que el art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional afirma que los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, incluida la Convención sobre los Derechos del Niño, tienen jerarquía constitucional "en las condiciones de su vigencia".

Alfredo Vítolo en su exposición ante los senadores el 15-12-2020 explicó el origen de esa expresión ("en las condiciones de su vigencia") y recordó que en el Diario de Sesiones de la Convención Constituyente figura una intervención del Juan Pablo Cafiero quien propuso que se incorpore la frase "en las condiciones de su vigencia" al texto del inciso 22 "...para no tener que poner los números de todas las leyes que fijan la postura interpretativa seguida por nuestro país respecto de cada tratado". Como dijo Vítolo, "esta es la interpretación auténtica que los convencionales constituyentes de 1994 dieron al sentido de "en las condiciones de su vigencia". Esto quiere decir que, para el derecho argentino, "en las condiciones de su vigencia" es muy claro que refería a la declaración que realizó este Congreso, declarando que hay niño desde la concepción" (exposición ante las comisiones del Senado, 15-12-2020).

2.6. La interpretación de la Convención

Una cuestión adicional que se planteó en torno a la definición de niño estuvo dada por la intervención en los debates en el Congreso de Luis Pedernera, presidente del Comité de los Derechos del Niño, quien en su exposición ante los senadores el 17-12-2020 se pronunció a favor de la legalización del aborto y afirmó: "somos el órgano creado por la Convención de los Derechos del Niño. Está integrado por 18 expertos independientes, electos por la Asamblea de Estados

parte, a la fecha, 196 Estados; la única excepción es Estados Unidos. Es decir, prácticamente, la Asamblea General de Naciones Unidas nos elige para un mandato de cuatro años. Somos el órgano de control de aplicación del Tratado. Recibimos denuncias, realizamos investigaciones por violaciones a los derechos del niño y somos la autoridad competente para interpretar la Convención". Y luego se refirió a las recomendaciones que le hizo el Comité al Estado argentino en 2018 para que "garantice el acceso de las adolescentes a los servicios de aborto sin riesgo y de atención posterior al aborto", afirmando que "la ley que está en discusión, por lo tanto, está alineada con las recomendaciones que el Comité le formuló en 2018 al Estado argentino".

Al respecto, vale resaltar que el problema subyacente al planteo del Comité de los derechos del niño es el del embarazo adolescente. Ese problema requiere múltiples y complejas soluciones. Por eso, la República Argentina debe tener en cuenta la recomendación del Comité pero puede decidir medidas distintas a las sugeridas para resolver el problema de fondo que motivó la preocupación del organismo. Es posible solucionar el embarazo adolescente sin legalizar el aborto. En tal sentido, a través de la ley 23849, la Argentina se obligó a extremar los esfuerzos por salvar las dos vidas: la de la madre adolescente y la del hijo por nacer. Además, las indicaciones del Comité tienen carácter de recomendaciones y no tienen una fuerza vinculante para el país. Finalmente, la ley 27610 no es una despenalización del aborto sino que tiene un diseño normativo que promueve el aborto sin invocar causales, en forma amplia y con una clara afectación del derecho a la vida de la persona por nacer.

2.7. La teoría de una personalidad condicionada en el Código Civil y Comercial

Una última cuestión jurídica vinculada con la personalidad del concebido está centrada en la interpretación de algunas normas del Código Civil y Comercial (en adelante CCC). En efecto, es bien sabido que según el art. 19 CCC el comienzo de la existencia de la persona se verifica en la concepción. Ahora bien, para algunos defensores de la legalización del aborto, en la etapa prenatal la personalidad que se reconoce al concebido estaría "condicionada" a su nacimiento con vida. Para fundar su postura invocan el artículo 21 CCC que dispone "ARTÍCULO 21.- Nacimiento con vida. Los derechos y obligaciones del concebido o implantado en la mujer quedan irrevocablemente adquiridos si nace con vida. Si no nace con vida, se considera que la persona nunca existió. El nacimiento con vida se presume".

El argumento fue formulado por la ministra Gómez Alcorta, quien sostuvo que "el artículo 19 del Código Civil y Comercial dice que hay existencia de persona

humana desde la concepción, pero el artículo 21 también aclara que si no nace con vida se considerará que la persona nunca existió. Por eso, la diferencia que hay entre vida intrauterina y la persona humana a los fines del sistema jurídico y del reconocimiento de la vida" (exposición ante comisiones del Senado, 14-12-2020).

En realidad, este argumento se vincula con las posturas que distinguen entre ser humano, como realidad ontológica, y persona, entendido este término como un recurso técnico con el que cuenta el legislador para ampliar o restringir el espectro de derechos que se asignan a los seres humanos. Esta postura es claramente contraria a principios fundamentales del derecho, como el que sostiene que todos los seres humanos son personas. Ya hemos visto este tema en un apartado anterior.

Respecto a la correcta forma de interpretar el art. 21 CCC, los juristas siempre entendieron que el nacimiento con vida significaba la consolidación de los derechos transmitidos al concebido en materia patrimonial y en el contexto sucesorio. Es decir, para evitar el caso de una mujer que simulara un embarazo y luego alegara la pérdida del niño y pretendiera ser la única heredera del cónyuge fallecido antes del nacimiento, ya desde el Código Civil de Vélez Sarsfield se condicionó la transmisión de derechos patrimoniales al nacimiento con vida. En este sentido, en las XIX Jornadas Nacionales de Derecho Civil, en 2003, la Comisión nro. 1 que consideró el tema del comienzo de la existencia de la persona, aprobó una ponencia que sostuvo: "la condición resolutoria legal consagrada por el artículo 74 del Código Civil para el caso de nacimiento sin vida de la persona natural debe interpretarse limitada sólo a la capacidad de derecho en su faz patrimonial que ella adquiriera durante su etapa de gestación, excluyéndose todo lo vinculado a los derechos extrapatrimoniales". Como explica Tobías, "el nacimiento sin vida causa la resolución con efecto retroactivo de los derechos y las relaciones jurídicas y la cesación -para el futuro- de la calidad de persona"¹³.

Por estas razones, consideramos inexacto afirmar que la personalidad que se reconoce al por nacer en el art. 19 del Código Civil y Comercial sea una personalidad "condicionada". El por nacer es persona para el derecho argentino, con la exigencia de ver respetada su dignidad y la inviolabilidad de su vida (art. 51 CCC).

13 Tobías JW. Tratado de Derecho Civil. Parte General. Buenos Aires: La Ley; 2018, Tomo I, p. 388.

3. LA DISCUSIÓN SOBRE LOS ALCANCES DE LA PROTECCIÓN JURÍDICA DEL DERECHO A LA VIDA

En el apartado 2 hemos analizado el debate en torno a la cuestión de si el por nacer es o no persona para el derecho argentino y hemos procurado demostrar que sí lo es. Por la conjunción de la Convención sobre los Derechos del Niño, el art. 75 inciso 23 de la Constitución Nacional y los claros términos del art. 19 del Código Civil y Comercial, para la República Argentina la existencia de la persona comienza con la concepción.

En este apartado daremos por sentado ese reconocimiento de la personalidad del por nacer e ingresaremos al estudio de argumentos favorables al aborto que sostienen que, si bien el concebido es persona, su derecho a la vida no merecería una protección jurídica ante el aborto. Este argumento presenta dos variantes en el debate en Argentina: por un lado, se afirma que la protección del derecho a la vida debe ser gradual e incremental con fundamento en el fallo "Artavia Murillo y otros c/Costa Rica" de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Por el otro, se sostiene que existe la protección del derecho a la vida no necesariamente tiene que darse por medio del derecho penal.

3.1. El fallo "Artavia Murillo" y la idea de una protección "gradual e incremental" de la vida del por nacer

El sistema interamericano de Derechos Humanos es único en el mundo porque incluye explícitamente un reconocimiento del derecho a la vida desde el momento de la concepción. En efecto, el art. 4.1. de la Convención Americana de Derechos Humanos dispone: "Artículo 4. Derecho a la Vida. 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente...".

Ahora bien, la claridad de esta norma ha sido puesta en duda en todo el continente a partir de la sentencia "Artavia Murillo y otros c/Costa Rica" de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH, 28 de noviembre de 2012). En esa sentencia, la Corte IDH condenó a Costa Rica por considerar que la sentencia de Sala Constitucional de ese país que prohibía la fecundación in vitro había resultado una injerencia excesiva en derechos de los demandantes, quienes eran matrimonios con padecimiento de infertilidad. El eje de la controversia en "Artavia Murillo" fue si el embrión era o no persona y cómo debía interpretarse el término "concepción". La mayoría de la Corte IDH entendió que la concepción se producía en el momento de la implantación. Este punto fue objeto de muchas y justificadas

críticas, porque la Corte IDH terminó haciendo una interpretación restrictiva y perjudicial para la persona por nacer en estado embrionario. Ahora bien, la conexión de "Artavia Murillo" con el aborto se origina en que, en algunos pasajes de la sentencia, que no estaban directamente relacionados con la cuestión a decidir, el voto de la mayoría de la Corte realiza afirmaciones sobre el derecho a la vida del concebido y sostiene que su protección bajo el art. 4.1 antes citado debía ser "gradual e incremental" (considerandos 256 y 264, "Artavia Murillo").

Este argumento fue explicitado durante las audiencias en el Congreso. Así, la Secretaria Legal y Técnica, Vilma Ibarra, sostuvo el 14-12-2020 ante las comisiones de Senado: "la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que es el órgano máximo para interpretar la propia Convención Americana, ha dejado establecido que la legalización del aborto no contradice su letra. Y en el año 2012, el famoso fallo Artavia Murillo, que era a causa de una fecundación in vitro y en contra del estado de Costa Rica, aclararon que la expresión "protección en general" significaba, por un lado, que la protección del derecho a la vida no es absoluta, sino gradual e incremental y que se había incorporado precisamente para todos aquellos países, que son muchos, que van legalizando la interrupción voluntaria del embarazo".

Estas afirmaciones son jurídicamente equivocadas. A continuación, resumiré los argumentos que llevan a rechazar la invocación del fallo "Artavia Murillo" como legitimador de la legalización del aborto.

a) La primera razón para rechazar la invocación del fallo "Artavia Murillo" es que se trata de un caso en que no se refiere al aborto, sino a la prohibición completa de la fecundación in vitro. Así, es incorrecto extrapolar consecuencias jurídicas de un caso que tiene otra plataforma fáctica. En tal sentido, las sentencias judiciales siempre se refieren a casos concretos, con sus circunstancias de hecho y de derecho concretas, con las pruebas y argumentos alegados por las partes participantes del litigio.

b) La propia sentencia de la Corte IDH en "Artavia Murillo" impide extender sus efectos al debate del aborto, pues en el considerando 135 se precisan los alcances del pronunciamiento del tribunal: "en razón del carácter subsidiario del Sistema Interamericano, la Corte no es competente para resolver controversias que no fueron tenidas en cuenta por la Sala Constitucional para sustentar la sentencia que declaró inconstitucional el Decreto Ejecutivo No. 24029-S" (Corte Interamericana de Derechos Humanos, "Artavia Murillo y otros c. Costa Rica", 28-11-2012, considerando 135). Además, según explica Ligia Castaldi, la sentencia misma titula la sección sobre la vida de la persona por nacer como "Interpretación del artículo

4.1 de la Convención Americana en lo relevante para el presente caso", lo cual claramente indica que la interpretación aplica únicamente para el caso contra Costa Rica (Véase *Artavia Murillo v. Costa Rica*, pág. 2, 49 (c)). Por su parte, en su voto concurrente, el Juez García Sayán, aclaró que esta sentencia tenía valor acotado al sostener: "la Corte ha procedido en esta sentencia a interpretar dicha norma [artículo 4.1] para efectos de este caso" (Voto Concurrente García-Sayán, parr. 8)¹⁴.

c) Las referencias que encontramos en el voto de la mayoría en "Artavia" al carácter "gradual e incremental" del derecho a la vida, no integran lo que se conoce como la "ratio" de la sentencia, es decir, el argumento central que fue considerado en el caso y que resultó determinante para la decisión judicial.

d) El art. 68.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos, cuando regula la competencia de la Corte IDH y el alcance de sus sentencias, precisa que estas son vinculantes para los Estados que fueron parte de la contienda. Así, no puede ser vinculante para la Argentina una sentencia dictada contra otro país. Ciertamente, si hubiera circunstancias similares a las que dieron origen al caso "Artavia", el fallo de la Corte IDH tendría que ser tenido en cuenta como "insoslayable pauta de interpretación" para nuestro país, pero de ningún modo es norma vinculante.

e) La ley 27610 promueve el aborto a demanda y sin restricciones de ningún tipo hasta la semana 14. Ello no fue avalado jamás por la Corte IDH. Es más, el art. 4.1. de la Convención que antes citamos precisa que nadie puede ser privado de su vida arbitrariamente. El aborto tal como está legislado en la ley 27610 implica la legalización de conductas que implican privar de la vida arbitrariamente a personas por nacer. En ningún momento la Corte IDH habló de un pretendido derecho al aborto.

f) En fallos posteriores a "Artavia" la Corte IDH no ha ratificado sus dichos sobre el aborto, como bien lo precisa la prof. Ligia Castaldi, quien ha explicado que la interpretación de "Artavia" en cuanto a la protección gradual e incremental del derecho a la vida no fue ratificada posteriormente en la sentencia del caso *Gómez Murillo* ni en las medidas provisionales concedidas por la Corte en el caso *Beatriz*,

14 Agradezco a la prof. Castaldi estas ideas que me enviara por mail particular durante el debate de la ley de aborto en 2020. Ver su trabajo *De Jesus LM. The Inter-American Court on Human Rights' Judgment in Artavia Murillo v. Costa Rica and Its Implications for the Creation of Abortion Rights in the Inter-American System of Human Rights. Oregon Rev Int Law. 2014;16:225-48.*

lo cual indica que los dichos sobre aborto en la sentencia "Artavia" no ha creado constancia alguna en la jurisprudencia del Sistema Interamericano.

g) Cuando se analizan todas las sentencias de la Corte IDH sobre el art. 4 y el alcance del derecho a la vida, se advierte que "Artavia Murillo" es la única sentencia en que la Corte relativiza el derecho a la vida, lo que contradice todas las otras sentencias sobre el tema¹⁵.

h) El derecho a la vida no admite grados cuando se trata de determinar si es posible algún tipo de limitación o restricción. En efecto, la vida se tiene o no se tiene y no se puede reparar la acción que priva de la vida a una persona, pues eso supone el fin de su existencia.

i) La postura que sostiene que el derecho a la vida tendría una protección "gradual e incremental" bajo la Convención Americana no tiene fundamento normativo alguno y, como sostuvo Néstor Sagüés en 2018, "es una invención de la Corte Interamericana. No surge del documento de la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos. Pero, además, esta declaración o esta sentencia no indica que el aborto puramente discrecional, libre, sin causa, decidido por la mujer sea una alternativa permitida por la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Es decir, no dice eso la sentencia de la Corte Interamericana en el caso que mencionamos" (Nestor Sagues, 11/07/2018, exposición en el Senado de la Nación).

j) Algunos afirman que la protección "gradual e incremental" tendría su fundamento en la expresión "en general" que figura en el art. 4 de la Convención sobre el derecho a la vida. Este tema fue bien estudiado por Ricardo Bach de Chazal, quien analiza en profundidad los debates que llevaron a la aprobación de la Convención Americana de Derechos Humanos y cuál debe ser la interpretación del art. 4.1. sobre el derecho a la vida, llegando a la siguiente conclusión: "se pretendió acuñar una fórmula de carácter general y de suficiente amplitud como para cobijar el derecho a la vida de "todo ser humano", de modo que ningún supuesto pudiera quedar fuera de una enumeración casuista, lo cual -evidentemente- también tutela a las personas por nacer desde el primer instante de su existencia"¹⁶.

En definitiva, los intentos de justificar el aborto a partir de "Artavia Murillo" son inconsistentes desde el punto de vista jurídico y deben ser rechazados. Es claro

15 Herrera DA, Lafferriere JN. ¿Hacia un positivismo judicial internacional? Reflexiones sobre un fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y la relativización del derecho a la vida. Supl Const. 2013;abril:1-10.

16 Bach de Chazal R. "Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica". Un revés para el derecho. El Derecho. 2013;252:739.

que la Convención Americana de Derechos Humanos reconoce que el derecho a la vida será protegido desde la concepción y ello supone que la despenalización o legalización del aborto importa una afectación a ese derecho que no resulta compatible con el texto de la Convención. Por supuesto, hay otras razones constitucionales en el derecho argentino que refuerzan esta conclusión.

3.2. ¿Qué protección jurídica para el derecho a la vida?

Una variante de los argumentos favorables al aborto relacionados con el derecho a la vida sostiene que la protección de este derecho no necesariamente debe ser penal. Desde la perspectiva del derecho constitucional, la cuestión se focaliza en la interpretación de los alcances del art. 75 inciso 23 de la Constitución Nacional. En efecto, se trata de una norma agregada en la reforma constitucional de 1994 que faculta al Congreso Nacional a dictar un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo, "desde el embarazo hasta la finalización de la lactancia". Como resulta indudable que el texto reconoce explícitamente la existencia de un niño en la etapa prenatal, los promotores del aborto tratan de acotar los alcances de este reconocimiento señalando que se trata simplemente de una protección vinculada con la seguridad social y que ello no significa que deba tener protección penal el derecho a la vida de ese niño.

Entre quienes arguyeron esta justificación para la ley del aborto se encuentra la Ministra Gómez Alcorta, quien en la reunión de comisiones del Senado el 14-12-2020 sostuvo: "hay que decir que el artículo 75, inciso 23, establece que, efectivamente, el Estado debe brindar ... una protección social durante el embarazo. Efectivamente que el Estado deba llevar adelante medidas de protección no indica –por lo menos todo el plexo normativo internacional y nacional lo aclaran– que esa protección tenga que venir de la mano del derecho penal. El derecho penal es la última ratio para un sistema jurídico, y en este caso está muy claro que, efectivamente, por más que haya vida intrauterina los niveles de protección son incrementales para el sistema jurídico".

Ante todo, hay que clarificar lo que significa esta postura. Se trata de sostener que a un niño se le puede quitar la vida y ello no necesariamente tiene que ser sancionado penalmente. El argumento es muy endeble desde la lógica de los derechos humanos.

a) Al igual que sostuvimos en el apartado interior, el derecho a la vida no admite grados en su protección. Señalar que la protección que se va a brindar a la vida está enmarcada en el derecho de la seguridad social y que eso sería suficiente,

supone desconocer lo que ha legalizado la ley 27610. Sería algo similar a sostener que, para una persona de 80 años, la única protección que se le va a dar será la de la seguridad social (su jubilación, por ejemplo), pero que si alguien le quita la vida ello no requiere una norma penal de protección.

b) La protección penal ciertamente es una respuesta de última instancia y justamente por ello está vinculada a los bienes jurídicos más relevantes. Es justamente el derecho a la vida un bien jurídico de primer orden que demanda una respuesta penal proporcionada. Como bien sostiene Arias de Ronchietto: "el bien humano ético-jurídico a defender es el resguardo integral: penal, civil, constitucional, del derecho a la inviolabilidad de cada vida humana, por serlo; porque es fundamental. El derecho es uno, de modo que, desde todas sus ramas, entre ellas, la protección penal de la vida es irrenunciable: su enérgica advertencia está destinada a exaltar de modo especial el resguardo de los bienes fundamentales de la convivencia social de una Nación. La estrategia de 'despenalizar el aborto' es la de dividir para mermar y reinar"¹⁷.

c) La decisión legislativa de desproteger la vida de las personas por nacer marca un quiebre profundo en la legislación penal. En efecto, es fácil advertir que el bien jurídico "vida humana" de la persona por nacer, al quedar excluida la sanción a la conducta de abortar, pasa a tener menos relevancia que otros bienes como la propiedad. El código penal y las leyes complementarias tienen una lógica interna que está asociada a los bienes jurídicos y que debe ser armónica y proporcionada según su importancia.

d) Finalmente, ni siquiera la protección de la seguridad social está garantizada para toda persona por nacer. Esa protección está condicionada a la decisión de la madre de abortar o no dentro de un plazo determinado. Así, lo que sucede en los hechos es que el legislador ha generado un marco jurídico que discrimina a las personas según sea deseadas o no deseadas. Y a las no deseadas les niega todo derecho y autoriza su eliminación.

4. LA CUESTIÓN DE FONDO: LA CONCEPCIÓN DE LA DIGNIDAD HUMANA

Detrás de estos dos grandes debates sobre la personalidad del por nacer y el alcance del derecho a la vida se encuentra, en última instancia, un debate sobre la

17 Arias de Ronchietto CE. El debate sobre la despenalización del aborto. Antijurídica reducción de cada vida humana a cosa disponible. El Derecho. 2008;228:669.

noción misma de dignidad humana. En efecto, la legalización del aborto se afirma como una exigencia de la dignidad de la mujer, que tendría que ser respetada en la decisión de conformar su proyecto de vida. En esta línea argumental, la dignidad está asociada a la pura autonomía y a la autodeterminación personal. De esa noción de dignidad se deriva también la minusvaloración de la vida del por nacer, pues ciertamente en la etapa prenatal el ser humano no puede ejercer su autonomía. Entonces, la identificación de la dignidad con la autonomía se convierte en el fundamento último de la pretensión de legalizar el aborto.

Como resumen de esta postura podemos citar la forma en que finalizó su intervención ante las comisiones del Senado el 15-12-2020 Alicia Kemelmajer de Carlucci: "Concluyo, pues, con las palabras del maestro Morello, cuando dijo: 'Biológicamente, la vida es superior, pero axiológicamente no. La vida solo es tal, si es digna; y la dignidad va unida a la autonomía'".

Esta cuestión encierra un profundo debate iusfilosófico en torno a la dignidad y que excede los alcances de este trabajo. En todo caso, vale señalar que la idea de dignidad subyacente como principio fundamental del derecho de los derechos humanos se corresponde, en primer lugar, con la excelencia en el ser propia del ser humano. Es decir, la dignidad señala un merecimiento de respeto que se concede a todo el ser humano por el solo hecho de ser tal. Así, el Preámbulo de la Declaración Universal de Derechos Humanos se abre con una referencia a la dignidad intrínseca de todo ser humano. Señalar que la dignidad es intrínseca excluye no sólo la posibilidad de entender la dignidad como algo que es asignado por el legislador o por el Estado, sino también excluir la posibilidad de que esa dignidad sea reconocida solo a algunos seres humanos.

La dignidad como autonomía no alcanza a dar fundamento fuerte a la protección jurídica debida a las personas más vulnerables. Así, si se asocia dignidad con autonomía exclusivamente, se promueve un ordenamiento jurídico que favorece a los más fuertes en desmedro de los débiles y requeridos de protección.

Ciertamente, dignidad es un término análogo y en razón de tal analogía podemos reconocer distintas formas de referirnos a ella. Así, hay una dignidad que se vincula con la libertad humana. Pero el significado focal de la dignidad es la excelencia en el ser y es a ese significado al que se refieren los Tratados Internacionales de Derechos Humanos.

5. CONCLUSIÓN

Este trabajo ha querido mostrar los debates subyacentes en torno a la persona, el derecho a la vida y la dignidad en la discusión de la ley 27610 de legalización del aborto en Argentina. Así, se puede constatar que un primer argumento a favor de la ley estuvo vinculado con la distinción entre ser humano y persona humana. Este planteo se vincula con posturas que entienden que el término "persona" es un recurso técnico del legislador para designar a quiénes va a asignar derechos. Ese enfoque, marcadamente positivista, contradice toda la tradición jurídica que sostiene que todo ser humano es persona y sobre todo, las claras disposiciones de los Tratados Internacionales de Derechos Humanos.

En el debate también se sostuvo que el concebido no sería un niño en los términos de la Convención sobre los derechos del niño. Al respecto, hemos demostrado que el Preámbulo de la Convención ya se refiere a la protección debida a la etapa prenatal. Igualmente, sostuvimos que para la Argentina el término niño comprende a todo ser humano desde la concepción hasta los 18 años, pues así lo declaró al aprobar la convención por medio de la ley 23849. Esta ley constituye una declaración interpretativa condicional, que tiene el mismo valor que una reserva y que delimita el alcance de las obligaciones asumidas por el país. Finalmente, el art. 75 inciso 23 de la Constitución ratifica la personalidad del concebido cuando señala que el Congreso debe dictar un régimen de seguridad social especial para el niño desde el embarazo.

En el campo del derecho civil, hemos también refutado la teoría que sostiene que el concebido no sería persona porque el Código Civil y Comercial en su art. 21 exige, para ello, que el nacimiento sea con vida. Al respecto, tal condición no refiere a la personalidad, sino a la transmisión de derechos patrimoniales y tiene una explicación histórica muy clara en la búsqueda de evitar fraudes sucesorios.

Haber demostrado que la existencia de la persona comienza con la concepción no resuelve el problema del aborto porque hay otros argumentos que se esgrimen para su justificación. Se trata de las posturas que afirman que el concebido es persona, pero que su derecho a la vida no supone la necesidad de penalizar el aborto. En el trabajo, hemos demostrado que el argumento vinculado con el fallo "Artavia Murillo y otros c/Costa Rica" de la Corte Interamericana de Derechos Humanos que sostiene que la protección del derecho a la vida del por nacer es gradual e incremental es jurídicamente inconsistente. También hemos probado que la protección del derecho a la vida requiere una respuesta específicamente penal, por la importancia del bien jurídico en juego, en tanto el aborto supone la privación definitiva de la vida del por nacer.

Finalmente, la cuestión de fondo que subyace a estos debates se refiere a la concepción de dignidad humana. Así, los partidarios del aborto suelen afirmar una idea de dignidad asociada a la autonomía. En cambio, nosotros sostenemos que la dignidad está relacionada con la excelencia en el ser y es una nota que se reconoce a todo ser humano, con independencia de si es o no autónomo.

Con este trabajo queremos, pues, aportar elementos que demuestran las inconsistencias jurídicas de la ley 27610 de legalización del aborto en Argentina y el quiebre profundo que significa admitir que sea una conducta legal la de quitar la vida a otra persona. Sobre todo, se trata de tomar conciencia que, a diferencia de lo sucedido en otros países en que la discusión estuvo focalizada en el momento en que comienza la vida, en Argentina el planteo traspasó límites muy básicos de la convivencia social, al sostenerse abiertamente que una persona podía ser privada de su vida con autorización legal e, incluso, como conducta enmarcada en un pretendido derecho. Nos encontramos ante una violación del derecho a la vida y una legislación que subordina la existencia misma de una persona, legalmente reconocida como tal, a la decisión de otra. Es, igualmente, una profunda discriminación entre las personas según sean o no deseadas, discriminación que adopta la forma más radical de exclusión, que es la de la privación de la vida misma. Así, la ley 27610 marca un hito en los debates sobre aborto a nivel legislativo. Esperamos que se revierta esta ley injusta e inconstitucional y en su lugar se sancionen normas de fondo para defender la vida todas las personas.

BIBLIOGRAFÍA

Alston P. The unborn child and abortion under the draft Convention on the Rights of the Child. *Hum Rights Q.* 1990;12(1):156–78.

Arias de Ronchietto CE. El debate sobre la despenalización del aborto. Antijurídica reducción de cada vida humana a cosa disponible. *El Derecho.* 2008;228:669.

Bach de Chazal R. Breve comentario al nuevo proyecto de aborto del Poder Ejecutivo Nacional. *El Derecho.* 2020;289(ED-MIII-921).

Bach de Chazal R. "Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica". Un revés para el derecho. *El Derecho.* 2013;252:739.

Basset UC. Derecho a la vida del no nacido en la Convención sobre los Derechos de los Niños. *El Derecho.* 2008;(ED-DCCLXX-211).

De Jesus LM. The Inter-American Court on Human Rights' Judgment in *Artavia Murillo v. Costa Rica* and Its Implications for the Creation of Abortion Rights in the Inter-American System of Human Rights. *Oregon Rev Int Law*. 2014;16:225–48.

Finegan T. International Human Rights Law and the "Unborn": Texts and Travaux Preparatoires. *Tulane J Int Comp Law* [Internet]. 2016;25:89–126. Available from: <http://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/tulic125&tid=97&div=&collection=>

Herrera DA, Lafferriere JN. ¿Hacia un positivismo judicial internacional? Reflexiones sobre un fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y la relativización del derecho a la vida. *Supl Const*. 2013;abril:1–10.

Tobías JW. *Tratado de Derecho Civil. Parte General*. Buenos Aires: La Ley; 2018.

EUTANASIA. REFLEXIONES SOBRE ASPECTOS ÉTICOS Y ANTROPOLÓGICOS

Fecha de recepción: 06/12/2021

Fecha de aceptación: 30/12/2021

Gilberto A. Gamboa Bernal

Contacto: gilberto.gamboa@unisabana.edu.co

- Docente e investigador en la Universidad de La Sabana: Bogotá, Colombia.

Palabras clave

- Actos humanos
- Cultura
- Eutanasia
- Muerte
- Libertad

Key words

- Human acts
- Culture
- Euthanasia
- Death
- Liberty

RESUMEN

La eutanasia es un fenómeno antiguo que en las últimas décadas trata de extenderse bajo la forma de derecho. Para entender qué es, cuáles son sus efectos y por qué es un componente de la denominada cultura de la muerte, se puede reflexionar sobre algunos tópicos: los componentes claves del actuar humano; la experiencia de los primeros países en legalizar esa práctica; algunos errores conceptuales que están en la base del apoyo a la eutanasia y riesgos que lleva consigo legalizar la eutanasia. Se concluye con una reflexión sobre la importancia de enseñar, desde la familia, a respetar al ser humano en lo que esencialmente es, en su dignidad intangible, y de mantener un debate ilustrado por la ciencia y no por la ideología, donde el juicio racional desenmascare la ficción jurídica de imponer una pena de muerte larvada a través de la eutanasia.

ABSTRACT

Euthanasia is an ancient phenomenon that in recent decades has tried to spread in the form of law. To understand what it is, what its effects are and why it is a component of the so-called culture of death, one can reflect on some topics: the key components of human action; the experience of the first countries to legalize this practice; some conceptual errors that are at the base of the support for euthanasia and the risks that legalizing euthanasia entails. It concludes with a reflection on the importance of teaching, from the family, to respect the human being in what essentially he is, in his intangible dignity, and to maintain a debate illustrated by science and not by ideology, where rational judgment unmask the legal fiction of imposing a larval death penalty through euthanasia.

INTRODUCCIÓN

El siglo XX se caracterizó por un incremento sin precedentes de lo que podría denominarse "la cultura de la muerte" (1): caracterizada por la presencia de situaciones que ocasionan muertes previstas o queridas como las guerras, la pena de muerte, la eutanasia, el suicidio asistido, el aborto, etc. Las dos Guerras Mundiales y los conflictos armados que diariamente se han hecho presentes en distintas latitudes y que se reflejan con una celeridad cada vez más vertiginosa en los titulares de los medios de comunicación, marcaron ese siglo. Pero también la final del segundo milenio proliferaron modos de pensar donde se trivializó tanto la muerte como la vida y además de la cultura de la muerte se extendió una cultura anti-vida.

La opinión pública, zarandeada hasta el mareo, se acomoda casi sin darse cuenta a realidades que golpean frontalmente la dignidad de la persona humana. Y esto porque tales informaciones tocan las fibras interiores de la sensibilidad, de la emotividad, del sentimiento. Sin embargo, es patente el acostumbramiento que se va produciendo frente a esos hechos.

Es cierto que en los siglos antiguos se han dado muestras palmarias de la barbarie humana, pero es difícil encontrar en la historia de la humanidad ideologías tan lesivas para el hombre mismo, como las que han surgido en los últimos dos siglos y que han influido en las matanzas y vejámenes a los que se ha visto sometido el ser humano de los últimos tiempos (2).

El progreso de la biotecnología haría pensar que el hombre ha mejorado sustancialmente, pero sus efectos se muestran cada vez más contrarios a su propio artifice. Parecería que el ser humano no se ha hecho mejor; la tecnología ahora es usada casi sin ningún control, sin las orientaciones que pueden proporcionar la Ética y la Bioética.

A la par con estos fenómenos se ha desarrollado otra anti-cultura que pretende conformar una civilización del bienestar en la que el hombre alcanza una posición privilegiada cuando produce y consume y en la que conceptos tan profundos como dignidad, sentido, libertad, humanidad, etc., se desdibujan irremisiblemente.

Estas anticulturas van postulando pautas de acción y criterios que establecen qué vidas merecen la pena de ser vividas, cuáles tienen derecho a nacer y cuáles deben morir, cuáles son los estándares de felicidad y cuáles son las metas que debe trazarse el ser humano.

Se ha reemplazado el fundamento por el fenómeno, la dignidad por la eficacia, la libertad por la autonomía, la cognición por la sensación; el bienestar se identifica con el consumo y con el placer, y en último término se renuncia al ser por el tener. Por todo esto, y mucho más, algunos autores han llamado a esta situación en la que vive el hombre actual el nuevo racionalismo irracional (3), que tiene una necesaria consecuencia: la zoologización de toda la sociedad, como la llama la semiótica de las emociones (4).

En este ambiente surge con renovada fuerza la eutanasia, una práctica que ya se observaba en la antigüedad, pero que ahora se procura justificar y hasta legitimar jurídicamente, como una nueva forma de querer controlar todo en la vida del ser humano, incluso lo incontrolable, como la muerte (5).

Para desarrollar este tema se hará una primera reflexión sobre la valoración ética de la eutanasia, para ayudar a dar claridad sobre lo que es esta acción. Luego se expondrá parte de la experiencia acumulada por los dos primeros países que legalizaron su práctica, para examinar algunos de los mecanismos utilizados para conseguirlo. Se explicarán algunos errores conceptuales con los que se intenta justificar esta práctica. Y finalmente se enumeran algunos efectos que la eutanasia produce en la sociedad que la acoge.

I. VALORACIÓN ÉTICA

Para establecer la eticidad de un acto es necesario reflexionar sobre algunos componentes claves del actuar humano: el objeto del acto, la intención de quien actúa y las circunstancias que rodean la acción (5). Al examinar cada uno de estos componentes se debe establecer si ha habido la previsión adecuada; si la intención es buena, si la relación decisión-acción también lo es; si los efectos tolerados y secundarios guardan proporción con lo que se hace; o si eran desconocidos esos efectos, si se han intentado evitar las consecuencias negativas. Condiciones todas que deben cumplirse simultáneamente para que una acción sea buena. Si falla una sola de ellas, la acción, globalmente considerada, será calificada como mala.

Por tanto, la bondad o malicia de un acto no es subjetiva, es decir no depende de lo que la persona sienta u opine, no está sujeta al gusto o al criterio de la mayoría, la eticidad tiene una consistencia objetiva.

La naturaleza de la persona humana tiene una ordenación interior por su estructura ontológica, que le permite tender hacia el bien; y todas las exigencias éticas responden al bien de la persona en cuanto ser racional. Es decir, el ser

humano está inclinado a obrar según su razón y le es propio ordenar sus acciones según la virtud, que busca siempre el bien. Por eso lo que ordena la razón es obrar virtuosamente (7).

La persona en cada uno de sus actos singulares debe procurar aplicar la norma universal de hacer el bien a su actuar concreto. Esto lo hace por medio de la conciencia ética. Es decir, dentro del orden ético hay una norma universal y objetiva que dice lo que está bien o mal. La conciencia es la norma particular y subjetiva que dictamina la eticidad de cada acto concreto; gracias a la conciencia, la persona aplica el saber ético al acto. La conciencia ética se define como el juicio práctico hecho por el entendimiento sobre la bondad o malicia de un acto. Es un juicio práctico, es decir un acto de la razón práctica que compara una acción con las exigencias éticas.

Esa comparación la realiza el entendimiento antes del obrar (conciencia antecedente), después de obrar (conciencia consecuente) y durante el acto (conciencia concomitante). Dicha comparación sirve, respectivamente, para advertir la bondad o malicia de la acción, para aprobar o desaprobar lo hecho y para verificar o atestiguar la eticidad de un acto en curso (8).

Ese juicio práctico no se debe confundir con el juicio de elección o libre albedrío: cuando la razón compara el acto con las exigencias éticas se habla de conciencia ética, pero cuando además de esta comparación se tiene en cuenta también la afectividad de la persona, se habla de juicio de elección. Es decir, la conciencia es solo un acto del conocimiento, mientras que en el juicio de elección se aplica el conocimiento al afecto. Esto se prueba al verificar que es posible elegir mal, pero sin padecer error en la conciencia y también lo contrario, es posible que una persona elija llevada por una mala conciencia, en este caso por supuesto será siempre una mala elección.

Por la relación que establece la conciencia con el bien de la persona, la conciencia será recta si está de acuerdo con ese bien o errónea en caso contrario. Se tiene conciencia errónea cuando no se alcanza la verdad sobre la calidad ética de la acción, valorando como buena una acción que de suyo no lo es y por tanto es contraria al bien de la persona. La conciencia puede ser inducida al error por la ignorancia: cuando mediante el estudio o el consejo se puede remover esa condición se le llama vencible; será conciencia invencible cuando ni siquiera la persona es consciente de que puede estar en el error.

En relación con el grado de seguridad, la conciencia puede ser perpleja o probable si cree que obra mal realizando un acto o también si lo omite, dictaminan-

do sobre la eticidad de un acto solo con probabilidad, admitiendo la posibilidad opuesta. Se llama dudosa si tiene razones en favor o en contra de la bondad del acto (duda positiva) o si no tiene ninguna razón a favor o en contra (duda negativa). La conciencia es cierta cuando juzga sin temor a equivocarse. La conciencia recta y cierta es regla ética; la inseguridad en el juicio (conciencia probable y dudosa) no es regla ética (9). Se puede decir con Robert Spaeman que "la conciencia es la presencia de un criterio absoluto en un ser finito" (10).

Después de esta larga reflexión se centra el estudio en el objeto ético de un acto de eutanasia, para así poder realizar una valoración objetiva y certera.

El objeto del acto de la eutanasia es quitar la vida a un ser humano, es matar (11). Si "no matar" es un absoluto ético, es decir, una acción que siempre y en cualquier caso y con cualquier intención o circunstancia, todo acto de eutanasia no tendrá otro calificativo ético que el de una acción gravemente errónea y equivocada.

Kant, al postular su imperativo categórico, dejó una definición que bien se puede adoptar para esclarecer la existencia o no de los absolutos éticos. Imperativo para Kant es "la fórmula de un mandato de la razón, entendiendo por tal mandato la representación de un principio objetivo por el cual la voluntad queda obligada" (12).

El principio objetivo que soporta el mandato de no matar, y por tanto el imperativo ético de no dar muerte a otra persona, es la intangibilidad de la propia dignidad. Pero la dignidad hace referencia al ser, al ser personal; no hace referencia al plano de las manifestaciones, donde está la autonomía: propiamente hablando no se tiene dignidad, la persona es digna. Por ello el ser humano es intangible, irrepetible, único, la única novedad en el cosmos. La persona humana no se puede "tocar", ni por ella misma: no puede disponer de su vida y de su dignidad a su antojo, así pueda con sus actos construirse o destruirse (13). Aquí también cabe el principio de que no todo lo que se puede hacer, se debe hacer (14).

En virtud de su dignidad la vida del ser humano es indisponible; solo se puede disponer de aquello que se tiene en propiedad, y como nadie tiene la propiedad de otro ser humano, no puede disponer de él. Por otro lado, según Millán Puelles, la persona solo puede poseer su propio ser de tres maneras (15): la fáctica, la simplemente natural y la práctica; y ninguna de estas maneras permite poseer para quitar o suprimir la propia vida y mucho menos la de los demás. Según esto ni el suicidio (asistido o no) ni la eutanasia pueden ser actos éticos, porque implican disponer abusivamente de algo que aun siendo propio, no se puede suprimir.

La indisponibilidad característica de la persona humana tiene una orientación: no es que el ser humano no esté disponible para nada, ni para nadie, la disponibilidad de la persona tiene solo un norte, que es la realización de una tarea. Aun sin saberlo o quererlo el ser humano es para sí mismo una tarea, tiene un sentido, que cuando se descubre y se sigue encamina a la felicidad. Esa tarea y ese sentido están siempre vigentes y no se modifican sustancialmente con las circunstancias, pero pueden ser truncados por acciones como la eutanasia.

Es un imperativo para el ser humano, apoyado en su naturaleza, el captar esa tarea, el descubrir ese sentido, pero también es imperativo el no matar y el no matarse. Es por ello que todo acto de eutanasia es gravemente desordenado, éticamente inviable y socialmente inaceptable.

La eticidad de los actos humanos está definida por la relación entre la libertad del hombre con el bien auténtico. Cuando no se da esa relación, cuando los actos humanos no son ordenables al bien auténtico se está frente a actos intrínsecamente malos, es decir, se está frente a actos que por sí mismos son gravemente ilícitos en razón de su objeto. Todo esto ocurre cuando se ejecuta un acto de eutanasia.

La intención de quién piensa que la eutanasia es un acto positivo y bueno puede que sea la mejor: la piedad, la solidaridad, la compasión. Pero lo que han vivido los ocho países donde es legal la eutanasia va más allá de las buenas intenciones y esa experiencia debería servir a todos para tomar mejores decisiones.

II. EXPERIENCIAS DONDE LA EUTANASIA ESTÁ LEGALIZADA

¿Cuál es la experiencia de los países que han legalizado la eutanasia? Es la extensión progresiva a todo tipo de personas, ya no solo a quienes cursan un estado terminal de enfermedad, sino a los ancianos sanos, a los niños, a los recién nacidos, a quienes han perdido la ilusión de vivir, a quien con cualquier disculpa la solicite: eso está pasando en Holanda y en Bélgica.

El caso de Holanda fue bien estudiado por el psiquiatra norteamericano Herbert Hendin y se refleja en su libro "Seducidos por la muerte" (16). Convencido como estaba de la eutanasia, fue en misión gubernamental a ese país para presentar un informe al Congreso de los EE. UU. que, a instancias del presidente Clinton, quería dar vía libre a la eutanasia y al suicidio asistido.

Las entrevistas que realizó, los documentos que revisó, las experiencias que escuchó lo convencieron del despropósito que se quería llevar a efecto y presentó un informe que inclinó a ese gobierno a no aprobar la eutanasia ni el suicidio asis-

tido. Solo algunos estados, nueve para ser exactos (Oregon, Colorado, Montana, Vermont, Washington, California, New Jersey, Hawaii y el distrito de Columbia), se apartan de esa negativa federal y ahora allí se realizan esas prácticas (17).

El caso de Bélgica también es aleccionador. Un libro de la Cambridge University Press, de 2017, que tiene por título "Lecciones de eutanasia y suicidio asistido en Bélgica" (18), recoge ensayos interdisciplinarios de autores internacionales (médicos, abogados, filósofos, etc.) que se centran en la ley de eutanasia de ese país y analizan en profundidad sus aspectos éticos desde esas perspectivas.

Aprovechando la narrativa, que se ha mostrado eficaz para explicar problemáticas humanas complejas, se acaba de editar otro libro cuyo título en español es "Eutanasia: búsqueda de la historia completa. Experiencias y conocimientos de médicos y enfermeras belgas" (19). Allí diez profesionales belgas (médicos, especialistas en cuidados paliativos, enfermeras, profesores universitarios, etc.) reflexionan sobre la práctica de la eutanasia y comparten sus experiencias en un país donde la eutanasia se está convirtiendo en un tema trivial.

Estos tres libros deberían ser material de consulta imprescindible para quienes quieren entender qué es la eutanasia, cómo se promueve, qué efectos sociales y personales produce; pero también son bibliografía obligada para quienes tienen que tomar decisiones, también políticas, en esta materia.

Los argumentos contenidos en esos libros no son religiosos porque el problema no es religioso, es sencillamente humano, ético. Buena parte de la desinformación organizada es hacer creer que la oposición a la eutanasia es cosa de la Iglesia católica o de la derecha religiosa. Se ignora que la Asociación Médica Mundial (20) y la Asociación Médica Estadounidense (21) son organizaciones que se oponen a la práctica de la eutanasia, porque saben que no es un procedimiento médico, porque saben que la función del médico no es quitar la vida.

III. ALGUNOS ERRORES QUE ESTÁN EN LA BASE DEL PLANTEAMIENTO EUTANÁSICO

a) Pensar que la eutanasia es un acto médico.

No es posible que se confundan en la práctica del médico dos acciones: poder matar y deber matar. Sin ninguna duda la primera es totalmente posible: el médico puede matar, si utiliza los conocimientos que ha recibido para realizar esa acción, requerida por el mismo paciente, por la legislación, o *motu proprio* cuando lo pudiera juzgar conveniente. Pero esto no quiere decir, de ninguna manera, que

deba hacerlo, pues su fin, el que espera la sociedad de él, es justamente el contrario: ayudar, prevenir, curar y cuidar.

Ayudar a las personas enfermas hace parte de la naturaleza del ejercicio de la Medicina desde hace más de 5.000 años. Esta ayuda no implica matarlas o ayudarlas a morir, sino asistirlas para prevenir la enfermedad, para intentar curarlas cuando el estado de salud se pierde, o sencillamente para cuidarlas y consolarlas cuando lo anterior no se puede realizar.

El médico no se prepara para ser verdugo de sus semejantes, sino custodio de ellos. Matar no es un acto médico (22) ya que no previene ninguna patología, no cura, ni rehabilita y tampoco da paliación (23).

b) Creer que el dolor y el sufrimiento son inmanejables.

Los problemas del dolor y del sufrimiento, cuando son inmanejables, llevan a que se considere como aparente alternativa viable terminar con la vida del paciente que los padece. Sin embargo, la "inmanejabilidad" de uno y otro están cada vez más en tela de juicio, pues los recursos de la medicina del dolor son cada vez más amplios y los medicamentos antálgicos cada vez más potentes (24).

Cuando hay pacientes con dolores incontrolables lo que hay que revisar es la competencia de los médicos para manejarlos, y no la salida fácil de buscar la muerte para quien los padece. Sobre el sufrimiento inmanejable cabe una reflexión análoga: cuando se brinda la asistencia adecuada a una persona que sufre, cuando se es capaz de ayudarlo a encontrar un sentido a ese sufrimiento, entonces la muerte deja de ser solución.

Detrás de estos argumentos se esconde y enmascara la incompetencia del personal de la salud para manejar con acierto y adecuadamente tanto el dolor como el sufrimiento humanos. Si humanamente se considera que es imposible manejar el dolor y que el sufrimiento pueda tener algún sentido parecería que la consecuencia necesaria sea la eutanasia.

Afortunadamente ni una ni otra posibilidad son reales en el momento actual del desarrollo de la Medicina y de la Psicología, como lo reconoce un buen número de profesionales de la salud de Bélgica, una de las cunas de la eutanasia:

"En nuestra opinión, sin embargo, esto automáticamente significa el fracaso radical del sector de la salud mental. El uso de "la muerte como terapia", posiblemente cuando se busca en realidad la eutanasia incluso si es solicitada,

implica a priori la renuncia de lo que la terapia aún puede y debe ofrecer: la apertura inagotable de nuevas perspectivas.

Como representantes de los distintos grupos profesionales directamente involucrados, de diferentes partes del país y de todas las diferentes líneas ideológicas, estamos alarmados por la creciente banalización de la eutanasia por motivos de sufrimiento mental. Creemos que esta situación está intrínsecamente relacionada con el concepto de un acto que se basa en criterios subjetivos. Por eso insistimos en que permitir la eutanasia basada en el sufrimiento puramente psicológico debe ser removido de la legislación vigente" (25).

c) Asegurar que el "derecho a morir" es un nuevo derecho.

Lo que se llama "morir con dignidad" no es un derecho, y menos derecho fundamental. El auge que en la segunda mitad del siglo XX tuvo el derecho internacional, y con él los Derechos Humanos, propició un fenómeno llamativo: la "proliferación de derechos"; en algunos casos esta multiplicación ha sido legítima, pero en otros ha sido ilusoria, desorientadora o impulsada ideológicamente (26).

Cuando los deseos, las pretensiones, las aspiraciones, etc., se quieren elevar a la categoría de derechos se utilizan unas estrategias de transformación social. Generalmente se empieza apelando a los casos límite; se empieza a utilizar un lenguaje especial donde desde eufemismos hasta slogans; se "fabrican" unas estadísticas en las que los datos son inflados y se sacan de ellos unas consecuencias previamente establecidas y determinadas; se hace el "marketing" en los medios masivos de comunicación; se deslegitiman y ridiculizan las posiciones contrarias con epítetos llamativos (fundamentalistas, retrógradas, reaccionarias, etc.); se busca el apoyo de ONG's, de organismos satélites de Naciones Unidas (cuando no han sido ellos mismos quienes han puesto en práctica la estrategia) (27) o similares; se promueven debates cerrados donde no hay participación de todos los sectores y que además se manipulan; se hace el lobby en los organismos legislativos de los países en los que interese sacar adelante la iniciativa y finalmente se obtienen los resultados: se despenalizan, se legalizan o se masifican las conductas de unas minorías que con ello imponen dichas pretensiones con la fuerza de los nuevos derechos.

Pero tales estrategias no pueden forzar la realidad hasta el punto de convencer a todos de sus propósitos. Aunque se consigan algunos logros legislativos, siempre salen a la luz pública las verdaderas intenciones que le restan legitimidad a esos cambios forzados por artificios jurídicos o legislativos.

El llamado "derecho a morir" se consigue transitando por los pasos arriba mencionados.

Esta forma de influir en la sociedad fue perfectamente descrita por el politólogo norteamericano Joseph Overton; desde ese momento la estrategia se denomina "Ventana de Overton"(28).

Según este autor para cada problema o idea de la sociedad hay una ventana de oportunidad, que se puede ir moviendo de acuerdo con los intereses de turno, de tal manera que es factible pasar de una etapa donde algo sea impensable, hasta llegar a una etapa donde esa misma idea o problema se consagra en la ley.

Overton describió la manera, la tecnología, para *legalizar* cualquier tipo de idea. Dicha tecnología no solo se trata de una serie de pasos que en teoría suponen una serie de acciones concretas para llegar invariablemente al resultado deseado. Sino que desafortunadamente ya ha funcionado y lo sigue haciendo: se utiliza para llevar al ordenamiento jurídico temas como la educación, políticas laborales, de salud y medioambientales, pero también el aborto, la misma eutanasia, el llamado *matrimonio gay*, etc. La ventana de Overton tiene las siguientes cinco fases o etapas: 1. De lo impensable a lo radical. 2. De lo radical a lo aceptable. 3. De lo aceptable a lo sensato. 4. De sensato a lo popular. 5. De lo popular a lo político.

d) Percibir que la ley y el derecho se hacen más justos.

La pretensión de elevar a derecho la práctica de la eutanasia, con independencia de los eufemismos que se utilicen para enmascararla o edulcorarla, hace que la percepción de la ley y el derecho cambien. Pero no precisamente en el sentido de una evolución positiva o de progreso jurídico. La ley debe ser reflejo de una garantía social que el Estado debe proveer a las personas; una garantía que sea acorde con la naturaleza de ellas y del Estado mismo. Cuando la ley se hace de espaldas a esas dos realidades en lugar de servir al hombre, antes o después –la historia lo ha mostrado con muchos y lamentables ejemplos–, esa ley propicia todo lo contrario: el Estado se sirve del hombre para alcanzar sus fines.

También hay que tener en cuenta que ni la ley ni el derecho representan la sociedad, sino que ella y él tienen su origen en quienes han sido elegidos para representar a esa sociedad (29). Por eso un derecho y una ley inadecuada, injusta o ficticia se vuelve en contra de quienes la originan: la confianza depositada en

los organismos legislativos queda minada y sus miembros pierden la credibilidad que fue el principal motivo de su elección.

Además, se produce una perversión en el establecimiento del derecho: ya que éste no se puede configurar con los criterios que se contienen en una reglamentación, sino que el asunto es justamente lo contrario: el derecho es el que debe establecer esos criterios que hacen parte de las reglamentaciones.

Cuando se legisla en el tema de la eutanasia en realidad lo que se hace no es crear, establecer o reconocer un derecho, sino que sencillamente se suprime el primero de ellos, el derecho a la vida, en contravía del derecho consuetudinario y aquel otro contenido en las Constituciones de los países. Es patente que el derecho a la vida no es absoluto, por eso el ser humano no es eterno; pero sí es un derecho fundamental (30).

Esta desnaturalización de la ley y del derecho lleva irremisiblemente a que la ética jurídica y la biojurídica también queden lesionadas: ya no será posible hablar de objetividad ética, ni de regulación jurídica justa de la vida. Se pasa a una instancia donde son las intenciones, en general "buenas intenciones", y las circunstancias las que priman y prevalecen para intentar mostrar que un acto objetivamente no ordenable al fin natural se vea como procedente y bueno. Esa misma lesión hace que hechos como la eutanasia, el homicidio por piedad y el suicidio asistido sean percibidos como derechos y además en apariencia éticamente inobjetable. La eutanasia no es un derecho, es solo una alternativa y no la más humana, ni siquiera la mejor de ellas.

e) Se puede extender a los niños y los recién nacidos.

Los países que legalizaron la eutanasia poco a poco han extendido los "beneficiarios" de la misma, empezando por Bélgica, hasta llegar a la eutanasia neonatal. Es el caso del llamado Protocolo Groningen (31). Nadie puede negar que los recién nacidos con enfermedades graves son un reto, de los más difíciles, de la práctica pediátrica; además de los desarrollos tecnológicos que favorecen el manejo de estos pacientes, las decisiones sobre cuándo intervenir o cuándo dejar de hacerlo no son complicadas, si se cuenta con conceptos bioéticos claros y el entrenamiento adecuado.

Un grupo de pediatras de la Universidad de Groningen, en los Países Bajos en 2005, desarrolló un protocolo para "facilitar" esos procedimientos y permitir que

las decisiones médicas de aplicar la eutanasia a recién nacidos, tomadas con base en ese protocolo, no tuvieran ningún problema legal.

Sin embargo, otros médicos que defienden la eutanasia neonatal se muestran muy críticos con el protocolo Groningen (32), aunque estén de acuerdo con la legalización de la eutanasia neonatal en circunstancias excepcionales, como la única manera de evitar todas las malas prácticas "bien intencionadas" asociadas con poner fin a la vida en los albores de la misma, pero realizadas de manera clandestina como está ocurriendo en varios sitios de Europa.

Casi diez años después, la aplicación del protocolo sigue mostrando sus limitaciones; y en lugar de corregir los errores conceptuales que contiene, los médicos holandeses intentan "mejorar" la situación con la utilización de nuevos medicamentos para producir la muerte a los neonatos y dar recomendaciones para "aumentar la transparencia del proceso y mejorar la presentación de los informes de eutanasia" (33).

Un examen detallado del contenido del protocolo muestra que los criterios utilizados para intentar darle un piso racional a la práctica de la eutanasia neonatal no se soportan en principios éticos firmes (34). Pero el proceso no se queda solo en los recién nacidos: en Bélgica, desde 2014, se posible aplicar la eutanasia a los bebés y a los niños (35). Sin embargo, también en estas situaciones los argumentos que intentan justificar esa práctica carecen de fuerza y son un ejemplo más de la llamada pendiente resbaladiza (36).

En esta situación, como en los demás casos donde la eutanasia se presenta como la solución para las personas que sufren, los cuidados paliativos son el recurso que se ha de poner en práctica (37), para así brindar a quienes los necesitan las mejores condiciones para concluir su corto periplo vital respetando la dignidad de la que son titulares, con independencia de la edad, del tipo de enfermedad, de las opiniones de médicos y familiares, etc.

f) Los médicos deben aplicar la eutanasia, pero...

No todos los médicos están dispuestos a aplicar la eutanasia, incluso solo una minoría. Seguramente pasará como está ocurriendo con el aborto: los médicos practican cada vez menos abortos y la OMS –preocupada por esta realidad- ha recomendado un plan para extender el radio de las personas que hacen abortos: enfermeras, parteras, auxiliares de enfermería, farmacéutas, auxiliares médicos, visitantes de bienestar familiar, trabajadores de la salud que no son médicos ("pro-

veedores de nivel medio”), etc. (38). Sin embargo, el plan tiene sus limitantes al inicio: requiere de una inversión importante para capacitar a ese personal y certificarlo, luego proveer una supervisión de apoyo y diseñar la necesaria evaluación.

En el caso de la eutanasia, los médicos también están empezando a tomar distancia de esa práctica pues no se pueden sustraer a la angustia que su práctica les ocasiona (39) y la OMS seguramente también propondrá algo similar: adiestrar otras personas para que la practiquen.

g) No se presiona a los más vulnerables ni a quienes padecen discapacidad.

Cuando las personas están viviendo una situación de discapacidad o se encuentran en las postrimerías de la vida su condición de vulnerabilidad se incrementa, con independencia del tipo de patología que padezcan, del grado de evolución de la misma o el tipo de discapacidad que tengan. Un enfermo, por el hecho de serlo, es una persona en condición de vulnerabilidad.

Una legislación que favorece la eutanasia presiona de manera sutil, pero real, a quienes están en condición de vulnerabilidad; pues estas personas se sienten impelidas por el Estado (también por sus médicos y familiares que están de acuerdo con esa salida fácil) a “dejar de ser estorbo”, a dejar de gastar unos recursos que pueden ser escasos y mejor aplicados a pacientes con más posibilidades de recuperación, etc.

Esta presión puede llevar a las personas vulnerables a que se planteen y decidan terminar con su vida, soportados por una legislación que les brinda una salida fácil, una aparente solución. Pero este mecanismo lleva implícita una gran injusticia: lo racional es que a las personas vulnerables se les brinde protección, apoyo, cuidado, asistencia, y no que se les empuje a tomar la determinación de morir o peor aún que no se les tome en cuenta y la decisión sea tomada sin su consentimiento (40).

Las personas discapacitadas y vulnerables no pueden estar tranquilas cuando el Estado, quien debería protegerlas, tiene mecanismos dispuestos para eliminarlas. Esta situación genera un grado de desconfianza tal, que puede llegar a constituirse en sí mismo en una patología y que no permite a ese tipo de personas vivir con una mínima tranquilidad, la tranquilidad de saber que por lo menos no se les va a matar.

h) No se apoya la cultura del descarte.

Con la eutanasia se da carta de ciudadanía a una manifestación más de la cultura del descarte: se puede prescindir de las personas que ya no son productivas o que son un lastre para la sociedad (41). Puede que para algunas personas la vida no sea considerada como sagrada, pero es patente que cada vida humana es un bien valioso por sí mismo, con independencia de las circunstancias y determinantes a las que pueda estar sometida en un momento determinado.

Ese bien valioso que es la vida de cada persona humana no se le puede tratar como la racionalidad tecnológica está intentando configurar la cultura de la posmodernidad: el valor de las cosas está en relación directa con su utilidad, con el rendimiento que puedan dar, con la aplicación industrial de la que puedan ser objeto, de su capacidad de producir dinero. Cuando se piensa de esta manera se está dejando de lado uno de los principios claves para que el ser humano pueda funcionar en el mundo: el principio de no contradicción, que lleva a que se diferencien con claridad lo que son las personas de lo que son las cosas.

i) No hay efectos colaterales indeseables.

Además de los efectos que se mencionarán más adelante, las consecuencias colaterales de despenalizar o legalizar la eutanasia o el suicidio asistido no son pocas ni despreciables. Se produce una deshumanización en los sistemas de salud al vulnerarse una de sus bases principales: la confianza (42); se deshumaniza la familia, que deja de ser el lugar natural de proteger al ser humano desde el inicio hasta el final de la vida; la labor del médico empieza a verse cubierta con un halo de sospecha; las personas con menos recursos, que no puedan acceder a los cuidados paliativos pueden ver en la eutanasia la única salida, lo mismo puede ocurrir con una situación económica apretada en el núcleo familiar; como es más barata la eutanasia que los cuidados paliativos, los legisladores pueden dejarse permear e intentar dar solución a los problemas del sistema de salud que generan las personas con enfermedades crónicas o terminales; poco a poco se van eliminando los límites que protegen al ser humano, a la sociedad y al medio ambiente de su destrucción, etc.

Al promover la eutanasia y el suicidio asistido también hay que tener en cuenta que ese tipo de conductas llevan a la imitación: tanto el lenguaje sensacionalista de los medios de comunicación, como mostrar esas conductas despojándolas de sus reales consecuencias relativizando, minimizando o mostrándolas como algo normal, llevan a otras personas que tal vez sufren o enfrenten problemas en

aparición insolubles a planteárselas como verdaderas salidas o soluciones. La Organización Mundial de la Salud es consciente de esta situación y en 2008 publicó una serie de pautas dirigidas a los periodistas (43) para ayudarles en su trabajo y que no se hagan cómplices de la difusión de estas consecuencias de una cultura de la muerte.

Otro efecto colateral reviste un mayor peligro: la extensión de la eutanasia sin consentimiento. Es un hecho que en Bélgica este tipo de práctica, que es ilegal –pues en ese país se requiere contar con la aceptación de la persona para proceder a su eliminación–, ha venido incrementándose conforme pasan los años: un estudio revela que los casos de eutanasia involuntaria (no pedidas por los pacientes), en personas de más de 80 años se elevaron al 52,7%; pero no solo eso, también la eutanasia para personas que no sufrían de cáncer se elevó a 67,5% y además en un 77,9% el asunto no fue discutido con los directamente implicados (44).

IV. EFECTOS DE LA EUTANASIA

Se pueden mencionar algunos de los problemas que genera la eutanasia para verificar su alcance personal y social. Para ello solo se enumera un decálogo de los grandes riesgos que lleva consigo legalizar o despenalizar la eutanasia.

- a) Se establece la llamada pendiente resbaladiza, verificable sobre todo en los Países Bajos (45);
- b) La desconfianza en la profesión médica: se ve al médico como a un verdugo;
- c) El miedo a envejecer: porque los muchos años se constituyen en criterio de eutanasia (46);
- d) Los abusos en el procedimiento: hacer eutanasias sin el consentimiento de los interesados;
- e) Seguir hipertrofiando la autonomía en detrimento del verdadero ejercicio de la libertad e incluso de la objeción de conciencia;
- f) Se instauro un concepto de dignidad que deviene del tener y no del ser, un concepto de ser humano relativo y acomodaticio a las circunstancias;
- g) Implantar una cultura de la muerte, cuando lo que el mundo necesita es una cultura de la vida (47);

h) Incrementar la desinformación: los medios de comunicación, en general, se "olvidan" de informar sobre las consideraciones éticas;

i) Radicalizar la proporción inversa entre el bienestar (calidad de vida), y el estado de vulnerabilidad, lo que lleva a utilizar la falta de calidad de vida como criterio de eutanasia (48);

j) La macabra utilidad de la eutanasia al vincularla con la donación de órganos (49).

V. COROLARIOS

La Medicina puede tener dos versiones rivales: "con paliativos" o "sin paliativos".

"La diferencia entre estas dos formas de hacer medicina está en el soporte antropológico que cada enfoque médico pueda tener y sobretodo en la presencia del componente humanístico: una medicina "con paliativos" sería aquella donde están presentes elementos conceptuales y actitudinales que revelan el aprecio que se tiene por el ser humano, en términos de dignidad y relacionabilidad, entre otros; una medicina "sin paliativos" sería aquella donde está menos presente o incluso ausente ese factor humanístico, que es reemplazado por otras motivaciones más ligadas a la autoafirmación personal, al desarrollo científico, al lucro económico, etc."(50).

Encausar el ejercicio de la Medicina, en el presente y en el futuro, por caminos que respeten al ser humano en lo que esencialmente es, en su dignidad intangible, es tarea de todos. En primera instancia de las familias, si saben educar a los hijos para que sean respetuosos con sus semejantes y con el medio ambiente, solidarios y generosos con los necesitados, capaces de no caer en las garras del egoísmo, principal caldo de cultivo para la autonomía desmedida y primordial impedimento para lograr el bien común y las relaciones interpersonales.

A la educación media y principalmente a la superior también le compete adecuar sus contenidos en materias no solo técnicas sino sobre todo humanísticas, y además han de trabajar en las competencias relacionales y comunicativas que hagan posible trascender a las personas. En concreto las facultades de Medicina han de propender por formar médicos que presten sus servicios en el contexto del sistema de salud que les corresponda, donde sean capaces de desplegar una profesión, apoyada en el respeto irrestricto del ser humano, que les permita cuidar, acompañar, curar y consolar, soportada en unas bases teóricas y prácticas que incluyan el juicio crítico, biojurídico, ético y bioético; así como competencias científicas, de comunicación e investigación, procurando buscar el mejor bien para sus

pacientes, considerados en un contexto sociocultural y propiciando un cambio de cultura a favor de la vida; un ejercicio donde se sepa ejercer tanto la objeción de ciencia y como la objeción de conciencia, para no permitir que el personal de salud sea ejecutor ciego y mudo de una legislación perversa.

Este asunto no se define mediante encuestas, muchas veces confeccionadas de manera sesgada y aplicadas a población que no tienen mucha o ninguna formación sobre el tema. La ética, el bien, no se define por el criterio de las mayorías, entre otras cosas porque la ética tiene que ser objetiva.

Una persona pide que se acabe con su vida cuando no está atendida adecuadamente, así de simple. Entonces el asunto no es de voluntad o de autonomía es de incompetencia para tratar el dolor, el sufrimiento, los síntomas sobrevenientes, para tratar bien a quien padece un estado terminal de enfermedad, o cualquier situación que le lleve a plantearse como única salida la muerte. Una sociedad que progresa es aquella que provee cuidados paliativos, que cuida a sus enfermos, a sus ciudadanos más vulnerables, más viejos, más pobres, más indefensos: eso sí es sinónimo de progreso social y cultural.

Es un logro, un avance, que la eutanasia se debata públicamente, que las decisiones se tomen de manera informada, ilustrada por la ciencia y no por la ideología; con un juicio racional y no por el prejuicio religioso. Si así se procede, la eutanasia no se puede mantener como derecho, porque es un supuesto derecho, una ficción jurídica; ni se podrá obligar a los médicos a que sean ellos quienes se conviertan en cómplices de una pena de muerte larvada. El reto actual está en desenmascarar la cultura anti-vida para que nadie se plantee la falsa salida de la eutanasia, porque cuenta, entre otras cosas, con la asistencia paliativa que pueda necesitar.

REFERENCIAS

1. Pedrero-García E. Pedagogía de la muerte: propuesta de normalización en el sistema educativo español. *Revista Espacios*: 2020;41(4): 25-37.
2. Ayllón JR. El mundo de las ideologías. Madrid: Homo legens; 2019.
3. Oliveira HR de, Souza EG de, Viana C M, et al. Pseudoformação, ressentimento e manifestações anti-intelectuais. *Revista Inter Ação*. 2021;46(1): 323-340. <https://doi.org/10.5216/ia.v46i1.65177>

4. Gherlone L. Lótman continua a surpreender: revoluções e emoções coletivas. *Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso*. 2019; 14: 170-191. DOI: 10.1590/2176-457338371
5. Barrio Maestre JM. Homo transiens. De la interinidad y la trascendencia humanas. Buenos Aires: TeseoPress; 2021.
6. Pardo-Caballos A. Sobre el acto humano: Aproximación y propuesta. *pers. bioét.* 2009; 12 (2): 78-107.
7. Fernández-González MJ. En el corazón del crecimiento en virtud: el 'yo de virtud' y la 'identidad de virtud'. *Estudios sobre Educacion*. 2019; (36): 9-15.
8. Rhodes R. Conscience, conscientious objections, and medicine. *Theor Med Bioeth.* 2019; 40: 487-506. <https://doi.org/10.1007/s11017-019-09513-9>
9. Schonfeld LA. Ley natural : la lógica y la antropología como su fundamento. *Revista da Faculdade de Direito da FMP*. 2020; 15 (1): 178-190.
10. Spaemann R. Ética: cuestiones fundamentales. Pamplona: Ediunsa; 2005.
11. Finnis J. Absolutos morales. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 1992.
12. Fajardo-Fajardo AM. La Ética de Immanuel Kant. *Revista Internacional De Filosofía Teórica Y Práctica*. 2021; 1(1): 127-138. DOI: 10.51660/riftp.v1i1.23
13. Finnis J. The Priority of Persons. En Horder J. (ed.). *Oxford Essays in Jurisprudence: Fourth Series*. Oxford: Oxford University Press; 2000, pp. 1-15.
14. Olano-García HA. Fundamentos de ética. Chía: UniSabana; 2018.
15. Escandell- Cucarella JJ. Muerte e inmortalidad en la filosofía de Antonio Millán-Puelles. *Claridades. Revista de Filosofía*. 2020; 12(2): 75-102.
16. Hendin H. Seducidos por la muerte. Barcelona: Planeta; 2009.
17. Meier DE. The Treatment of Patients With Unbearable Suffering—The Slippery Slope Is Real. *JAMA Intern Med.* 2021;181(2):160-161. DOI:10.1001/jamainternmed.2020.6884
18. Jones DA, Gastmans C, McKellar C. (Edit.) *Euthanasia and Assisted Suicide. Lessons from Belgium*. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
19. Devos T. *Euthanasia: Searching for the Full Story. Experiences and Insights of Belgian Doctors and Nurses*. Leuven: Springer; 2021.

20. Asociación Médica Mundial. Declaración sobre eutanasia y suicidio asistido. 2019. [Consulta: 25 Jul 2021] Recuperado de: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica/>
21. Ramiro FJ. La AMA reafirma su oposición a la eutanasia. 2019. [Consulta: 25 Jul 2021] Recuperado de: www.bioeticablog.com/la-asociacion-medica-americana-reafirma-su-oposicion-a-la-eutanasia/
22. Kass L. Neither for love nor money: why doctor must not kill. The public interest. 1989; 94: 25-46
23. Dopchie C. La instrumentalización del médico. En Devos T, et all. Eutanasia. Lo que el decorado esconde. Salamanca: Sígueme; 2020. pp. 59 – 78.
24. Yashasvi -Waisundara V, Banjari I, Balki J. Pain Management: Practices, Novel Therapies and Bioactives. Londres: IntechOpen; 2021.
25. Bazan A, Van de Vijver G, Lemmens W et all. Schrap euthanasie op basis van louter psychisch lijden uit de wet. De dood als therapie? De Morgen. 8 december 2015. [Consulta: 12 Jul 2021] Disponible en: <http://www.demorgen.be/ opinie/schrap-euthanasie-op-basis-van-louter-psychisch-lijden-uit-de-wet-b277b650/>
26. Netto L. Criteria to Scrutinize New Rights: Protecting Rights against Artificial Proliferation Journal of Constitutional Research. 2021; 8 (1): 1-68. DOI: 10.2139/ssrn.3814687
27. Halme-Tuomisaari M. Toward Rejuvenated Inspiration with the Unbearable Lightness of Anthropology. AJIL Unbound. 2021; 115: 283-288. DOI:10.1017/aju.2021.37
28. Dyjack D. The Overton Window: DirecTalk musings from the 10th floor. Journal of Environmental Health. 2020; 82(7): 54-56.
29. Nieto-Loaiza R. Eutanasia y gobierno de los jueces. Ifmnoticias.com 25 Jun 2021 [Consulta: 26 jun 2021]. Disponible en: <https://ifmnoticias.com/eutanasia-y-gobierno-de-los-jueces/>
30. Vilchez-Herrera C. El Derecho a la vida desde una perspectiva constitucional. Jaén. Ed. UJA; 2020.
31. Wach B. Dutch Protocol from Groningen (the so-called Groningen Protocol). The Problem of Deliberate Causing of Death in Newborns ("Neonatal Euthanasia"). Analiza i Egzystencja: czasopismo filozoficzne. 2020; (49): 53-87.

32. Harahsheh AS, Sade R. Active and Passive Euthanasia in the Context of Severe Congenital Heart Disease. In: Mavroudis C, Cook J, Mavroudis C. (eds). *Bioethical Controversies in Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery*. Cham: Springer; 2020. pp. 251-259.

33. Verhagen E. Neonatal euthanasia: lessons from the Groningen Protocol. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2014; 19(5):296-9. DOI: 10.1016/j.siny.2014.08.002.

34. Kodish E. "Pediatric Euthanasia". In: Rubinfeld S, Sulmasy DP. *Physician-assisted Suicide and Euthanasia: Before, During, and After the Holocaust*. London: Rowman & Littlefield; 2020. pp. 291-297.

35. Valdespino R. "Neonatal Euthanasia and Morality". In: Farman-Farmayan A. (Edit). *Ex Nihilo*; Spring 2021. pp. 32-43.

36. Aznar J. The slippery slope of euthanasia. *Medicina e Morale*. 2021; 70(1): 111-120.

37. Karplus R. La persona ante las cuestiones que plantea la eutanasia. En Devos T, et al. *Eutanasia. Lo que el decorado esconde*. Salamanca: Sígueme; 2020. pp. 111 – 128.

38. OMS. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra: Ed. OMS; 2012.

39. Trufin F. La eutanasia tras el decorado. En Devos T, et al. *Eutanasia. Lo que el decorado esconde*. Salamanca: Sígueme; 2020. pp. 187 – 208.

40. Haekens A. Eutanasia por sufrimiento psíquico sin salida. En Devos T, et al. *Eutanasia. Lo que el decorado esconde*. Salamanca: Sígueme; 2020. pp. 39 – 47.

41. Anchústegui-Igartua E. El estado social: la dignidad humana y el bien común. *Filosofía, C.S.D.* 2020; 47: 253-281.

42. Lolas-Stepke F, Rodríguez-Yunta E. *Bioética y Humanidades médicas*. Buenos Aires: Hygea; 2020.

43. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. *Preventing Suicide A Resource for Media Professionals*. Ginebra; 2008. [Consulta: 26 Jul 2021]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf.

DOCUMENTO DROGAS Y ADICCIONES, UN OBSTÁCULO PARA EL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL

Buenos Aires, 24 de junio de 2021

LA OTRA PANDEMIA

Como discípulos misioneros, en el marco de la 1ª Asamblea Eclesial de América Latina y El Caribe, queremos hacer memoria de lo acontecido en la V Conferencia General de Aparecida y, mirando contemplativamente nuestra realidad con sus desafíos, reavivar nuestro compromiso y nuestras propuestas pastorales para que nuestros pueblos tengan una vida plena.

Es por eso que en vísperas del 26 de Junio, Día Internacional contra el Tráfico Ilícito y Abuso de Drogas, queremos compartir algunas reflexiones sobre el tema que se nos presenta como uno de los dolores más grandes del pueblo de América Latina, nuestra Patria Grande.

Como expresamos anteriormente, ya en el Documento de Aparecida (2007) nuestros obispos pusieron la mirada sobre los “rostros sufrientes que nos duelen” y en el punto 422 se referían al tema del siguiente modo:

“El problema de la droga es como una mancha de aceite que invade todo. No reconoce fronteras, ni geográficas ni humanas. Ataca por igual a países ricos y pobres, a niños, jóvenes, adultos y ancianos, a hombres y mujeres. La Iglesia no puede permanecer indiferente ante este flagelo que está destruyendo a la humanidad, especialmente a las nuevas generaciones. Su labor se dirige especialmente en tres direcciones: prevención, acompañamiento y sostén de las políticas gubernamentales para reprimir esta pandemia”.

Francamente nos sentimos interpelados por esta declaración en la que se utiliza el término "pandemia" en relación con la droga y las adicciones porque, en este presente de COVID-19, es cuando comprendemos la verdadera dimensión de esa palabra.

Y cierto es que nos preguntamos qué silencios cómplices habrán logrado que, 14 años después de aquel claro alerta de los obispos, siga siendo esta "la otra pandemia", silenciada, la que lastima a nuestros pueblos y se constituye como un terrible obstáculo para el logro del Desarrollo Humano Integral. Especialmente de los más pequeños, los más pobres, en quienes reconocemos una valía que tienen para desplegar y que constituye un don para toda la sociedad.

En esta fecha significativa compartimos nuestras reflexiones basadas en el cotidiano encuentro con este dolor que asoma, en primer lugar, cada vez que llegamos a una comunidad. Es allí donde encontramos relatos de desgarró, desesperación, impotencia o vivencia de desamparo.

Es por todo esto que alzamos fuerte nuestra voz para repetir las palabras de Aparecida y llamar la atención sobre el agravamiento de la pandemia de las drogas y las adicciones en tiempos de COVID-19.

Por nuestra experiencia en Barrios Populares vemos que es urgente tomar conciencia de que las drogas y las adicciones son una herida sangrante de nuestro Pueblo. Nos preocupa cuando los medios de comunicación, las redes sociales, la política, y la sociedad hablan del dólar, el gasto público, las especulaciones electorales y otros temas diversos, mientras ignoran esta problemática que mata de la peor de las maneras a nuestros hermanos y hermanas de toda América Latina.

En lo cotidiano nos dimos cuenta de cómo, con las restricciones de todo orden generadas por la pandemia de COVID -19 y las medidas políticas que se implementaron para abordarla, quedaron huérfanos nuestros barrios. Por sobre todo, nos desvelamos por los muchos jóvenes que se encuentran sin espacios de contención, ni referentes del mundo adulto o pares con los que interactuar en los clubes, las escuelas e incluso la mayoría de nuestras Capillas que quedaron cerradas. Con alarma comprobamos que se encuentran a la intemperie no solo física sino también existencial.

Hemos constatado cómo se impregna lo social con un inmanente sentido de aceptación e inocuidad acerca del "cannabis", su despenalización y sus usos. Desde nuestra visión, debería ser "puesto en el contexto" de la pandemia de las drogas para no minimizar los riesgos de su uso problemático que nada tiene de saludable.

En el día a día de nuestro trabajo en los Barrios Populares comprobamos cómo las adicciones y todo lo que se produce a su alrededor van rompiendo los lazos sociales de nuestras comunidades y detonan como bombarderos los valores fundamentales que nos unen como comunidad: la solidaridad, la fraternidad, la misericordia, la caridad. Porque no sólo son pilares de nuestra espiritualidad sino la base de la construcción de un tejido social que nos entrelaza y sostiene como grupos sociales. En el estado actual, creemos, el problema ya no se resuelve con Trabajo y Vivienda porque no existe la red de apoyo de la comunidad organizada y se vive en el desesperado "sálvese quien pueda".

En estos años pudimos ver una Sociedad y un Estado cada vez más fragmentados en sus respuestas. Esto permite sospechar que no se comprende la complejidad y gravedad constitutiva del problema. Advertimos además que, lo que hasta el 2019 era sostenido de un hilo, hoy explotó en nuestros pueblos ante la crisis 2020/2021 y actualmente la situación social es desesperante.

También nos parece necesario sincerar que el Sistema Penitenciario funciona como un espacio que alberga personas con problemas de salud mental y adicciones. En la Argentina no hay estadísticas oficiales sobre el punto pero, si leemos con detenimiento algunos indicadores, intuimos con alto grado de certeza que el 80% de las personas privadas de la libertad se encuentra en esas condiciones de salud, sin recibir las atenciones correspondientes.

Y, siguiendo con la población carcelaria, es necesario referir que la crisis del COVID-19 ha degradado las condiciones de vida de las personas detenidas hasta límites inhumanos, en penales colmados y comisarias hacinadas, en las que pasan meses detenidos soportando indecibles violaciones a los Derechos Humanos.

Nos inquieta la post pandemia y el aumento del HIV, la Tuberculosis y otras enfermedades asociadas al consumo de paco y otras drogas dado que no hay controles ni respuesta terapéutica y claro es que las consecuencias afectarán a nuestra sociedad en su conjunto.

Es conocida y estudiada la alta incidencia entre la pobreza, adicciones y explotación laboral y sexual. La utilización de niños, niñas, adolescentes, mujeres para "trabajos" encubren la explotación laboral y/o sexual, entrecruzan con la trata de personas tan extendida en nuestro país y la región.

Es necesario reconocer y entender los padecimientos mentales de las personas en contexto de exclusión, lo que requiere de personas involucradas con las problemáticas e insertas en esos territorios. Lo percibimos antes de la Pandemia y, ya

atravesándola, hizo saltar por los aires la cuestión de la Salud Mental, tan lejana para recibir atención y no pensada para la realidad de nuestros barrios.

Queremos visibilizar la creciente cantidad de personas en situación de calle, que fueron y siguen siendo vulneradas todos sus derechos. La calle no es un lugar para vivir, ni morir. No hay tiempos de espera, no se pueden dilatar más las respuestas.

A la vez somos testigos de la valentía de tantas personas en recuperación que han ayudado —sin ningún cálculo— a muchos que se sentían solos. Como dice la canción de despedida de la Misa Popular Salvadoreña: “Cuando el pobre crea en el pobre, ya podremos cantar libertad, cuando el pobre crea en el pobre, construiremos la fraternidad”.

Es por eso que hacemos un llamado amplio y vigoroso a nuestro pueblo en el marco de la 1ª Asamblea Eclesial que convoca el CELAM (Consejo Episcopal Latinoamericano) e invitamos a involucrarse a todos los sectores e instituciones de la comunidad organizada: sindicatos, clubes, empresas, parroquias, movimientos sociales, escuelas, universidades, cuerpos legislativos, organizaciones del Estado y de la sociedad civil, partidos políticos, iglesias, mutuales, colegios profesionales y todos los colectivos que tomen conciencia de esta “Otra Pandemia”, para mirarla de frente.

Proponemos que, juntos, enfrentando cada rostro humano y escuchando su dolor, usemos los datos, los saberes y los recursos desde la misericordia para plantear una propuesta concreta y extensiva que nos permita hacer frente a este “monstruo grande que pisa fuerte”.

Deseamos que en cada barrio popular de nuestra América se vivan “las 3 C”: Capilla, Club y Colegio, y volcamos nuestro aporte y experiencias de hacer familia, de hacer comunidad. Estamos convencidos de que ese es nuestro gran diferencial y fortaleza.

Proponemos que en cada Barrio Popular de nuestra América haya un Centro Barrial que “Reciba la Vida como Viene” y que su modo de trabajo sea un “Cuerpo a Cuerpo” como nos decía el cardenal Bergoglio (hoy Papa Francisco) en la inauguración del primer Hogar de Cristo.

Lo hicimos en nuestra historia y lo actualizamos en este tiempo de aislamiento social, organizando lugares de atención directa y permanencia cuidada, proponiendo los aislamientos comunitarios, cuidando a los más enfermos de nuestros barrios casa por casa, llevándoles comida y acercándonos con cuidados sanitarios.

Si seguimos en ese camino de reconocer en nuestro pueblo el dolor y nos dejamos interpelar por eso vamos por una buena senda y nos queda sumar, mostrar y fortalecer para seguir andando.

Animamos a la ciudadanía y sus organizaciones a participar de esta consulta popular, activa y especialmente en el "Foro de Adicciones" que propone este Tiempo de Escucha sobre "¿Cómo ser una Iglesia en salida que acude al encuentro con poblaciones populares que enfrentan el desafío de las adicciones?".

Como cristianos nos paramos en la Esperanza de la transformación del presente con la recuperación de la fuerza de nuestros pueblos jóvenes. Ellos tienen en su memoria histórica la matriz cultural de la resistencia y la fe en un Dios bueno. Es así que juntos trabajamos por una América Latina capaz de dar vuelta el viento para asentar en los más débiles las bases de su reconstrucción soberana.

**Familia Grande Hogar de Cristo
Cáritas Argentina
Comisión Nacional de Pastoral de Adicciones
y Drogadependencia (Argentina)**

DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LA ASAMBLEA PLENARIA DE LA PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA

*Ciudad del Vaticano,
27 de septiembre de 2021*

Queridas hermanas y hermanos:

Me es grato poder encontrarme con vosotros con motivo de vuestra Asamblea General y agradezco al arzobispo Paglia sus palabras. También quiero saludar a los numerosos académicos conectados.

El tema que habéis elegido para estos días de trabajo es particularmente actual: la salud pública en el horizonte de la globalización. En efecto, la crisis pandémica ha hecho resonar con más fuerza "el clamor de la tierra como el clamor de los pobres" (Enc. *Laudato si'*, 49). No podemos hacer oídos sordos a este doble clamor, debemos escucharlo bien. Y eso es lo que os proponéis hacer.

El examen de las numerosas y graves cuestiones que han surgido en los dos últimos años no es una tarea fácil. Por un lado, estamos agotados por la pandemia de Covid-19 y la inflación de argumentos suscitados: ya casi no queremos oír hablar de ello y tenemos prisa por pasar a otros temas. Pero, por otro lado, es imprescindible reflexionar con calma para examinar en profundidad lo que ha ocurrido y ver el camino hacia un futuro mejor para todos. En verdad, «peor que esta crisis, es solamente el drama de desaprovecharla» (Homilía de Pentecostés, 31 de mayo de 2020). Y sabemos que de una crisis no salimos iguales: o salimos mejores, o salimos peores. Pero no iguales. La decisión está en nuestras manos. Y, repito, peor que esta crisis es sólo el drama de desaprovecharla. Os animo en este esfuerzo; y me parece sabia y oportuna la dinámica

de discernimiento según la cual se desarrolla vuestro encuentro: en primer lugar, escuchar atentamente la situación, para poder favorecer una verdadera conversión y llegar a decisiones concretas para salir mejores de la crisis.

La reflexión que estáis llevando a cabo en los últimos años sobre la bioética global se está revelando muy valiosa. Os animé en esta perspectiva con la carta Humana communitas, con motivo del 25 aniversario de vuestra Academia. En efecto, el horizonte de la salud pública permite enfocar aspectos importantes para la convivencia de la familia humana y para el fortalecimiento de un tejido de amistad social. Son temas centrales de la encíclica Fratelli tutti (véase el capítulo 6).

La crisis pandémica ha puesto de manifiesto qué profunda es la interdependencia tanto entre nosotros como entre la familia humana y la casa común (cf. Enc. Laudato si', 86; 164). Nuestras sociedades, especialmente en Occidente, han tendido a olvidar esta interconexión. Y las amargas consecuencias están ante nuestros ojos. Por lo tanto, es urgente invertir esta tendencia perjudicial en este cambio de época, y es posible hacerlo mediante la sinergia entre diferentes disciplinas: biología e higiene, medicina y epidemiología, pero también economía y sociología, antropología y ecología. El objetivo no es sólo comprender los fenómenos, sino también identificar los criterios tecnológicos, políticos y éticos de actuación en relación con los sistemas sanitarios, la familia, el trabajo y el medioambiente.

Este enfoque es especialmente importante en el ámbito de la salud, porque la salud y la enfermedad están determinadas no sólo por los procesos de la naturaleza, sino también por la vida social. Además, no basta con que un problema sea grave para que salte a las primeras páginas y se le preste así atención: hay tantos problemas muy graves que se ignoran por falta de un esfuerzo adecuado. Pensemos en el impacto devastador de ciertas enfermedades como la malaria y la tuberculosis: la precariedad de las condiciones higiénicas y sanitarias causa cada año en el mundo millones de muertes evitables. Si comparamos esta situación con la preocupación causada por la pandemia de Covid-19, vemos que la percepción de la gravedad del problema y la correspondiente movilización de energía y recursos es muy diferente.

Por supuesto, hacemos bien en tomar todas las medidas para contener y superar el Covid-19 a nivel mundial, pero esta coyuntura histórica en la que nuestra salud se ve amenazada de cerca debería hacernos conscientes de lo que significa ser vulnerable y vivir en la precariedad a diario. Así podríamos también responsabilizarnos de las graves condiciones en las que viven otras personas y por las que hasta ahora nos hemos interesado poco o nada. Aprenderíamos a no proyectar nuestras prioridades sobre poblaciones que viven en otros continentes, donde

otras necesidades son más urgentes; donde, por ejemplo, no sólo faltan las vacunas, sino también el agua potable y el pan de cada día. No se sabe si reír o llorar, a veces llorar, cuando escuchamos a los gobernantes o a los líderes comunitarios aconsejar a los habitantes de las chabolas que se higienicen varias veces al día con agua y jabón... Pero, vaya, tú nunca has estado en una chabola: allí no hay agua, no conocen el jabón. "¡No, no salgáis de casa!": pero allí la casa es todo el barrio, porque viven... Por favor, cuidemos estas realidades, también cuando reflexionamos sobre la salud. Sea pues bienvenido el compromiso de una distribución justa y universal de las vacunas —que es muy importante— pero teniendo en cuenta el ámbito más amplio en el que se requieren los mismos criterios de justicia para las necesidades de salud y de promoción de la vida.

Considerar la salud en sus múltiples dimensiones y a nivel global ayuda a comprender y asumir responsablemente la interconexión de los fenómenos. Y así se observa mejor cómo también las condiciones de vida, que son el resultado de políticas, sociales y medioambientales, tienen un impacto en la salud de los seres humanos. Si examinamos la esperanza de vida —y de vida saludable— en diferentes países y en diferentes grupos sociales, descubrimos grandes desigualdades.

Dependen de variables como el nivel salarial, la titulación educativa, el barrio de residencia incluso en la misma ciudad. Nosotros afirmamos que la vida y la salud son valores igualmente fundamentales para todos, basados en la dignidad inalienable de la persona humana. Pero si esta afirmación no va seguida de un compromiso adecuado para superar las desigualdades, estamos aceptando de hecho la dolorosa realidad de que no todas las vidas son iguales y la salud no está protegida para todos de la misma manera. Y aquí quiero reiterar mi preocupación de que siempre haya un sistema de salud gratuito: no lo pierdan los países que lo tienen, por ejemplo Italia y otros, que tienen un buen sistema de salud gratuito, no lo perdamos, porque de lo contrario significaría que sólo tendrían derecho a los cuidados sanitarios los que puedan pagarlos, los demás no. Y esto es un reto muy grande. Esto ayuda a superar las desigualdades.

Por tanto, debemos apoyar las iniciativas internacionales —pienso, por ejemplo, en las recientemente promovidas por el G20— destinadas a crear una gobernanza global para la salud de todos los habitantes del planeta, es decir, un conjunto de normas claras y concertadas a nivel internacional que respeten la dignidad humana. De hecho, el riesgo de nuevas pandemias seguirá siendo una amenaza también en el futuro.

La Pontificia Academia para la Vida también puede aportar una valiosa contribución en este sentido, sintiéndose compañera de camino de otras organiza-

ciones internacionales comprometidas con el mismo objetivo. En este sentido, es importante participar en iniciativas conjuntas y, en vuestro caso, en el debate público. Esto requiere naturalmente, que, sin "aguar" el contenido, tratemos de comunicarlo con un lenguaje adecuado y con argumentos comprensibles en el contexto social actual, para que la propuesta antropológica cristiana, inspirada en la Revelación, pueda ayudar también a los hombres y mujeres de hoy a redescubrir «como primario el derecho a la vida desde la concepción hasta su término natural»¹. También aquí me gustaría mencionar que somos víctimas de una cultura del descarte. Monseñor Paglia, en su presentación mencionó algo, pero ahí está el descarte de los niños que no queremos recibir, con esa ley del aborto que los envía al remitente y los mata directamente. Y hoy en día esto se ha convertido en una forma "normal", un hábito que es muy feo, es realmente un homicidio, y para entenderlo bien quizás nos ayude hacernos una doble pregunta: ¿es justo eliminar, quitar una vida humana para resolver un problema? ¿Es justo contratar a un sicario para resolver un problema? Esto es el aborto. Y luego, por otro lado, los mayores: los mayores también son un poco "material de descarte", porque no sirven para nada... Pero son sabiduría, son las raíces de la sabiduría de nuestra civilización, y esta civilización los descarta. Sí, incluso en muchos lugares existe la ley de la eutanasia "encubierta", como yo la llamo: es la ley de "los medicamentos son caros, sólo se da la mitad", y esto significa acortar la vida de los ancianos. Con esto negamos la esperanza: la esperanza de los niños que nos traen la vida que nos hacen salir adelante, y la esperanza que está en las raíces que nos dan los mayores. Descartamos ambos. Y luego, ese descarte cotidiano, esa vida se descarta. Tengamos cuidado con esta cultura del descarte: no es un problema de una ley u otra, es un problema de descarte. Y en esa dirección vosotros, los académicos, las universidades católicas e incluso los hospitales católicos no podéis permitir os el lujo de ir. Este es un camino que no podemos recorrer: el camino del descarte. Por ello, debe verse como algo positivo el estudio que vuestra Academia ha elaborado en estos últimos años sobre el tema de la repercusión de las nuevas tecnologías en la vida humana y, específicamente, sobre la algorética de forma tal que «la ciencia esté verdaderamente al servicio del hombre y no el hombre al servicio de la ciencia»².

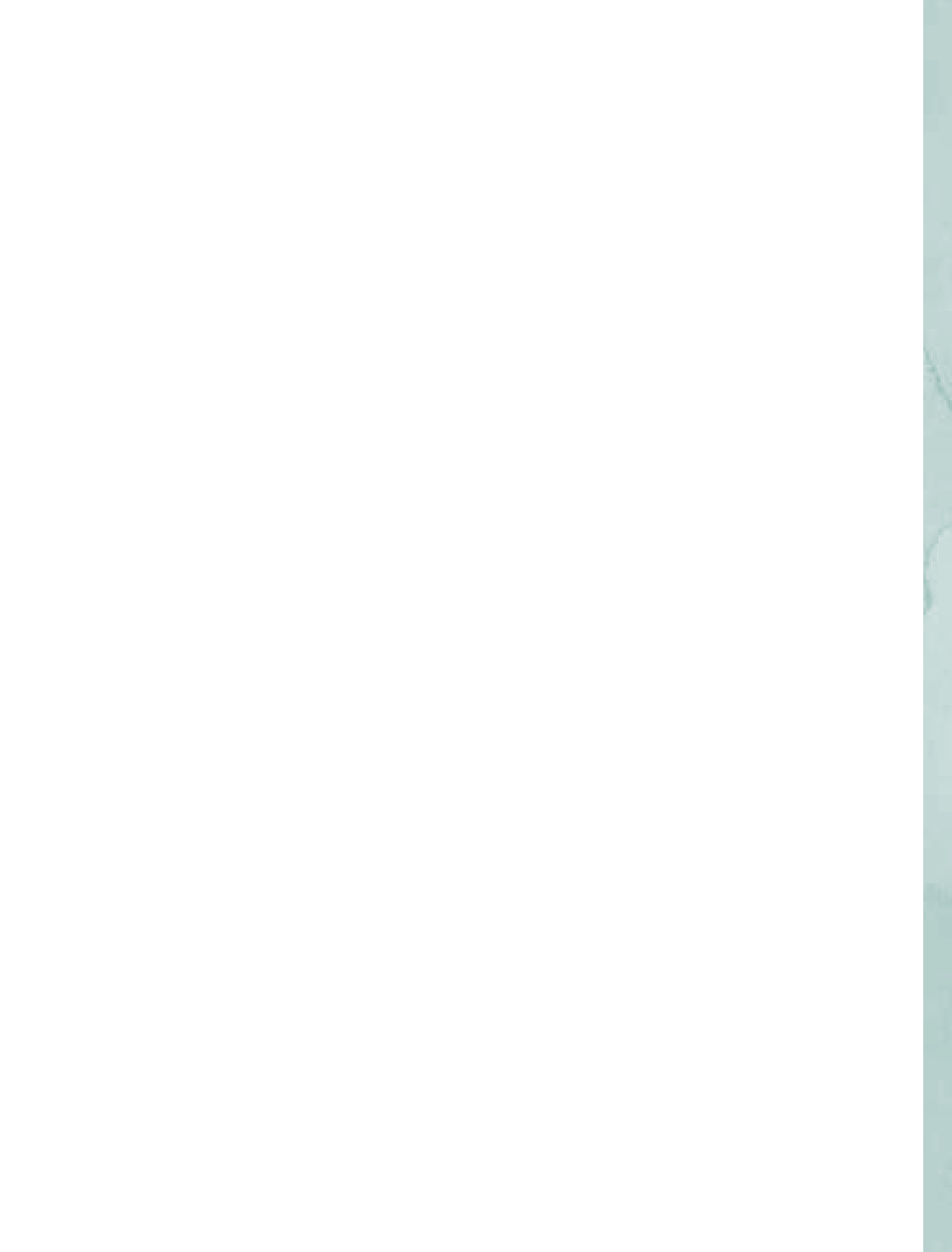
En este sentido, animo a la labor de la recién creada Fundación renAlliance para difundir y profundizar Rome Call for AI Ethics, al que espero, sinceramente, se adhieran muchos.

1 Discurso a los participantes en el encuentro de la Asociación Ciencia y Vida, 30 de mayo de 2015.

2 Ibid.

Por último, me gustaría daros las gracias por el compromiso y la contribución de la Academia al participar activamente en la Comisión Covid del Vaticano, muchas gracias. Es hermoso ver la cooperación que tiene lugar dentro de la Curia Romana en la realización de un proyecto compartido. Necesitamos desarrollar cada vez más estos procesos realizados conjuntamente, en los que sé que han participado muchos de vosotros, instando a una mayor atención a los más vulnerables, como los ancianos, los discapacitados y los jóvenes.

Con estos sentimientos de gratitud, encomiendo a la Virgen María los trabajos de esta Asamblea y también todas vuestras actividades como Academia para la defensa y promoción de la vida. Bendigo de todo corazón a cada uno de vosotros y a vuestros seres queridos. Y os pido, por favor, que recéis por mí porque lo necesito. Gracias.



MENSAJE DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LOS PARTICIPANTES EN LA COP26

Vaticano, el 29 de octubre de 2021

A Su Excelencia el Sr. Alok Sharma

Presidente del la 26ª Conferencia de las partes de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático

Excelencia:

Al iniciarse la Conferencia de Glasgow, todos somos conscientes de que tiene la importante tarea de mostrar a toda la comunidad internacional si realmente existe la voluntad política de asignar de forma honesta, responsable y valiente más recursos humanos, financieros y tecnológicos para mitigar los efectos negativos del cambio climático, así como para ayudar a las poblaciones más pobres y vulnerables, que son las que más sufren¹.

Pero hay más por delante: esta tarea tendrá que realizarse en medio de una pandemia que flagela nuestra humanidad desde hace casi dos años. Junto a los diversos dramas que ha traído la covid-19, la pandemia también nos enseña que no tenemos alternativa: sólo conseguiremos vencerla si todos participamos en este reto. Todo esto, como bien sabemos, requiere una cooperación profunda y unida entre todos los pueblos del mundo.

¹ Cf. *Videomensaje para la Cumbre del Clima, Nueva York, 23 de septiembre de 2019.*

Hubo un antes de la pandemia; será inevitablemente diferente del después de la pandemia que debemos construir, juntos, partiendo de los errores del pasado.

Un argumento similar puede hacerse para abordar el problema global del cambio climático. No tenemos alternativa. Sólo podremos alcanzar los objetivos escritos en el Acuerdo de París si actuamos de forma coordinada y responsable. Son objetivos ambiciosos, pero no pueden retrasarse. Hoy estas decisiones les corresponden a ustedes.

La COP26 puede y debe contribuir activamente a esta construcción consciente de un futuro en el que los comportamientos cotidianos y las inversiones económicas y financieras puedan realmente salvaguardar las condiciones de una vida digna de la humanidad hoy y mañana en un planeta "sano".

Se trata de un cambio de época, un reto de civilización para el que es necesario el compromiso de todos, y en particular de los países con mayores capacidades, que deben liderar la financiación climática, la descarbonización del sistema económico y de la vida de las personas, la promoción de una economía circular y el apoyo a los países más vulnerables para adaptarse a los impactos del cambio climático y responder a las pérdidas y daños derivados de este fenómeno.

Por su parte, la Santa Sede, como he indicado al High Level Virtual Climate Ambition Summit del 12 de diciembre de 2020, ha adoptado una estrategia de reducción a cero de las emisiones netas (net-zero emission) que se mueve sobre dos planos: 1) el compromiso del Estado de la Ciudad del Vaticano para alcanzar este objetivo antes de 2050; 2) el compromiso de la propia Santa Sede para promover la educación para la ecología integral, consciente de que las medidas políticas, técnicas y operativas deben combinarse con un proceso educativo que, también y especialmente entre los jóvenes, promueva nuevos estilos de vida y fomente un modelo cultural de desarrollo y sostenibilidad centrado en la fraternidad y en la alianza entre el ser humano y el entorno natural. Estos compromisos han dado lugar a miles de iniciativas en todo el mundo.

En este sentido, el 4 de octubre tuve el placer de reunirme con varios líderes religiosos y científicos para firmar un llamamiento conjunto con vistas a la COP26. En esa ocasión, escuchamos las voces de representantes de muchas confesiones y tradiciones espirituales, de muchas culturas y campos científicos. Voces diferentes con sensibilidades diferentes. Pero lo que sí pudo percibirse claramente fue una fuerte convergencia de todos en el compromiso con la urgente necesidad de iniciar un cambio de rumbo capaz de pasar de forma decisiva y convincente de la

“cultura del despilfarro” imperante en nuestra sociedad a una “cultura del cuidado” de nuestra casa común y de quienes viven o vivirán en ella.

Las heridas causadas a la humanidad por la pandemia de Covid-19 y el cambio climático son comparables a las resultantes de un conflicto mundial. Al igual que tras la Segunda Guerra Mundial, hoy es necesario que toda la comunidad internacional dé prioridad a la puesta en marcha de acciones colegiadas, solidarias y con amplitud de miras.

Necesitamos esperanza y valor. La humanidad tiene los medios para afrontar esta transformación, que requiere una verdadera conversión, tanto individual como comunitaria, y una voluntad decidida de emprender este camino. Se trata de una transición hacia un modelo de desarrollo más integral e integrador, basado en la solidaridad y la responsabilidad; una transición en la que también hay que tener muy en cuenta los efectos que tendrá en el mundo del trabajo.

En esta perspectiva, debe prestarse especial atención a las poblaciones más vulnerables, con las que se ha acumulado una “deuda ecológica”, vinculada tanto a los desequilibrios comerciales con consecuencias medioambientales como a la utilización desproporcionada de los recursos naturales en su propio país y en otros². No podemos negar esto.

La “deuda ecológica” recuerda, en cierto modo, la cuestión de la deuda externa, cuya presión suele obstaculizar el desarrollo de los pueblos³. La post-pandemia puede y debe reiniciarse teniendo en cuenta todos estos aspectos, ligados también a la puesta en marcha de cuidadosos procedimientos negociados de condonación de la deuda externa asociados a una estructuración económica más sostenible y justa, orientada a apoyar la emergencia climática. Es “necesario que los países desarrollados contribuyan a resolver la deuda [ecológica] limitando significativamente el consumo de energía no renovable, y proporcionando recursos a los países más necesitados para promover políticas y programas de desarrollo sostenible”⁴. Un desarrollo en el que todos puedan participar por fin.

Por desgracia, tenemos que constatar con amargura lo lejos que estamos de alcanzar los objetivos deseados para combatir el cambio climático. Hay que decirlo con sinceridad: ¡no nos lo podemos permitir! En varios momentos de la pre-

2 *Carta Encíclica Laudato si'*, 51.

3 *Carta Encíclica Fratelli tutti*, 126.

4 *Carta Encíclica Laudato si'*, 52.

paración de la COP26, ha quedado claro que no hay más tiempo para esperar; hay demasiados rostros humanos que sufren esta crisis climática: además de sus impactos cada vez más frecuentes e intensos en la vida cotidiana de muchas personas, especialmente de las poblaciones más vulnerables, nos damos cuenta de que también se ha convertido en una crisis de los derechos de los niños y de que, en un futuro próximo, los migrantes por motivos medioambientales superarán a los refugiados por conflictos.

Se necesita una acción urgente, valiente y responsable. También debemos actuar para preparar un futuro en el que la humanidad sea capaz de cuidar de sí misma y de la naturaleza.

Los jóvenes, que en los últimos años nos piden insistentemente que actuemos, no tendrán un planeta diferente del que les dejamos, del que podrán recibir como resultado de nuestras decisiones concretas de hoy. Este es el momento de la decisión que les dará motivos de confianza en el futuro.

Me hubiera gustado estar presente con ustedes, pero no ha sido posible. Pero les acompaño con mis oraciones en estas importantes decisiones.

Reciba, señor Presidente, mis más sinceros y cordiales saludos.

Desde el Vaticano, el 29 de octubre de 2021.

Francisco

ACTO ACADÉMICO PARA LA
INSTITUCIÓN DEL CICLO
DE ESTUDIOS SOBRE
“EL CUIDADO DE NUESTRA
CASA COMÚN
Y LA PROTECCIÓN
DE LA CREACIÓN”
Y LA CÁTEDRA UNESCO
“ON FUTURES OF EDUCATION
FOR SUSTAINABILITY”

DISCURSO DEL SANTO PADRE
FRANCISCO

*Pontificia Universidad Lateranense,
7 de octubre de 2021*

*Su Santidad querido hermano Bartolomé,
distinguida señora Audrey Azoulay,
Directora general de la UNESCO,
Gran Canciller, Rector magnífico y comunidad académica lateranense,
queridos hermanos y hermanas:*

Me alegra estar entre vosotros en este acto académico dedicado a las temáticas ecológicas y medioambientales que también está destinado a sentar las bases de un diálogo abierto y estructurado con todos sobre cómo conocer y escuchar la voz de nuestra casa común, que exige ser custodiada y cuidada. Se trata de un acontecimiento en el que participa el Patriarca Ecuménico Bartolomé, con quien compartimos el deber de proclamar el amor a la creación y el compromiso con su custodia. Mientras se redactaba la encíclica *Laudato si'*, era fuerte la luz que provenía de él y de la Iglesia de Constantinopla. Cuidar la creación —cito a Su Santidad— «es una forma de amar, de pasar gradualmente de lo que yo quiero a lo que el mundo de Dios necesita. Es la liberación del miedo, la codicia y la dependencia» (Conferencia en el Monasterio de Utstein, Noruega, 23 de junio de 2003).

Hoy, la reflexión común como discípulos de Cristo ha logrado penetrar en muchos contextos haciendo converger intereses a menudo distantes, como en el seno de organizaciones internacionales, conferencias multilaterales especiales dedicadas a diferentes sectores o ecosistemas ambientales. En esta perspectiva,

por ejemplo, se coloca el reciente Mensaje que hemos preparado con el patriarca Bartolomé y el arzobispo Justin Welby, Primado de la Iglesia Anglicana, con vistas a la próxima reunión de la COP26 en Glasgow. Creo que todos somos conscientes: el mal que estamos haciendo al planeta ya no se limita a los daños al clima, al agua y al suelo, sino que ahora amenaza la vida misma en la Tierra. Ante esto, no basta con repetir declaraciones de principios que hagan que nos sintamos bien. La complejidad de la crisis ecológica exige responsabilidad, concreción y competencia. Me llamó la atención que uno de los científicos, en la reunión que tuvimos con ellos y también con los líderes religiosos [este 4 de octubre], este científico, presidente [de la Academia Pontificia de las Ciencias], dijera: "Mi nieta, que nació el mes pasado, tendrá que vivir en un mundo inhabitable si no cambiamos las cosas".

Son decisiones que remiten a la Universitas a su misión original, como lugar privilegiado de formación y preparación, donde confluyen diferentes áreas de conocimiento, donde estudiantes y profesores se reúnen para reflexionar y elaborar creativamente nuevos caminos. Por la Universidad pasa también el esfuerzo para formar una conciencia ecológica y desarrollar la investigación para proteger la casa común. La actividad académica está llamada a fomentar la conversión ecológica integral para preservar el esplendor de la naturaleza, ante todo reconstruyendo la necesaria unidad entre las ciencias naturales y sociales con lo que ofrece la reflexión teológica, filosófica y ética, para inspirar la norma jurídica y una visión económica sana.

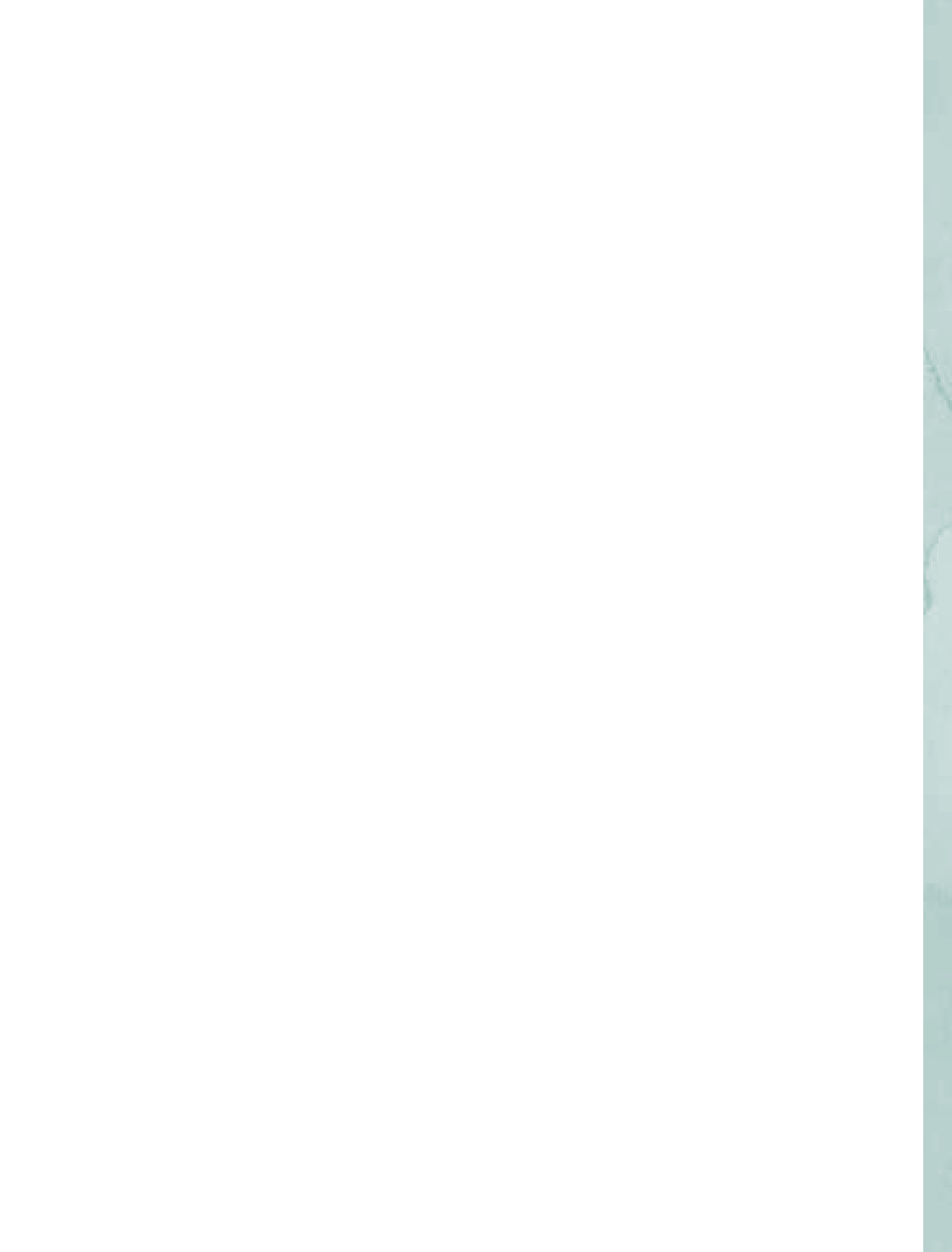
En la reunión de hoy también está representada al más alto nivel la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), encargada de preservar el patrimonio cultural y natural del mundo y de promover el dinamismo de las ciencias, sobre todo a través de la formación. Me gustaría agradecer a la UNESCO la atención activa que ha prestado a esta iniciativa al establecer una cátedra sobre el Futuro de la educación para la sostenibilidad.

Este es el espíritu, los principios y la intención confiados al nuevo Ciclo de estudios de ecología y medio ambiente que hoy se pone en marcha en esta Universidad. Incorporado también en el camino hacia la plena comunión eclesial, trabajará junto con la Sede del Apóstol Andrés, con una perspectiva abierta, un ánimo grande capaz de acoger la atención de las Iglesias cristianas, de las diversas comunidades religiosas, de aquellos que buscan y de los que se declaran no creyentes. En otras palabras, debe ser un punto de encuentro para la reflexión sobre la ecología integral, capaz de reunir diferentes experiencias y pensamientos,

combinándolos a través del método de la investigación científica. De este modo, la Universitas no sólo es una expresión de la unidad del conocimiento, sino también depositaria de un imperativo que no tiene fronteras religiosas, ideológicas o culturales: custodiar nuestra casa común, preservarla de acciones perversas, tal vez inspiradas por la política, la economía y la educación vinculadas a resultados inmediatos, en beneficio de unos pocos.

Se están alejando las expectativas vinculadas a los objetivos de desarrollo sostenible que deben alcanzarse de aquí a 2030, así como las metas más específicas vinculadas a la protección del aire, el agua, el clima o la lucha contra la desertificación. Quizá porque sólo hemos vinculado estos objetivos a una relación causa-efecto, acaso en nombre de la eficacia, olvidando que "no hay ecología sin una adecuada antropología " (Laudato si', 118). Sin una verdadera ecología integral tendremos "un nuevo desajuste que no sólo no resolverá los problemas sino que añadirá otros" (ibid). La idea de un ciclo especial de estudios, por tanto, sirve para transformar, incluso entre los creyentes, el mero interés por el medio ambiente en una misión llevada a cabo por personas formadas, fruto de una experiencia educativa adecuada. Esta es la mayor responsabilidad frente a los que, a causa de la degradación del medio ambiente, están excluidos, abandonados y olvidados. Es una obra a la que las Iglesias, por vocación, y toda persona de buena voluntad están llamadas a aportar la contribución necesaria, convirtiéndose en la voz de los que no tienen voz, elevándose por encima de los intereses partidistas y no sólo quejándose.

Aliento a la comunidad académica de Letrán, en todos sus componentes, para que continúe, con humildad y perseverancia, interceptando los signos de los tiempos. Una actitud que requiere apertura, creatividad, una mayor oferta educativa, pero también sacrificio, compromiso, transparencia y rectitud en las decisiones, especialmente en estos tiempos difíciles. Abandonemos definitivamente el "siempre se ha hecho así"—es suicida, esto, el "siempre se ha hecho así"—, que no nos hace creíbles porque genera superficialidad y respuestas sólo aparentemente válidas (cf. Exhortación Apostólica Evangelii gaudium, 33). Estamos llamados, por el contrario, a un trabajo cualificado, que exige generosidad y gratuidad por parte de todos para responder a un contexto cultural cuyos retos exigen concreción, precisión y capacidad para afrontarlos. Que Dios nos llene de su ternura y derrame la fuerza de su amor en nuestro camino, "para que sembremos hermosura y no contaminación y destrucción" (Laudato si', 246). Gracias.



VACUNA PARA TODOS. 20 PUNTOS PARA UN MUNDO MÁS JUSTO Y SANO

*Comisión Vaticana Covid-19
en colaboración con la Academia
Pontificia para la Vida*

La presente Nota está compuesta de tres partes:

- A. Contexto*
- B. Sobre las Vacunas*
- C. Líneas Guía de la Comisión Covid-19*

A. CONTEXTO

*El Covid-19 está exacerbando una triple amenaza de crisis simultáneas e interconectadas a nivel sanitario, económico y ecológico-social, con desproporcionadas repercusiones sobre los más pobres y vulnerables. A medida que avanzamos hacia una recuperación justa, debemos asegurarnos de que las curas inmediatas a esta crisis constituyan también pasos fundamentales hacia una sociedad más justa, con sistemas inclusivos e integrales. Es esencial adoptar **medidas inmediatas** para responder a la pandemia, con una **debida consideración de sus efectos a largo plazo** para lograr una "sanación" global y regenerativa. Si nuestras respuestas se limitasen al plano organizacional y operativo, sin una reexaminación de las causas que nos han expuesto a las dificultades actuales disponiéndonos a una verdadera conversión, no lograremos las transformaciones sociales que el mundo tanto necesita (cf. Fratelli Tutti, 7). Las diversas intervenciones de la Comisión Vaticana Covid-19 ("Comisión"), creada por el Papa Francisco para responder de*

manera cualificada y ágil a la pandemia, y también la presente Nota que aborda específicamente el tema de las vacunas contra el Covid-19, se inspiran en esta lógica.

B. SOBRE LAS VACUNAS

Principios y valores fundamentales

1. En varias ocasiones, el Papa Francisco ha afirmado la necesidad de lograr que las inminentes vacunas contra el Covid-19, **estén disponibles para todos y sean accesibles por todos** para evitar la "marginalidad farmacéutica": "si existe la posibilidad de curar una enfermedad con un medicamento, éste debería estar al alcance de todos, de lo contrario se comete una injusticia"¹. En su reciente mensaje *Urbi et Orbi* de Navidad², el Papa declaró que para que las vacunas puedan "iluminar y llevar esperanza al mundo entero, deben estar a disposición de todos... especialmente para los más vulnerables y necesitados de todas las regiones del planeta". Estos principios de justicia, solidaridad e inclusión deben encontrarse en los fundamentos de cada intervención concreta para responder a la pandemia. Ya en su catequesis de la Audiencia General del 19 de agosto 2020, el Papa habló de esto, ofreciendo algunos criterios para elegir, por ejemplo, cuáles industrias sean apoyadas: "las que contribuyen a la inclusión de los excluidos, a la promoción de los últimos, al bien común y al cuidado de la creación". Tenemos aquí, un amplio horizonte para evocar los principios de la Doctrina Social de la Iglesia³, como la dignidad humana y la opción preferencial por los pobres, la solidaridad y subsidiaridad, el bien común y el cuidado de la casa común, la justicia y el destino universal de los bienes⁴. Estos resuenan con los valores que, en el lenguaje de la salud pública, constituyen puntos de referencia para navegar emergencias sanitarias: igual respeto a todas las personas (dignidad humana y derechos fundamentales), reducción del sufrimiento (solidaridad hacia aquellos que necesitan ayuda en la

1 Francisco, 2020. "Discurso del Santo Padre Francisco a los Miembros de la Fundación 'Banco farmacéutico'", 19 de septiembre 2020.

2 Francisco, 2020. "Urbi et Orbi – Navidad 2020". 25 de diciembre 2020.

3 Cfr. Compendio de la Doctrina Social de la Iglesia, nn. 105-208.

4 Francisco, 2020. *Sanar el mundo. Catequesis sobre la pandemia*. Introducción. Vaticano: LEV, pp. 15-20.

escasez o en la enfermedad), verdad y equidad (no discriminación y justa distribución de beneficios y responsabilidades)⁵.

2. El llamado que hace el Papa a las empresas farmacéuticas pone de relieve el hecho que, para el destino universal y equitativo de la vacuna, no se debe considerar exclusivamente la última etapa de su suministro, sino todo su "**ciclo de vida**", desde el comienzo. Por lo tanto, en este texto procederemos a examinar las diversas etapas del desarrollo de la vacuna, empezando por su producción, su aprobación y distribución, hasta finalmente llegar a su administración – objeto de estudio de la reciente Nota de la Congregación para la Doctrina de la Fe (CDF)⁶. En cada una de estas etapas podemos reconocer las implicaciones éticas que deben ser consideradas a la hora de tomar las decisiones políticas (económicas), de organización y de comunicación necesarias. Concluiremos el texto con algunas recomendaciones de acción concreta que puedan movilizar a instituciones y redes civiles, así como a los agentes de pastoral del mundo eclesial, para contribuir a un acceso equitativo y universal a la vacuna.

Investigación y producción

3. La primera cuestión que suele surgir en la etapa de producción de vacunas se refiere a los **materiales biológicos** utilizados para su desarrollo. De la información actualmente disponible, se entiende que algunas de las vacunas cercanas a la aprobación/implementación emplean material biológico procedente de fetos abortados voluntariamente hace varias décadas, para varias etapas de su desarrollo; mientras que otras vacunas hacen uso limitado de este tipo de material, empleándolo en ciertas pruebas de laboratorio⁷.

5 Cfr. Nuffield Council for Bioethics, 2020. Fair and equitable access to COVID-19 treatments and vaccines. London: NCB, p. 3, en: <https://www.nuffieldbioethics.org/publications/fair-and-equitable-access-to-covid-19-treatments-and-vaccines>.

6 CDF, 2020, "Nota sobre la moralidad del uso de algunas vacunas contra la Covid-19, (21 de diciembre), n. 6.

7 Cfr Charlotte Lozier Institute, COVID19 Vaccine Candidates and Abortion-Derived Cell Lines, 3 de diciembre 2020, en <https://lozierinstitute.org/update-covid-19-vaccine-candidates-and-abortion-derived-cell-lines/>

4. Este tema fue abordado por la Instrucción *Dignitas Personae*⁸ de la Congregación para la Doctrina de la Fe (8 de septiembre de 2008). Una vez afirmada que la finalidad de la **salud (pública) no puede justificar el aborto voluntario** para obtener material celular para la producción de vacunas – que consiguientemente haría que su distribución y comercialización sean, en principio, moralmente ilícitas – la Instrucción precisa que: "dentro de este marco general existen diferentes grados de responsabilidad. Razones de particular gravedad podrían ser moralmente proporcionadas como para justificar el uso de ese material biológico". En su Nota más reciente, la misma Congregación reexamina el tema, con especial referencia a las vacunas contra el Covid-19⁹.

5. La Academia Pontificia para la Vida aborda el tema mediante dos Notas (5 de junio 2005 y 31 de julio 2017 respectivamente). Particularmente en la segunda, se excluye que: "exista una cooperación moralmente relevante entre quienes hoy en día utilizan estas vacunas y la práctica del aborto voluntario. Por lo tanto, creemos que se pueden aplicar todas las vacunas clínicamente recomendadas **con la conciencia clara** de que recurrir a dichas vacunas no significa una especie de cooperación con el aborto voluntario. Si bien nos comprometemos conjuntamente a garantizar que ninguna vacuna emplee material biológico procurado de abortos voluntarios para su preparación, reiteramos la responsabilidad moral de vacunarse, para que los niños y la población en general no corran graves riesgos para la salud".

6. Los diversos **mecanismos de producción y efectividad** de la vacuna tienen una gran influencia sobre la logística de distribución (especialmente en relación con la temperatura a la cual deben almacenarse) y en su capacidad de proteger de la infección o de la manifestación clínica de la enfermedad. En el primer caso, cuando la vacuna es capaz de proteger de la infección, contribuye a la inmunidad del "grupo/rebaño". Contrariamente, en el segundo caso, cuando la infección llega pero sin manifestaciones clínicas, la vacuna no necesariamente reduce la circula-

8 Congregación para la Doctrina de la Fe, 2008. Instrucción *Dignitas Personae*: Sobre Algunas Cuestiones de Bioética, n. 35.

9 Cfr CDF, 2020. "Nota sobre la moralidad del uso de algunas vacunas contra la Covid-19", nn. 1-3.

ción del virus (por lo que sería necesario vacunar directamente a los que corren mayor riesgo de contraer la enfermedad)¹⁰.

7. Vinculada a la cuestión de la producción, está aquella de las **patentes**. De hecho, el financiamiento de la investigación ha seguido diversos caminos, tanto en forma de inversión pública por parte de Estados (directamente para la investigación o en forma de compra previa de una cierta cantidad de dosis), como de donaciones por parte de organismos privados. Por ende, hay que precisar de qué manera la vacuna puede realmente convertirse en un "bien común" (common), como han reclamado varios líderes políticos (ej. Presidente de la Comisión Europea)¹¹. Dado que la vacuna no es ni un recurso (como el aire o los mares) ni un descubrimiento natural (como el genoma u otras estructuras biológicas), sino que un invento producido por el ingenio humano, es posible someterla a la disciplina económica, lo cual permitiría compensar los costos de la investigación y el riesgo que han asumido las empresas. Sin embargo, dada su importancia, la vacuna debe ser vista como un bien al que todos tengan acceso, indiscriminadamente, según el principio del destino universal de los bienes mencionado también por el Papa Francisco (cfr. n. 1). "No podemos tampoco dejar que el virus del individualismo radical nos venza y nos haga indiferentes al sufrimiento de otros hermanos y hermanas... colocando las leyes del mercado y de las patentes por encima de las leyes del amor y de la salud de la humanidad"¹².

8. El objetivo de la **explotación comercial** como único criterio no es éticamente aceptable en el ámbito de la medicina y la atención sanitaria. Las inversiones en dicha área deberían encontrar su significado más profundo en la solidaridad humana. Para que esto sea posible, hay que identificar y diseñar sistemas que favorezcan la transparencia y la colaboración, en lugar del antagonismo y la com-

10 «Allocation guidelines must balance the obligation to assist individuals most likely to benefit against the obligation to secure the greatest aggregate benefit across the population». In: Wu, J.H., John, S.D, and Adashi E.Y., 2020, "Allocating Vaccines in a Pandemic: The Ethical Dimension", The American Journal of Medicine, November 2020, Volume 133(11).

11 La Presidente Von der Leyen ha expresado en repetidas ocasiones que la vacuna Covid debe considerarse un bien público, ya que todos los esfuerzos para hacer frente a la pandemia sólo pueden tener éxito si trabajamos juntos por el bien común. Cfr, por ejemplo, su discurso: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/ov/SPEECH_20_2258

12 Francisco, 2020. "Urbi et Orbi – Navidad 2020". 25 de diciembre 2020.

petencia. Debemos superar la lógica del "nacionalismo de la vacuna"¹³, entendida como el intento por parte de varios Estados de tener su propia vacuna lo antes posible, procurándose a toda costa la cantidad necesaria para sus habitantes, con el fin de ganar prestigio interno y ventaja sobre otros países. Acuerdos internacionales para gestionar patentes a fin de facilitar el acceso al producto y evitar posibles cortocircuitos comerciales, como también para mantener el precio estable en el futuro, son altamente deseables y deben ser apoyados.

9. La producción industrial de la vacuna podría volverse una ocasión para una **colaboración** entre Estados, empresas farmacéuticas y otras organizaciones, para que pueda llevarse a cabo simultáneamente en distintas partes del mundo. Como ha sido posible – al menos parcialmente – en la etapa de investigación, también es deseable aspirar a una sinergia positiva en la producción para que se puedan promover las estructuras de producción y distribución ya presentes en las áreas donde la vacuna será suministrada, respetando así el principio de subsidiaridad.

APROBACIÓN, DISTRIBUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN:

10. Una vez concluidas las diversas fases de estudios experimentales, se presenta la pregunta de cómo diversas autoridades, en condición de emergencia, pueden reglamentar la **aprobación** del producto y así consentir su inyección en el mercado y uso en diversos países. Considerando la diversidad de organismos reconocidos como competentes para dicha autorización y la dinámica internacional de la pandemia, es necesario coordinar los procedimientos requeridos para dicho objetivo y promover la colaboración entre las autoridades regulatorias competentes.

11. En cuanto a criterios de **administración y acceso** a la vacuna, existen diversas posiciones que se enfrentan en el debate público. Sin embargo, más allá de estas diferencias, hay puntos de coincidencia que pretendemos apoyar. Entre ellas, un amplio consenso sobre la prioridad que debe darse a profesiones que prestan servicios de interés común – particularmente el personal sanitario – como también aquellas actividades que requieren contacto con el público para brindar servicios esenciales (ej. escuelas y seguridad pública) a los grupos sociales más vulnerables (ej. ancianos y enfermos). Naturalmente, un criterio como este no puede aplicarse

13 Ghebreyesus, Tedros, 2020. «Alocución de apertura del Director General de la OMS en la conferencia de prensa sobre la COVID-19 », 4 de septiembre 2020.

a toda situación. Por ejemplo, existe una "zona gris" ante la eventual necesidad de definir las prioridades de implementación de la vacuna dentro de un mismo grupo de riesgo. Una estratificación más precisa de poblaciones podría ayudar a resolver estos dilemas (ej. vacunación en zonas de mayor densidad demográfica maximiza sus beneficios). Además, deben tenerse en cuenta otros aspectos pertinentes, distintos a la salud (como la viabilidad de medidas restrictivas) para lograr una distribución equitativa.

12. Este **orden de administración**, a nivel internacional, implica que "la prioridad debe ser vacunar a ciertas personas en todos los países y no a todas las personas en ciertos países" (Director de la OMS)¹⁴. Debemos evitar que la compra a gran escala de vacunas por parte de países ricos, demoren el acceso al producto de otros países con menos recursos. Se trata de acordar el porcentaje específico sobre el cual se pueda proceder. La **distribución** de vacunas requiere una serie de **herramientas** que deben ser identificadas y aplicadas para cumplir los objetivos de accesibilidad universal. La Congregación para la Doctrina de la Fe insiste en la existencia de un "imperativo moral para la industria farmacéutica, los gobiernos y las organizaciones internacionales, [de] garantizar que las vacunas, eficaces y seguras desde el punto de vista sanitario, y éticamente aceptables, sean también accesibles a los países más pobres y sin un coste excesivo para ellos"¹⁵. Específicamente, es necesario desarrollar un programa de distribución que considere la colaboración necesaria para afrontar los obstáculos logísticos y organizativos en zonas de difícil acceso (cadenas de refrigeración, transporte, personal sanitario, uso de nuevas tecnologías, etc.). Las características de la vacuna también afectan a este aspecto (ej. la temperatura de almacenamiento). Aquí se revela la necesidad de un Ente internacional con el mandato, la autoridad moral y la capacidad operativa para coordinar los diversos componentes del proceso, como en las otras fases anteriormente consideradas. Actualmente, la **Organización Mundial de la Salud** sigue siendo un importante punto de referencia - que debe reforzarse y mejorarse - para los desafíos que están emergiendo.

13. En cuanto a la **responsabilidad moral** de vacunarse (con base en lo elaborado en el punto 3), debe reiterarse cómo esta temática implique también una estrecha relación entre la salud personal y la salud pública, mostrando así su interdependencia. A la luz de este vínculo, creemos importante que se tome una deci-

14 Ghebreyesus, Tedros, 18 de agosto de 2020.

15 CDF, 2020. "Nota sobre la moralidad del uso de algunas vacunas contra la Covid-19", n. 6.

sión responsable en este contexto, puesto que el rechazo de la vacuna puede también constituir un riesgo para otros. Esto es válido inclusive cuando, en ausencia de una alternativa, la motivación para el rechazo fuese la de evitar beneficiarse de los resultados de un aborto voluntario. De hecho, en casos como este, como acalra la Congregación de la Doctrina de la Fe, se puede considerar que en determinadas condiciones sea "moralmente aceptable utilizar las vacunas anti-Covid-19 que hayan usado linajes celulares provenientes de fetos abortados en su proceso de investigación y producción"¹⁶. Se trata aquí de una cooperación material pasiva (y no formal), ya que es indirecta y remota¹⁷, y dada la intención que subyace a la elección, la contingencia con respecto al hecho imputado, y las circunstancias en las que nos encontramos hoy en día. Por lo tanto, los criterios que harían de la decisión de vacunarse éticamente ilícita no son vinculantes. Consecuentemente, el rechazo de la vacunación podría aumentar seriamente los riesgos para la salud pública¹⁸. Por un lado, las personas que no pueden ser vacunadas (ej. los inmunodeprimidos) y dependen de la vacunación de otros (inmunidad del grupo/rebaño) para evitar el contagio, estarán más expuestas a la infección. Por otro lado, el infectarnos por falta de vacunación resultará en un aumento en hospitalizaciones, con la consiguiente sobrecarga de los sistemas de salud y hasta su posible colapso – tal como ha ocurrido en varios países a lo largo de esta pandemia. Esto impide aún más el acceso a la atención médica, algo que siempre afecta a las personas de menos recursos. Como declararon recientemente los Obispos de Inglaterra y Gales, acoger la vacuna no es sólo cuestión de nuestra propia salud, sino también una acción en nombre de la solidaridad con los demás, especialmente los más vulnerables¹⁹.

16 CDF, 2020. "Nota sobre la moralidad del uso de algunas vacunas contra la Covid-19".

17 Según la Conferencia Episcopal de los Estados Unidos (USCCB), "dada la urgencia de esta crisis, la falta de alternativas disponibles y el hecho de que la conexión entre un aborto ocurrido hace décadas y una vacuna producida hoy en día es remota, la inoculación con las nuevas vacunas Covid-19 en estas circunstancias puede estar moralmente justificada". USCCB, 2020, *Moral Considerations Regarding the New Covid-19 Vaccines*.

18 Como se evidencia en una nota de la página del Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM), si no hubiera otra opción que tomar las vacunas disponibles para proteger toda la vida humana y la salud de todos, "no es cooperar con el mal, con el aborto, sino cuidar la vida" y de "legítima defensa contra un virus agresor". Cfr. CELAM, 2020, "Vacunas con Fetos Abortados".

19 Cfr. Conferencia Episcopal de Inglaterra y Gales, Departamento de Justicia Social, 2020. "Covid-19 and Vaccination".

C . Líneas guía de la Comisión Vaticana Covid-19

14. Para una mayor claridad sobre el trabajo de la Comisión, se indican a continuación algunas líneas guía para su trabajo en relación a la vacuna. La intención general es obtener una vacuna segura y eficaz contra el Covid-19 de modo en que el tratamiento esté disponible y al alcance de todos; con especial atención a los más vulnerables, respetando el principio de la equidad a lo largo del proceso de desarrollo y distribución de la vacuna (investigación, diseño, producción, financiación, distribución, programas de vacunación y aplicación). La transparencia y la comunicación adecuada son esenciales para fomentar la confianza y la adhesión al proceso²⁰.

15. **Objetivo 1. Evaluación ético-científica.** Con base en los conocimientos científicos disponibles, la Comisión podrá expresar valoraciones sobre la calidad, la metodología y el precio de la vacuna que permita su distribución equitativa.

Medidas necesarias: Colaborar estrechamente con las principales organizaciones que están desarrollando, evaluando, suministrando y administrando vacunas con la posibilidad, según la necesidad, de expresar opiniones sobre las posiciones públicas sobre la calidad/equidad de propuestas para distribución y utilización. Para ello, la Comisión pretende disponer de la información científica más precisa posible, y valerse de diversas capacidades para revisar las estrategias de distribución de vacunas, en particular con respecto a las repercusiones sobre los grupos sociales más vulnerables. Como señala el Santo Padre Francisco: "No podemos dejar que los nacionalismos cerrados nos impidan vivir como la verdadera familia humana que somos". Debemos procurar "vacunas para todos... ¡[poniendo] en primer lugar a los más vulnerables y necesitados, especialmente para los más vulnerables y necesitados!"²¹.

16. **Objetivo 2. Cura global con "sabor local"**²². Una cura global que considere y mejore las situaciones locales: se pretende confeccionar recursos para asistir a

20 "The imbalanced and opaque sequence that characterized the early distribution of the limited supplies of the drug remdesivir should serve as a cautionary tale. The same mistakes must not be repeated.7 Only transparent and consistently applied allocation procedures will ensure public trust, especially in the case of vaccines. Ensuring that the allocation of vaccines is effective, fair, and justifiable to all is a priority that must not be compromised." In: Wu, J.H., John, S.D, and Adashi E.Y., 2020, op. cit.

21 Francisco, 2020. "Mensaje Urbi et Orbi de Navidad", 25 de diciembre 2020.

22 Francisco, 2020. Fratelli Tutti.Sobre la fraternidad y la amistad social, n. 143.

Iglesias locales en la preparación de esta iniciativa y de protocolos de tratamientos aptos para comunidades particulares.

Medidas necesarias: Trabajar estrechamente con Diócesis y comunidades cristianas alrededor del mundo para comprender las distintas exigencias y utilizar esta información para elaborar propuestas sólidas, recomendaciones y herramientas apropiadas para responder a sus diversas necesidades. Esto comenzará escuchando atentamente a las iglesias locales para ayudarles a apoyar las estructuras y acciones de sus gobiernos y otras agencias.

17. Objetivo 3. Colaboración y Participación. Mantener una estrecha colaboración con diversas organizaciones a fin contribuir con la planificación, ejecución y evaluación de las recomendaciones para la administración de vacunas en todo el mundo.

Medidas necesarias: Trabajar con representantes de las principales organizaciones e instituciones involucradas, así como organizaciones mundiales de salud, ONGs y organizaciones de donantes, para asistir en el desarrollo, la evaluación y participación en diversas soluciones.

18. Objetivo 4. Unir fuerzas. Colaborar de manera fructífera con los Grupos de Trabajo de la Comisión y otros grupos eclesiales, para elaborar las mejores propuestas posibles para los pueblos.

Medidas necesarias: Trabajar con los grupos de la Comisión, dentro del marco de Laudato Si' y Fratelli Tutti, considerando sus sugerencias para las recomendaciones finales de la Comisión.

19. Objetivo 5. Liderazgo: Profundizar la competencia y comprensión de la Iglesia en sus esfuerzos por proteger y promover la dignidad que Dios nos ha donado a todos.

Medidas necesarias: Ayudar a la Iglesia universal y al mundo a articular las razones para enfrentar este desafío como una familia global. La Iglesia puede desempeñar un rol catalizador para abordar este desafío de manera que refleje la conciencia y el respeto de la dignidad de todas las personas.

20. Objetivo 6. La Iglesia al servicio de la "sanación del mundo"²³. Dar ejemplos explícitos y legibles que ayuden, entre otras cosas, a lograr el objetivo de la distribución equitativa de las vacunas y la atención médica.

Medidas necesarias: Utilizar creativamente las voces de la Iglesia en todo el mundo para hablar, exhortar y ayudar a garantizar que las vacunas y la atención de calidad estén disponibles para nuestra familia mundial, especialmente las personas vulnerables. La Iglesia puede ayudar de muchas maneras, a través de las Conferencias Episcopales, las redes de salud y educación (escuelas y universidades), las numerosas organizaciones eclesíásticas que llegan a los pobres, las comunidades de fe, etc. Evaluar la posibilidad de hacer donaciones a grupos que operan para obtener atención y vacunas para los más necesitados.

**Comisión Vaticana Covid-19 en colaboración
con la Academia Pontificia para la Vida**

23 Cfr. Francisco, 2020. Sanar el mundo: Catequesis sobre la pandemia. Vaticano: LEV.