Pontificia Universidad Católica Argentina – Facultad de Ciencias Médicas – Instituto de Bioética

VIDA Y ÉTICA

Publicación semestral del Instituto de Bioética

25 años

EDICIÓN ANIVERSARIO

ISSN 1515-6850

UCA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

AÑO 26 N° 2 DICIEMBRE 2025

VIDA Y ÉTICA

AÑO 26 Nº 2 2025

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

TELÉFONO / FAX
(+5411) 4338-0634

E-mail
bioetica@uca.edu.ar

Web
https://uca.edu.ar/es/facultades/instituto-de-bioetica

PERIODICIDAD
SEMESTRAL

INDEXADA EN
Latindex Catálogo 2.0, Malena, Ebsco, Dialnet, LatinREV, Worldcat, Siu Bdu, Red de Repositorios Latinoamericanos, Repositorio UCA

DIRECCIÓN Pbro. Lic. Rubén O. Revello

COORDINACIÓN PERIODÍSTICA Lic. Cecilia Díaz Arévalo

DISEÑO Y EDICIÓN María Alejandra Ferrice

TRADUCCIÓN Y CORRECCIÓN DE RESÚMENES CODE Servicio Lingüístico

AÑO 2025

ISSN 1515-6850

e-ISSN 2683-6998

Queda hecho el depósito legal que marca la ley 11.723. Derechos reservados. Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. CC-BY-NC-SA

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. 11 UN ENFOQUE TELEOLÓGICO DEL TRASTORNO MENTAL
Juan José Sanguineti

pág. 45 EL ASENTIMIENTO Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA: CUESTIONES BIOÉTICAS Y LEGALES.
María Agustina Toscani Gómez, Miguel Del Valle, María Laura Garau, Claudia Vukotich

pág. 65 CARNE CULTIVADA, BIOTECONOLOGÍA Y SOCIEDAD: ANÁLISIS BIOÉTICO A PARTIR DEL METODO TRIANGULAR
Silvia Birnenbaum y Gerardo Perazzo

OPINIÓN Y COMENTARIOS

pág. 103 REFLEXIONES SOBRE LA AUTOLESIÓN ADOLESCENTE. PROPUESTA DESDE LA BIOÉTICA PERSONALISTA
Julio Cesar Marini

pág. 119 CUANDO LA INVESTIGACIÓN SE VUELVE ENCUENTRO: APRENDIZAJES DESDE EL TRABAJO COLABORATIVO DE KAREN ANN QUINLAN
Gerardo Perazzo y Silvia Birnenbaum

pág. 129 EL CUIDADO DE PERSONAS EN RIESGO DE SUICIDIO INSPIRADO EN EL MENSAJE DE LA ESPERANZA CRISTIANA
Guillermo Juárez

pág. 147 LA FORMACIÓN ACADÉMICA EN PROFESIONALES DE LA SALUD. UN ENFOQUE ANTROPOLÓGICO Y ÉTICO CLAVE PARA LA HUMANIZACIÓN.
Raquel Bolton

pág. 163 VOLVER A LA PERSONA EN LAS POLÍTICAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA
Rodrigo Guerra López

DOCUMENTOS

pág. 179 LA ESPERANZA NO DEFRAUDA" (ROM 5,5) EN EL MARCO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER
Conferencia Episcopal Argentina

pág. 181 CARTA APOSTÓLICA DISEÑAR NUEVOS MAPAS DE ESPERANZA CON OCASIÓN DEL LX ANIVERSARIO DE LA DECLARACIÓN CONCILIAR GRAVISSIMUM EDUCATIONIS
Papa León XIV

pág. 195 MENSAJE A LOS PARTICIPANTES EN EL CONGRESO INTERNACIONAL DE LA ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA "IA Y MEDICINA: EL DESAFÍO DE LA DIGNIDAD HUMANA"
Papa León XIV

pág. 199 DISCURSO DEL SANTO PADRE LEÓN XIV A LOS PARTICIPANTES EN EL SEMINARIO DE ÉTICA EN EL GERENCIAMIENTO DE LA SALUD
Papa León XIV

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

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

Rector
Dr. Miguel Ángel Schiavone

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

Decano Facultad de Ciencias Médicas
Dr. Horacio Caviglia

Director
Instituto de Bioética
Pbro. Lic. Rubén Revello

Coordinador
Instituto de Bioética
Mg. Dr. Gerardo Perazzo

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

UCA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

VIDA Y ÉTICA DIRECTOR

Pbro. Lic. Rubén Revello
Pontificia Universidad Católica Argentina, Argentina

VIDA Y ÉTICA COMITÉ EDITORIAL

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

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

Dr. Jorge Nicolás Lafferriere
Pontificia Universidad Católica Argentina, Argentina

Dr. Mg. Enrique Numa Banti
Pontificia Universidad Católica Argentina, Argentina

COMITÉ CIENTÍFICO

Prof. Dr. Dario Sacchini
Università Cattolica del Sacro Cuore. Italia

Dr. Prof. Sergio Götte
Universidad Católica del Uruguay, Uruguay

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

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

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

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

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

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

EDITORIAL

Queridos lectores:

Es un honor presentarles este número de nuestra revista, que reúne contribuciones de notable profundidad académica y relevancia práctica en torno a desafíos bioéticos contemporáneos de extraordinaria urgencia. Los trabajos que componen esta edición convergen en un eje común que define el núcleo mismo de nuestra disciplina: la centralidad inalienable de la persona humana como horizonte de comprensión, interpretación y acción en los ámbitos de la salud, la investigación, la tecnología y las políticas públicas.

Los desafíos contemporáneos en salud mental, investigación biomédica, innovación tecnológica y políticas sanitarias exigen una reflexión capaz de integrar fundamento antropológico, análisis normativo y discernimiento prudencial. Este número propone precisamente ese ejercicio: pensar los problemas actuales sin ceder a reduccionismos, ni biologicistas ni tecnocráticos, y sin desvincular la reflexión ética de las condiciones históricas y culturales concretas en las que se despliega.

La sección de *Artículos* se abre con el trabajo del Pbro. Dr. Juan José Sanguinetti, quien desarrolla un enfoque teleológico del trastorno mental que permite comprender el padecimiento psíquico desde la estructura finalista de la

acción humana y la unidad sustancial de la persona. Su propuesta ofrece herramientas conceptuales de gran relevancia para evitar tanto la medicalización reductiva como las interpretaciones puramente funcionales de la salud mental.

En continuidad con esta preocupación por el estatuto de la persona, el artículo de la Mg. María Agustina Toscani Gómez, el Dr. Miguel del Valle, la Dr. María Laura Garau y la Lic. Claudia Vukotich aborda el asentimiento y el consentimiento informado en la investigación pediátrica, articulando con precisión la dimensión bioética y el marco jurídico argentino. La propuesta de implementación que presentan constituye un aporte concreto para los comités de ética en investigación, particularmente en contextos donde la vulnerabilidad exige criterios claros y operativos. Cierra esta sección el estudio de la Mg. Silvia Birnenbaum y el Dr. Gerardo Perazzo sobre carne cultivada, biotecnología y sociedad, quienes, mediante el método triangular, ofrecen un modelo de análisis que integra datos científicos, impacto social y fundamentación ética, mostrando cómo el discernimiento bioético debe acompañar de modo crítico los desarrollos tecnológicos emergentes.

La sección *Opinión y Comentarios* profundiza estas cuestiones desde una perspectiva más aplicada. El Dr. Julio César Marini reflexiona sobre la autolesión adolescente a partir de la bioética personalista, subrayando la necesidad de comprender el sufrimiento juvenil en su dimensión relacional y existencial. Por su parte, el Dr. Gerardo Perazzo y la Mg. Silvia Birnenbaum, al retomar el caso Karen Ann Quinlan, destacan cómo la investigación y el debate bioético pueden transformarse en espacios de encuentro, aprendizaje compartido y responsabilidad comunitaria.

En esta misma línea, el Dr. Fray Guillermo Juárez propone una reflexión sobre el cuidado de personas en riesgo de suicidio, integrando la dimensión espiritual y la esperanza cristiana como horizonte de acompañamiento auténticamente humano. La Dra. Raquel Bolton examina la formación académica de los profesionales de la salud, señalando la urgencia de una educación que no reduzca la práctica sanitaria a competencia técnica, sino que la fundamente en una antropología sólida. Finalmente, el Dr. Rodrigo Guerra López ofrece una reflexión de alcance regional al invitar a volver a situar a la persona concreta en el centro de las políticas de salud en América Latina, superando lógicas meramente instrumentales o economicistas.

El número se completa con documentos nacionales e internacionales de particular relevancia. El mensaje de la Conferencia Episcopal Argentina en el marco del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer recuerda la responsabilidad social e institucional ante toda forma de violencia. Asimismo, los textos del Papa León XIV sobre educación, inteligencia artifi-

cial, medicina y ética en la gestión sanitaria aportan criterios orientadores que iluminan los debates actuales desde una perspectiva de dignidad humana y bien común.

En conjunto, este número expresa el compromiso permanente de *Vida y Ética* con una bioética personalista, interdisciplinaria y situada en la realidad latinoamericana. Fiel a su identidad académica y eclesial, la revista busca ofrecer un espacio de reflexión que no se limite al análisis teórico, sino que contribuya a formar criterios, inspirar decisiones prudentes y promover políticas y prácticas sanitarias verdaderamente orientadas al servicio de toda persona humana.

P. Rubén Revello
Director del Comité Editorial
Revista Vida y Ética

UN ENFOQUE TELEOLÓGICO DEL TRASTORNO MENTAL

A TELEOLOGICAL ACCOUNT OF MENTAL DISORDER

Fecha de recepción: 11/09/2025
Fecha de aceptación: 02/12/2025

JUAN JOSÉ SANGUINETI

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5022-9688
Contacto: jjsanguineti@gmail.com

- Presbítero argentino, incardinado en la Prelatura del Opus Dei.

  Doctor en Filosofía y Letras por la Universidad de Navarra (Pamplona, España).

  Profesor emérito de Filosofía del conocimiento en la Facultad de Filosofía de la Pontificia Universidad de la Santa Cruz (Roma), donde fue Decano.

  Profesor titular y director de investigación en el Instituto de Filosofía de la Universidad Austral (Pilar, Argentina).

  Profesor Visitante en varias universidades latinoamericanas. Publicó 23 libros y unos 150 de artículos sobre temas filosóficos.

  Miembro de la Pontificia Academia de Santo Tomás de Aquino y de la Sociedad Tomista Argentina.

Instituto de Bioética / UCA - Vida y Ética Año 26 Nº 2 Diciembre 2025
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. CC-BY-NC-SA

RESUMEN

Este artículo estudia la salud mental y los trastornos mentales desde una perspectiva filosófica. Partiendo de una caracterización teleológica de la vida cognitiva, las disfunciones mentales pueden considerarse deficiencias en la capacidad para realizar las operaciones inherentes a la sensibilidad y al nivel intelectual-volitivo de la persona. Sin embargo, defectos, trastornos, vicios y diferencias no son lo mismo. Las causas de las deficiencias mentales son múltiples. La libertad humana puede intervenir en la trama dinámica de dichas disfunciones, teniendo en cuenta las modalidades, los contextos, el entorno y las relaciones interpersonales. El tratamiento de los trastornos mentales es prudencial. Una sección está dedicada a la perspectiva tomista de las patologías mentales. A lo largo del artículo se muestra cómo la salud mental, las virtudes, los hábitos y el estado de la cultura están interconectados.

Palabras clave: Salud, Enfermedad, Normalidad, Salud mental, Trastorno mental (o psíquico), Criterio teleológico, Estigma, Vulnerabilidad, Defectos, Concupiscencia, Trastorno sexual psíquico, Terapia, Libertad

ABSTRACT

This article addresses the issue of mental health and mental disorders from a philosophical perspective. Starting from a teleological characterization of cognitive life, mental dysfunctions can be viewed as deficiencies in the capacity to perform the operations inherent to a person's sensitivity and intellectual-volitional level. However, defects, disorders, vices, and differences are not the same. The causes of mental deficiencies are multiple. Human freedom can intervene in the dynamic framework of such dysfunctions, considering the modalities, contexts, environment, and interpersonal relationships. The treatment of mental disorders is prudential. A special section is dedicated to the Thomistic view of mental pathologies. Throughout the article it is shown how mental health, virtues, habits, and the state of culture are interconnected.

Keywords: Health, Illness, Normality, Mental health, Mental or Psychic disorder, Teleological criterion, Stigma, Vulnerability, Defects, Concupiscence, Psychic sexual disorder, Therapy, Free will

1. INTRODUCCIÓN

Las expresiones de salud y enfermedad mental –o trastorno mental– remiten a un contexto psicológico que guarda una analogía con las nociones de salud y enfermedad física. Según la distinción entre alma y cuerpo, así como hay disfunciones físicas llamadas enfermedades, así también hay disfunciones psíquicas que podemos denominar igualmente enfermedades (una situación de la que el sujeto no es responsable, sino que la padece). Los trastornos psíquicos están constituidos por una incapacidad de realizar prestaciones mentales o psíquicas, como entender frases, hacer razonamientos, estar atentos, recordar, planificar, decidir, etc. Clásicamente, el nivel máximo de estas incapacidades estaría en la pérdida del uso de la razón, la cual si es crónica da lugar a la igualmente clásica noción de locura. El nombre de "mental" quizá tiene una connotación dualista. Propiamente los desórdenes psíquicos son psicosomáticos.

En un cuadro más amplio, hay que distinguir entre vulnerabilidades, propensiones, defectos, trastornos patológicos, vicios, simples diferencias psicológicas. Si ser psíquicamente sanos se entiende como algo parecido a ser *normales*, cabe pensar que la normalidad sería sólo una condición de base, pero no una meta, porque estamos destinados a la expansión o al florecimiento de nuestras capacidades. Además, hay situaciones de excelencia, como las genialidades o talentos especiales, que están "fuera de la norma" por exceso y no por defecto.

El tema es complejo porque el ser humano tiene muchos aspectos y niveles y en todos ellos entra lo normal y lo anormal por exceso o por defecto, y hay modos de ser que no son ni mejores ni peores sino variaciones. Las dimensiones en las modalidades psicológicas de las personas son cognitivas, emocionales, conductuales, relacionales, y cualquier característica en una de ellas afecta a las demás sinérgicamente, porque el conocimiento va acompañado de afectos, estos a su vez llevan a la acción, y estos aspectos además se nutren y crecen en relación con los demás y con el ambiente.

En este artículo se verá con algún detenimiento la noción de trastorno mental, sus dimensiones y sus causas, sin una pretensión exhaustiva, porque el tema es inmenso y hoy está sometido a debate. Pero hay que distinguir entre las discusiones teóricas y las prácticas médicas y sociales, donde el "sentido común" suele prevalecer, aunque no sea infalible, por encima de las inacabables opiniones. El artículo se inspira en la filosofía aristotélica de la vida, tal como es asumida por

Tomás de Aquino[1]. El punto central de la concepción de la vida en el aristotelismo es el finalismo inmanente de la naturaleza hilemórfica de los vivientes.

2. SALUD Y NORMALIDAD

Para afrontar las nociones de salud y trastorno mental conviene comenzar por lo básico, que son las nociones biológicas de salud y enfermedad. Esclarecer estas nociones es una tarea de la filosofía de la medicina, cuyo objeto es mantener y restablecer la salud y tratar de superar las enfermedades. Ya Aristóteles señalaba que el filósofo natural tiene que estudiar la salud y la enfermedad[2].

Para Aristóteles la salud es un hábito[3], es decir, una disposición estable y bien ordenada de las partes del cuerpo viviente en orden a la buena realización de sus funciones[4].

A partir de aquí cabe intentar entender qué significa estar sanos. Sólo los vivientes pueden estar sanos o enfermos, así como sólo ellos nacen y mueren. Un viviente se enferma (*infirmitas* en latín significa "falta de firmeza", debilidad) cuando pierde de modo prolongado y no ocasional la capacidad de realizar algunas de sus funciones vitales, al menos en parte, no por impedimentos externos sino por algún defecto de su constitución orgánica. Si la noción de vida es teleológica –el viviente tiene finalidades inmanentes, como crecer, alimentarse, sobrevivir, adaptarse al ambiente–, entonces también el criterio de enfermedad es teleológico. Al mismo tiempo, es un criterio contextual, relativo a la especie, porque las funciones vitales no son las mismas en las diversas especies, ni cualitativa ni cuantitativamente. Si nosotros viéramos como ve una mosca, tendríamos una

1 Las obras de Santo Tomás se citarán sin mencionar su nombre en las notas.

2 Cfr. Aristóteles. Parva Naturalia, 436 a 18. No se conoce una obra aristotélica dedicada a este tema, aunque sí hay observaciones médicas dispersas en sus estudios: cfr. Crespo Saumell 2017; Wulff 1999.

3 Cfr. Aristóteles. Metafísica, V, 1022 b 10. Santo Tomás recoge esta noción en S. Th., I-II, q. 49, a. 1 y a. 3. Cfr. Dobson 2014.

4 Cfr. Aristóteles, Historia Animalium, X, 633 b 23, recogido por el Aquinate en S. Th., I-II, q. 49, a. 3, ad 3: "homo dicitur sanus, vel membrum aliquod, quando potest facere operationem sani". En el lugar citado el Estagirita precisa que ese cumplimiento de la operación vital debe realizarse, además, sin fatiga y sin dolor, es decir, fácilmente y de modo agradable.

enfermedad de la vista, pero para la mosca la modalidad de su aparato visivo bien ejercida implica su "salud visual".

En la concepción teleológica de la vida está implicada la vulnerabilidad (o contingencia: poder perder cualidades). Los vivientes son pasibles de enfermarse y, en definitiva, de morir, lo cual en cierto modo es lo opuesto a la finalidad inmanente propia de la vida, que es el mismo vivir. Sin embargo, el envejecimiento, por el que las fuerzas vitales se atenúan y se aproximan a la muerte, no es una enfermedad, sino un proceso "normal" en el cuadro de la evolución temporal de la vida.

En lo que se lleva dicho apareció la noción de "normalidad dentro de una especie". ¿Qué es ser normales? De un modo más amplio, la conducta, el modo de ser o las cualidades de los individuos dentro de un grupo se dicen *normales* cuando son habituales en la mayoría dentro de ese grupo o incluso dentro de un subgrupo. En definitiva, se trata de un criterio estadístico, fáctico, por lo que podría decirse también, por ejemplo, que dentro de un grupo en el que la mayoría tiene una opinión (normalidad como promedio en la curva de Gauss) resulta también "normal" que haya un subgrupo que disienta, mientras que, por el contrario, sería "raro" o "extraño" que no hubiera nadie que disiente.

Pero estar sanos orgánicamente, sin enfermedades, es "normal" no sólo por un criterio estadístico, sino en el sentido teleológico (objetivo) arriba mencionado. Boorse asoció ambos criterios para establecer la noción de salud, el de la normalidad y el relativo a las funciones biológicas (ausencia de enfermedad) (Boorse 1977; Boorse 1997; Schwartz 2014). Esta tesis, llamada *bio-estadística*, corresponde a lo que suele denominarse *naturalismo* respecto a la noción de salud/enfermedad, contrapuesta al *normativismo*, que conceptualiza la salud como un valor normal socialmente aceptado, con implicaciones políticas[5].

Una acentuación extremista del normativismo llevaría a la visión *woke* según la cual admitir la dicotomía entre individuos "normales" y "anormales" (enfermos) sería autoritaria, injusta y discriminatoria. Pero una cosa es tratar injustamente a los que padecen una enfermedad en vez de ayudarles y otra es disolver la noción de lo que es sano y enfermo. La teoría *woke* es auto-contradictoria, porque en su

5 Para una discusión sobre estas dos posiciones y otras intermedias, cfr. Thorell 2024; Catita 2020.

relativismo tampoco permite considerar coherentemente que algunos actúan de modo injusto (sería también discriminarlos) (Malo 2024).

Canguilhem (1971) puso en relación los conceptos de salud/enfermedad con las valoraciones sociales. Sus tesis influyeron en la conceptuación de la enfermedad de Michel Foucauld, quien oscilaba entre el reconocimiento de una objetividad biológica de la enfermedad y la construcción social (Fortanet Fernández 2022) James Lennox sostiene, en cambio, una visión objetiva y realista de la enfermedad, pues es compatible hacer una afirmación objetiva de algo y a la vez reconocer su valor (Lennox 1995; ver también Murillo 2008).

La mayoría de los individuos pertenecientes a una especie son sanos "normalmente" (puede que no, por ejemplo, en una epidemia) porque pueden ejercer sus operaciones o funciones vitales de acuerdo con el grado de desarrollo en que están situados –en este sentido los enfermos suelen ser un subgrupo minoritario–, pero no por una cuestión meramente fáctica, sino porque pueden ejercer ciertas funciones vitales propias de la especie (se podría especificar también el contexto de la edad). No poder hacerlo por causas endógenas es un mal físico, es decir, implica una incapacidad, una disfunción o una enfermedad.

El criterio teleológico de normalidad equivalente a la salud orgánica corresponde a la noción aristotélica de *naturaleza*, entendida como un modo de ser característico de las cosas físicas y especialmente de los vivientes. Para los animales es *natural* tener sensaciones, sentir placer o dolor, comportarse según determinados instintos. Es natural también que el viviente, al ser vulnerable, pueda enfermarse y que de hecho se enferme por diversas causas (genéticas, climáticas, alimenticias, etc.).

El criterio se contextualiza en la especie, como se vio, porque lo que es natural para una especie no lo es para otra (aunque haya aspectos comunes a todos los vivientes) y, precisando aún más la noción, al grado de desarrollo, al sexo y a la situación del individuo en un ambiente. Por otro lado, el cumplimiento de las funciones naturales admite variaciones, defectos y excelencias, y un mejoramiento (aprendizaje) dentro de ciertos límites.

En los vivientes sensitivos (animales), la enfermedad suele padecerse con sufrimiento o dolor, mientras que la salud se manifiesta afectivamente como una situación agradable, placentera, lo que constituye la noción de "bienestar físico". Esto es así, una vez más aristotélicamente, porque el despliegue de las funciones vitales es agradable, aunque pueda incluir dolor cuando choca con obstáculos. En síntesis, puede decirse que en los vivientes cognitivos la salud orgánica es el bien

del organismo (aspecto vegetativo), un bien sentido con placer (aspecto sensitivo), y que por el contrario la enfermedad es un mal orgánico que se siente (aunque no siempre) dolorosamente.

Por otra parte, el viviente es complejo y se comprende sólo sistémicamente. No es un conjunto de funciones aisladas, sino una totalidad dinámica e integrada, por lo que tradicionalmente la salud ha sido vista como una armonía entre partes y funciones del cuerpo viviente, lo que es equivalente a la noción de organismo. Una disfunción en un sector provoca alteraciones en otros sectores, y esto siempre implica una relación (negativa) con el ambiente, porque las funciones vitales contienen una interacción con el entorno y especialmente con otros vivientes. El conjunto armonioso o bien ordenado funciona, así, como una totalidad en desarrollo y en situación. El viviente crece en la implementación de sus funciones hasta llegar a un *optimum*. De aquí surgen procesos y causalidades complejas que admiten márgenes de error o deficiencias, las cuales si se agravan y prologan demasiado dan lugar a una patología (palabra que en griego connota sufrimiento).

El criterio teleológico-natural (aristotélico) de lo sano y enfermo aquí presentado no podría ser acogido dentro una concepción positivista que se atiene sólo a lo fáctico y margina el finalismo natural intrínseco. Es difícil, sin embargo, que un biólogo, aunque sea positivista, rechace la noción de enfermedad, demasiado evidente. En el mejor de los casos, un positivista podría configurar lo patológico según criterios pragmáticamente aceptados, de un modo tal que al final resulta convencional, es decir, proclive al relativismo, lo que favorece las concepciones postmodernas y de-constructoras de lo que es normal y lo patológico.

La normalidad estadística es un criterio cuantitativo orientativo para conocer tipológicamente lo que es natural y lo patológico, pero no es decisivo si no analizamos las causas y sobre todo si no contamos con las finalidades inmanentes de la vida. El punto difícil es quizá aceptar la noción de vida desglosada en ciertas funciones, y más aún, como dijimos, con relación a una especie. Conocemos la naturaleza de los vivientes por inducción, no apriorísticamente y, por supuesto, de modo imperfecto y abierto, lejos de un esencialismo platónico. Al determinar inductivamente cuáles son las funciones vitales, genéricas y específicas, aprendemos a reconocer las enfermedades, sus causas, modalidades y evolución, sus síntomas y consecuencias, y en base a esto se suele proponer científicamente (antes se hacía de modo popular) una clasificación de las enfermedades que permite su

reconocimiento (diagnóstico) y su posible curación (terapia), aun admitiendo la posibilidad de errores y la necesidad de correcciones[6].

3. NOCIÓN DE TRASTORNO PSÍQUICO

a) El criterio teleológico

Una vez establecida la noción de salud y enfermedad biológica, resulta más fácil pasar por analogía a la noción de salud y enfermedad psíquica, hoy denominada preferentemente trastorno psíquico, como dije arriba. Tenemos capacidades psíquicas (o "mentales") naturales, como ser conscientes, poder reconocerse a uno mismo, poder hablar correctamente, saber dialogar, comprender los estados de ánimo ajenos, distinguir lo real de lo imaginario, estar atentos, razonar coherentemente, seguir el hilo de un pensamiento, recordar, decidir, dominar emociones. Estas capacidades forman un todo estructural y dinámico, con niveles y nexos causales. Corresponde a la psicología estudiarlos como totalidad funcional (distinguiendo sectores, como por ejemplo la cognición, la afectividad, el lenguaje, los hábitos).

Las capacidades psicológicas naturales tienen formas variadas de manifestarse según la cultura y las características personales (temperamentales, caracteriales, regionales, conforme al sexo, la formación recibida, la dedicación profesional, etc.), formas que algunas veces pueden incluir un más y un menos (grados) y que pueden implicar una valoración, siempre contextual (hay personas que tienen una memoria más fuerte, otras más débil, y lo mismo puede decirse de otras capacidades psíquicas, pero hay que especificar en qué o para qué). Sin embargo, no siempre es así, ya que en otros casos las diferencias y los grados no son ni peores ni mejores (hay personas muy habladoras, otras son más calladas). Además, las capacidades se desarrollan a lo largo del tiempo (un niño empieza a hablar a

6 La Organización Mundial de la Salud (OMS, o WHO según las siglas en inglés) definió a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (ver referencia en la bibliografía). Es una definición compatible con cuanto se ha visto, centrada en la noción algo genérica y quizás demasiado subjetiva de "bienestar", y algo cuestionable a causa del término "completo", ya que se puede pensar que la salud no es nunca plena o completa. Por otra parte, de esta definición no se excluye la noción de enfermedad, como puede verse, pero con el riesgo de caer en tautología, ya que la enfermedad, no definida como tal por la OMS, suele entenderse como pérdida de la salud. Para Schramme (2023), el término "completo" de esa definición debe entenderse en el sentido de "holístico", y no como perfección.

cierta edad, y nos preocupa si tarda más tiempo del debido en hacerlo), un punto que tiene que ver con la contextualidad temporal.

El criterio teleológico arriba mencionado para determinar lo sano y lo enfermo físico puede ser útil para tratar de entender de alguna manera lo sano y enfermo psíquico[7], si bien no hay una estricta simetría entre la enfermedad física y el trastorno mental. La dificultad para llegar a una definición rigurosa de trastorno mental es su enorme amplitud y variedad. La noción es ampliamente analógica: tiene muchos sentidos (Abud 2025). No es posible poner un límite exacto entre lo que quizá es un defecto, más o menos acusado, y lo que desborda sus límites y se transforma en algo patológico (por ejemplo, alguien puede ser impuntual, como defecto personal, pero si sistemáticamente no es capaz de controlar sus tiempos y planificar sus actividades, sufre de una patología). La cultura, basada en cierto "sentido común", categorializa las afecciones patológicas de un modo orientativo, que puede ser certero o inadecuado, pero la ciencia (medicina, psiquiatría), con su pretensión de objetividad, tiende en lo posible a identificar lo que es un comportamiento patológico de modo transcultural, aunque lo transcultural tiene manifestaciones culturales propias.

Este estudio no pretende llegar a una noción absolutamente precisa de trastorno psíquico, cosa imposible. Sólo se propone que el criterio aristotélico teleológico, ligado a la noción de naturaleza, es la mejor perspectiva que podemos asumir para orientarnos en este difícil campo. Otro criterio sería el desequilibrio psíquico, dentro el cuadro jerárquico y sistémico de las potencias humanas propio de la psicología tomista (Cavalcanti Neto 2017). Ambas nociones son complementarias. Pero el criterio teleológico va a lo esencial. Los desequilibrios

7 En el mundo académico y clínico no existe una definición aceptada de salud mental, aunque sí hay formulaciones descriptivas orientativas, pero inevitablemente genéricas, que aluden al bienestar psicológico, al equilibrio entre las diversas funciones psíquicas, a la capacidad de realizar habilidades y trabajar, al dominio de las emociones, a las capacidades empáticas y de construir buenas relaciones con los demás, a la capacidad de afrontar adversidades. El criterio teleológico de salud mental es coherente con estas descripciones (Cabanyes, Monge 2017; Galderisi 2024, donde salen las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la American Psychological Association (APA). Lo mismo puede decirse de la noción de enfermedad mental (Cabanyes, Monge 2017), donde se lee que "la enfermedad mental es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo considerado como anormal con respecto al grupo social al que pertenece el individuo" (capítulo de A. Seva Fernández, p. 163), una noción algo insuficiente, tanto por la relatividad de lo que es "normal", como por la contingencia de lo que un grupo social considere que algo es "normal" o no.

(por ej., la incapacidad de inhibir reacciones emotivas) impiden el cumplimiento de los fines de la vida sensitiva e intelectiva.

A continuación, se indicará una acepción más completa del criterio teleológico del trastorno mental. Los vivientes cognitivos, pensando principalmente en los seres humanos, tienen capacidades psíquicas (o derivadas) naturales que en las condiciones oportunas ambientales y en sus tiempos pueden ejercerse dentro de ciertos márgenes y con modalidades muy variadas, sobre todo si son complejas. El sujeto que puede ejercerlas en tales condiciones está mentalmente sano respecto a esas capacidades. Si una capacidad está impedida por causas inherentes al sujeto (no externas), que podemos desconocer, estamos ante algún trastorno psíquico, obviamente si la incapacidad es grave y persistente, sistemática y no ocasional, porque si es leve estaremos ante la presencia de un defecto (por ejemplo, ser algo distraídos). Además, el desorden no es querido, sino padecido, al revés de lo que sucede en un vicio moral. El sujeto se ve inhabilitado para realizar ciertas operaciones o tareas. Una señal de la gravedad del trastorno es que la incapacidad psíquica en cuestión desorganiza la vida del paciente en muchos aspectos y que el sujeto no es capaz de librarse fácilmente de ella, como en cambio suele suceder en los defectos, sean morales o respecto a diversas habilidades, aunque sí puede intentar superar el trastorno, por compensaciones o tratando de atenuar o controlar sus efectos, y obviamente a veces podrá curarse (por ejemplo, en las adicciones).

Se presupone aquí, aristotélicamente, que los sujetos cognitivos tienen capacidades *naturales*, cuyo desarrollo está siempre mediado por la cultura. Son capacidades naturales, por ejemplo, poder conversar con los demás, poder conocer de alguna manera sus estados de ánimo, recordar lo que hemos hecho en el día, recordar nuestros nombres e identidad, reconocer el rostro de los demás, y así siguiendo. Psicológicamente podemos agrupar estas capacidades en las áreas del conocimiento, la conciencia, la afectividad, la voluntad y la conducta, y esto tanto a nivel de actos como de hábitos.

El ejercicio o el comportamiento "normal" o "anormal" de esas capacidades puede ser un índice de salud o de trastorno mental, siempre que se presuponga lo que se acaba de decir, como de hecho suele hacerse en la práctica. Por eso, por ejemplo, si un niño de cierta edad y escolarizado no consigue realizar ciertas operaciones mentales (matemáticas, lingüísticas), dentro de un contexto cultural en el que "lo normal" (curva de Gauss) es poder realizarlas, estaremos ante la presencia de un posible déficit cognitivo cuya causa habrá que averiguar. La mediación cultural, como dijimos, es siempre necesaria. Si el niño no está

alfabetizado no podrá salir airoso en tests que impliquen saber leer y escribir, y no por eso tendrá una deficiencia mental. Nadie puede entender ciertas cosas sin una adecuada preparación.

En el campo cognitivo, la mente humana puede caer en errores de juicio o perceptivos por diversos motivos razonables: opiniones falsas epistémicamente no fundadas, ilusiones ópticas, confianza irreflexiva en una teoría. Estos errores no son trastornos psíquicos. En cambio, cuando Don Quijote ve gigantes en los molinos de viento, estamos ante un desorden psíquico y no ante una falsa opinión. Se trata de una distorsión interpretativa de la realidad, asociada normalmente a un estado de delirio. El criterio para diagnosticar este tipo de distorsiones y distinguirlo de otros estados psíquicos (por ejemplo, apariciones sobrenaturales reales o presuntas) es contextual e incluye un conjunto de factores. El diagnóstico puede ser sencillo en algunos casos (por ej., si alguien ve de pronto la llegada de alienígenas verdes a la tierra), y no tanto en otros casos (por ej., convicciones obsesivas sobre ciertos temas, teorías conspirativas). En cualquier caso, el criterio teleológico se mantiene en pie. En el ejemplo propuesto el sujeto es incapaz de percibir bien la realidad a causa de un defecto funcional de sus capacidades cognitivas.

b) ¿Trastorno psíquico o psicofísico?

La incapacidad psíquica es una privación estable, la no-posesión de una cualidad que sería natural tener y que por algún motivo no se tiene o se ha perdido. Por eso es un mal y no la simple ausencia de una característica. Pero es un mal psíquico, no físico. Sin embargo, una rígida distinción entre lo físico y lo mental o psíquico implicaría un dualismo, inaceptable en la visión tomista hilemórfica de los vivientes. Casi todo en el viviente intencional es de alguna manera físico (biológico, material) y psíquico (ámbito de las sensaciones, las emociones, la percepción, etc.). Sin embargo, hay niveles, porque no es lo mismo un dolor de cabeza que una situación de ansiedad. Hay niveles estrictamente biológicos que tienen repercusiones psíquicas (por ej., tener fiebre, un estado del cuerpo que el afectado advierte sensiblemente). Otros niveles, más altos, son estrictamente psíquicos, pero tienen siempre alguna base orgánica (ser ordenados o desordenados tiene un correlato cerebral). Por eso podría decirse que los trastornos psíquicos o "mentales" son propiamente psico-físicos. Pero dado que lo psicofísico (si queremos, "hilemórfico") no siempre tiene el mismo sentido, la utilización del término "trastorno psíquico" de ordinario es correcta y necesaria,

aunque su conexión con la dimensión biológica (cerebral) no es siempre la misma en los diversos tipos de trastornos psíquicos.

c) Conciencia, sufrimiento y voluntariedad en los trastornos psíquicos

El sujeto que padece una deficiencia psíquica puede o no ser consciente de ella. En la medida en que note de algún modo su incapacidad, sufrirá, porque el dolor ante el mal surge de la conciencia del mal. El sujeto, por ejemplo, se dará cuenta de que su trastorno altera negativamente sus relaciones sociales (se ve disminuido en relación con los demás). Por el contrario, aristotélicamente, el despliegue de las capacidades naturales es agradable, y mucho más si es fluido y sin dificultades. En casos graves (por ejemplo, en psicopatías, o en alteraciones de la conciencia), el sujeto no es consciente de su mal y puede perder también la capacidad de sufrir por un mal que le afecta, pero cuya existencia ignora o no reconoce.

El trastorno psíquico, como se señaló, es involuntario. La persona que lo padece no lo quiere, y precisamente por eso sufre al advertir su estado (podría ser voluntario *in causa*, por ejemplo, si alguien incurrió en la adicción a drogas voluntariamente). En esto se diferencia el trastorno psíquico del vicio voluntario, aunque no siempre sea fácil discernir en concreto entre uno y otro. Una persona puede prestar poca atención a lo que dicen los demás porque no se esfuerza en hacerlo por diversos motivos (pereza, indiferencia, desprecio), mientras que puede tener un déficit de atención del que no es responsable (como sucede en el autismo).

Pero cuando el sujeto no es consciente de su mal, la "involuntariedad" de su trastorno es distinta, porque su voluntad no puede sufrir como cuando se advierte un mal que no se quiere. Incluso puede parecer que obra voluntariamente, porque su capacidad de elegir y actuar no está completamente anulada, pero sí lo está respecto al mal psíquico que padece, como sucede en ciertos criminales psicópatas que ni siquiera sienten remordimientos ante sus crímenes planeados fríamente (se volverá sobre este punto más adelante).

d) Vulnerabilidad psíquica y necesidad de virtudes

La posibilidad de que alguien padezca un trastorno psíquico, leve o grave, nace de la vulnerabilidad propia de nuestra naturaleza. En el orden afectivo, esa vulnerabilidad era conocida clásicamente como "concupiscencia", que consiste en cierto desorden innato de tipo pasional o emotivo. Aparte de los remedios de la

gracia (en el contexto de la teología católica) para luchar contra el desorden pasional (ambiciones, egoísmo, lujuria, codicia), todos los seres humanos tienen siempre necesidad de desarrollar virtudes tanto cognitivas como afectivas (o morales), dado que nadie nace virtuoso. En cierto modo nacemos algo "desordenados", "poco integrados", y gracias a la educación poco a poco los seres humanos van poniendo orden en sus afectos, ideas y conducta (por ejemplo, aprender a no mentir, si de pronto un niño se ve inclinado a la mentira, así como tiene que aprender a razonar bien, si ve que no consigue hacerlo). Puede decirse que, si un sujeto no desarrolla virtudes desde niño en algún campo de su personalidad, es proclive a desarrollar en el futuro no sólo conductas indeseables, sino trastornos psíquicos, a causa del progresivo arraigo fuerte de hábitos negativos.

En general, cuando estamos ante un trastorno psíquico, cognitivo o afectivo (también ante un defecto), el sujeto muchas veces podrá reconocerlo y esforzarse por superarlo (como sucede por ejemplo en las adicciones), personalmente y con la ayuda de los demás. Es decir, el sujeto tendrá que empeñarse en formar virtudes para no dejar que su trastorno crezca o se consolide. Dejarse ayudar por un psicólogo o un médico es ya una virtud y supone un ejercicio de libertad.

Sin embargo, en los casos graves de trastornos de la conciencia y la voluntad (amencia, psicopatía, esquizofrenia), esto no es posible. El sujeto no puede empeñarse en superar un mal que ignora. Claramente no todo trastorno psíquico se opone a la libertad, pero en casos graves la misma libertad se estrecha o incluso se anula, al menos en la esfera de la personalidad afectada por el trastorno padecido. Sobre este punto se volverá en el apartado 4 e.

e) El trastorno psíquico como estigma social

Los grupos sociales tradicionalmente han sido muy duros con las personas afectadas por trastornos psíquicos graves, incluso las familias. Antiguamente, y aún hoy, eran despachados como "locos", "dementes". El afectado tiende a ser excluido, se rehúye su trato, lo cual empeora su situación psíquicamente (se descuida, se aísla, sabe que perturba). Es obvio que las relaciones personales con personas afectadas por trastornos psíquicos son difíciles, en muchos sentidos. Ante esta penosa realidad social, no cabe sino proponer una actitud positiva, comprensiva, de ayuda fraterna y apoyo, impregnada por la caridad cristiana, ante los que padecen este tipo de males propios de la frágil condición humana.

La respuesta médica y psicológica ante los desórdenes psíquicos consiste en el conocimiento científico que permita reconocer el tipo de mal que se padece, sus

causas y su tratamiento, lo cual modernamente ha llevado a la aparición de la psiquiatría y la psicopatología, así como a la creación de centros de asistencia de la salud mental. Sin embargo, el problema de la estigmatización puede agudizarse con la actual medicalización institucional de los trastornos mentales, lo cual inevitablemente etiqueta a los pacientes, con consecuencias sociales negativas, especialmente laborales.

La medicina, y más aún la psiquiatría, no son ciencias exactas, y por eso tienen sus límites. Su historia es compleja y llena de avances y oscuridades, tanto en lo que se refiere a la clasificación de los desórdenes psíquicos como en la cristalización de terapias e instituciones médicas (como los antiguos manicomios) que se ocupaban del sector de la población afectado por los trastornos psíquicos. Las dificultades para comprender de verdad la naturaleza y causas de las afecciones psíquicas, que hoy no conocemos sino en parte, trajeron consigo reajustes continuos en los diagnósticos y tratamientos, con mejoras, pero también errores que han causado muchos sufrimientos (por ej. el recurso a chalecos de fuerza o a la lobotomía). Además, hubo conocidos abusos de diagnósticos psiquiátricos y hospitalización en causas judiciales y mucho más en regímenes autoritarios como la Unión Soviética, como método para desembarazarse de enemigos políticos.

Estamos ante una temática sujeta a controversias y, por tanto, abierta a muchos enfoques, en la que todavía hay mucho que investigar. Se entiende por eso el surgimiento del movimiento antipsiquiátrico (Sanguineti 2014, pp. 141-147), contrario a la orientación psiquiátrica contemporánea a causa de su base naturalista y a su tendencia a una creciente medicalización institucionalizada de los desórdenes mentales. La noción de enfermedad mental sería una construcción social objetivante y esencialista, que subsume la realidad compleja de las personas en una categoría fija que las cosifica y discrimina[8]. No obstante, aunque las críticas antipsiquiátricas pueden ser exageradas y caer en el vicio del constructivismo, en muchos aspectos han señalado abusos y deficiencias en el modo de diagnosticar y de tratar a las pacientes de trastornos mentales, abusos que en algunos casos se han remediado (por ejemplo, el recurso excesivo al tratamiento farmacológico, con descuido del seguimiento psicoterapéutico).

8 El máximo representante de la teoría constructivista de la enfermedad mental es probablemente M. Foucauld M. (2000). La construcción discursiva de la enfermedad mental abriría paso al dominio opresor de la sociedad sobre un grupo de marginados, los "locos irracionales". Otro gran crítico de la noción moderna de enfermedad mental es Szasz (1999).

f) La objetivación de los trastornos mentales

A pesar de las críticas antipsiquiátricas radicalizadas, los trastornos psíquicos son una realidad. Inevitablemente la sociedad y sobre todo la ciencia los objetivan de un modo particular, según el estado de los conocimientos de una época. Tales objetivaciones pueden ser adecuadas, o no tanto, para conocer a fondo lo que le pasa a cada persona, con su historia y sus características individuales. Por otra parte, las objetivaciones son necesarias en los servicios sociales de atención a la salud mental, en las compañías aseguradoras, en jueces y abogados, en la farmacología, aunque es aquí donde los abusos pueden filtrarse.

La actual clasificación convencional de trastornos psiquiátricos sigue las pautas indicadas por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), actualmente en su quinta edición revisada (DSM-V-TR, 2022), y también sigue la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en su versión 11 (CIE-11, 2022), publicada por la OMS (en la sección relativa a trastornos mentales).

Las clasificaciones del DSM y la CIE sostienen una aproximación *categorial* ante los trastornos psíquicos. De modo complementario, se ha propuesto una aproximación *dimensional*, que tiene en cuenta ciertas dimensiones (grado de agresividad, de apatía, de impulsividad, de desorganización mental, de distorsión de la realidad, de visión desmoralizada, etc.), cuantificadas en una escala, como modo de acercarse mejor a las características peculiares en que una afección mental (muchas veces con co-morbilidades) se presenta en las personas (Biondi 1996; Biondi, Paschini, Picardi 2018, especialmente pp. 1-28).

Ambas caracterizaciones pertenecen a lo que podríamos llamar la *psicopatología (o psiquiatría) naturalista*, que toma como modelo la enfermedad orgánica para conceptualizar los trastornos mentales. Existe además una línea psiquiátrica que podría llamarse *humanista*, inspirada en el existencialismo y la fenomenología, con representantes como Karl Jaspers, Ludwig Binswagner o Kurt Schneider[9]. Una línea intermedia prometedora es la psicopatología *enactivista*, basada en la relación del paciente con el mundo o el entorno (Fuchs 2018; De Haan 2020 a y 2020 b). Existe, además, una psicopatología de inspiración *tomista*, sobre la cual

9 Es clásico, en este sentido, el estudio de Jaspers "Psicopatología General" (original de 1913) (Jaspers 1997).

se hablará más adelante, capaz de incorporar los logros de las otras corrientes y de corregir sus defectos.

La presentación de modelos de afecciones psíquicas debe tener en cuenta muchos factores (historia personal, ambiente, familia). El tratamiento, en definitiva, debe ser siempre personalizado y prudencial. El riesgo del objetivismo "cosificador" hoy es mayor si se tiende a ver los trastornos psíquicos simplemente como desajustes cerebrales, que un escaneo, utilizando la inteligencia artificial, podría diagnosticar automáticamente y de modo casi instantáneo (reduccionismo neural). Esta sería una penosa consecuencia de la visión materialista del hombre. Los abusos y equivocaciones en este sentido serían incalculables.

g) Trastornos sexuales (psíquicos)

Tanto en la agresividad como en la sexualidad (o más ampliamente en el campo de los deseos de bienes sensibles y también más altos) existe una frontera no siempre nítida entre lo que es inmoral y lo que es un trastorno psíquico, aunque en el primer caso reconocemos una responsabilidad, inexistente en el segundo caso. Por eso muchas veces dudamos si un criminal, un tirano, un abusador, un cónyuge infiel, han obrado de modo antiético o si son enfermos (típicamente la gente se cuestiona sobre si la conducta de Hitler era culpable o era fruto de locura).

El tema es complejo. Pero lo es más en el campo de la sexualidad, obviamente relacionado con realidades antropológicas como el matrimonio y la familia, y por tanto con las relaciones parentales y filiales. La vulnerabilidad moral en este campo es tan amplia como en el de la agresividad (a veces asociadas), dando lugar a innumerables situaciones de injusticias, abusos, esclavitudes y sufrimientos. Por eso las normas sociales y las costumbres, no siempre justas, han tendido en todas las culturas a regular las conductas humanas en estos ámbitos.

La tendencia actual en Occidente, en lo que se refiere a la sexualidad, es permisiva e individualista, y valora poco la dimensión familiar de la persona, que es absolutamente esencial. La sexualidad tiende a verse como un fenómeno biológico separado de su conexión con el amor de donación, amor virtuoso, tal como se expresa en el matrimonio y las relaciones familiares. En consecuencia, el reconocimiento de trastornos sexuales psíquicos (no se habla aquí de las disfunciones sexuales, cuya naturaleza es más bien vegetativa, aunque siempre son "psicofísicas", como se vio arriba) se admite restrictivamente sólo en la medida en que los deseos, fantasías o conductas sexuales sean compulsivos, descontrolados,

provocando malestar, dañando a terceros y desorganizando la vida de las personas afectadas.

Es así como tales trastornos aparecen, por ejemplo, en el DSM-V-TR, donde se mencionan en este sentido la disforia de género y los trastornos de las parafilias, como la pedofilia, el sadismo, el fetichismo, etc. En esta clasificación no aparece la pornografía, aunque ésta podría ser encuadrada como una forma de adicción, ni tampoco se menciona la hiperactividad sexual (Cabanyes, Monge, 2017, pp. 386-388).

En realidad, aplicando el criterio aristotélico teleológico, núcleo de este artículo, el trastorno psíquico sexual (que siempre es psicofísico) se puede determinar en base a la intencionalidad de la inclinación o bien a la modalidad en que se ejerce (de modo oportuno, o descontrolado). No es lo mismo sentir atracción sexual por una persona de otro sexo, o del mismo sexo, o por un niño, o por un animal, o por un cadáver, o por imágenes virtuales, y así siguiendo. Tender a deleitarse en figuras pornográficas, por ejemplo, aunque de suyo no sea un trastorno psíquico, e incluso aunque el sujeto pueda moderarse, es siempre una desviación erótica.

El criterio que parece seguir el DSM no es intencional, sino que se basa únicamente en el malestar, el daño a terceros o el daño a sí mismo, si bien esto último se asocia a una satisfacción descontrolada de los deseos eróticos, de un modo tal que interfiere en la vida de la persona, del mismo modo que lo hace la adicción a sustancias (o a Internet, al celular, al juego, o a otras cosas). Esto parece comprensible, pero es insuficiente.

Si esas inclinaciones se dominan (moderación, quizás templanza) no estamos ante un trastorno psíquico. Pero si no se dominan, tienden a descontrolarse y así provocan grandes daños y sufrimientos. En cierto modo la tendencia erótica no controlada, en cualquiera de sus manifestaciones, es una forma de dependencia o de adicción. Por eso la autosatisfacción de deseos, revertida sobre sí mismo y no sobre un objeto intencional adecuado, aunque no cause daños a otros y aunque sea moderada, es contraria al florecimiento personal y al final sí causa daños y sufrimientos. Como se dijo arriba, todos los seres humanos están sujetos a cierto desorden afectivo innato. La honestidad de vida es fruto de virtudes que requieren esfuerzo.

En su raíz el descontrol de los impulsos tanto agresivos como en los deseos de posesión en los sujetos normales tiene una naturaleza moral. Es decir, la persona puede empeñarse en moderarlos y rectificarlos, por ejemplo, para que sus impulsos sexuales puedan integrarse en un proyecto de vida matrimonial y no se

tomen como fines en sí mismos. Puede ser que el descontrol nazca de causas no voluntarias (la falta de educación moral, los malos ejemplos, las costumbres, la ignorancia), o también por una deficiencia orgánica (cerebral), que se configurará como trastorno psíquico si tiene las características señaladas por el DSM (malestar, daños a terceros, grave interferencia en la vida personal).

Estamos en un terreno en el que la moralidad y la salud mental, si bien son distintas, no pueden separarse (pero se tiende a esto en una concepción materialista de la vida) (Wakefield 1992; Sadler 2005; Martin 2006; Abud 2025, pp. 207-227). No hace falta aquí que pensemos sólo en casos sexuales. Lo mismo vale para desórdenes como la mentira, el robo, la agresión. La existencia de tales desórdenes (como inclinaciones y en los hechos) en estos ámbitos debe aceptarse y no negarse (por ideología). Pero no todos esos desórdenes se reducen siempre a trastornos psíquicos, ni tampoco a una moralidad entendida de modo voluntarista. El ámbito moral tiene que ver con la formación del carácter, con los influjos ambientales y con los valores sociales reconocidos (un cierto tipo de cultura, por ejemplo, puede favorecer el engaño, el crimen, el obrar por miedo, la infidelidad).

4. CAUSAS DE LOS TRASTORNOS PSÍQUICOS

a) Complejidad causal

Las causas de los trastornos psíquicos son complejas y variadas, y determinan la misma naturaleza del trastorno que se padece. Las personas, según su constitución psicofísica (genética, epigenética, cerebral) tienen vulnerabilidades y también posibles propensiones a sufrir algún trastorno o deficiencia psíquica, propensiones que pueden superarse o llegar al acto según se desenvuelvan ciertas circunstancias. Muchas veces puede darse una causa preponderante, por ejemplo, un trauma físico o psíquico, que desencadena una serie de mecanismos dada la complejidad psíquica de la persona. De aquí resultará una evolución del trastorno, su estabilización, su relativa o quizá total recuperación, o su agravamiento, con momentos especiales de crisis de resultado incierto. Al conocer este dinamismo, se puede actuar para ayudar al paciente (terapia) a mejorar su situación en la medida de lo posible, para lo cual hay que actuar en varios frentes a la vez.

En este artículo no entramos en los detalles etiológicos de los trastornos mentales, lo que presupone obviamente su tipificación. Normalmente las causalidades de estas afecciones se distribuyen entre factores biológicos (genéticos, cerebrales), causas ambientales o interpersonales (familia, sociedad, costumbres, educación) y factores personales (descontrol pasional, hábitos, conducta). La afección debe

verse siempre en su dinamismo en el tiempo. No es lo mismo la fase preliminar, por ejemplo, en la infancia, que otras posteriores que admiten muchas posibles trayectorias. Dentro de esas fases es importante ver lo que se ha hecho o se ha dejado de hacer para contrarrestar los daños progresivos del trastorno.

b) La visión tomista

Arriba se mencionó la existencia de una psicopatología de inspiración tomista, cuya característica principal se encuadra dentro del dinamismo hilemórfico. Esto es, la enfermedad mental se entiende siempre como psicofísica (Roth 1987; Echavarría 2004, 2008 y 2009)[10] y se puede estudiar a la luz de las cuatro causas aristotélicas (material, formal, eficiente, final), así como en la perspectiva de la teoría tomista de los hábitos y de las facultades mentales (sentidos externos, imaginación, memoria, cogitativa, sentido común central, aparte de la voluntad y la razón)[11].

Santo Tomás mismo, siguiendo a Aristóteles y la medicina galénico-árabe (Avicena), se refiere a los trastornos mentales con terminología y tipología de su época: *amentes*, *furiosi*, *lethargici*, *phraenetici*, *melancholici*, *maniatici*, *lunatici*, o con términos como *aegritudo animalis*, *insania*, *epilepsia*, *bestialitas*. Se deja de lado aquí la tarea de poner en relación estas afecciones, de alguna manera, con la tipología psicopatológica actual.

Aunque la visión fisiológica de Tomás de Aquino obviamente es antigua, sus principios psicológico-morales son interesantes y no son incompatibles con los conocimientos científicos actuales. El Aquinate define la *insania* (grave pérdida de la salud mental) como "la disposición por la que el alma humana se aparta de la debida disposición de la especie humana" (S. Th., II-II, q. 157, a. 3, ad 3), por analogía con la enfermedad física, que se produce cuando "el cuerpo se aparta de la debida complexión correspondiente a la especie humana" (ibid).

Lo esencial del trastorno mental según Santo Tomás está en el bloqueo o distorsión, total o parcial, del uso de la razón (o inteligencia), lo que afecta a la actividad voluntaria libre. Gracias a la inteligencia el ser humano conecta con la

10 En lo que sigue mencionamos otros autores tomistas que se han ocupado de esta temática.

11 Los actos estrictamente intelectuales y voluntarios para S. Tomás no son hilemórficos (carecen de un órgano corpóreo adecuado), sino espirituales, no orgánicos, pero sí lo son indirectamente, porque su actuación requiere la activación de las potencias sensitivas. Podríamos llamarlos "transhilemórficos".

realidad. El bloqueo procede de una alteración indebida de las potencias sensitivas, tanto cognitivas como afectivas (pasiones), cuyo correcto funcionamiento es condición necesaria para la normal actividad intelectual y voluntaria (Dewey 2006: este estudio se concentra en el desorden patológico de los "fantasmas", es decir, la imaginación; sin embargo, la dinámica del deterioro sensitivo en Tomás es más compleja).

Una parte de ese correcto funcionamiento es, a su vez, que estas potencias estén informadas o guiadas por la inteligencia y la voluntad. Esta guía no ha de entenderse en un sentido racionalista o voluntarista, que transformaría cualquier defecto psicológico afectivo en una culpa voluntaria, o como si los afectos fueran siempre perturbadores (Abud 2025, pp. 236-248). En la visión hilemórfica tomista, lo que está en juego en los desórdenes psicológicos es, sobre todo, la sensibilidad interna humana, que debe estar integrada con el nivel cognitivo-apetitivo alto. La ruptura de esta unidad dinámica, por los motivos que sean, implica un desorden psicológico, que puede llegar a ser un trastorno mental, aunque otras veces puede consistir en defectos o en actos contrarios al bien moral (Suazo Zepeda 2022: este trabajo se centra solamente en los trastornos psíquicos apetitivos según S. Tomás)[12]. Somos vulnerables psicológicamente (a la luz de la teología católica, a causa del pecado original).

Pero sucede que las potencias sensitivas cognitivas según el Aquinate son actos formales *de algunas regiones cerebrales* (con una precisa localización cerebral). Son, pues, potencias orgánicas, es decir, cuentan con un órgano físico como su causa material (una parte del cerebro). Por tanto, las lesiones cerebrales que malogren la sensibilidad cognitiva podrán provocar trastornos mentales.

Además de las lesiones cerebrales, otra causa de *insania* en Tomás es un influjo pasional desmesurado, que el sujeto ya no puede controlar (por ejemplo, miedo paralizante, o excesiva tristeza por la pérdida de un ser querido), lo que puede tener alguna causa biológica, porque las pasiones sensitivas son también orgánicas. Cuando estos impedimentos son permanentes y no ocasionales (una

12 Cfr. también Suazo Zepeda 2025, donde se ciñe sólo a las neurosis. Estos dos escritos de Suazo Zepeda son valiosos, si bien el autor descuida la causalidad corpórea que puede hacer que en determinadas circunstancias el sujeto se vea dominado por una pasión sensitiva afianzada que, sin culpa del sujeto, no consiga sujetarse a la razón. Tomás de Aquino, en cambio, da importancia al hecho de que los apetitos sensitivos sean orgánicos. Esto permite diferenciar mejor el desorden moral del trastorno psíquico en los casos estudiados por este autor.

borrachera, en cambio, impide la guía de la razón sólo de modo ocasional), por los ejemplos que pone el Aquinate se ve que estamos ante un trastorno mental.

Veremos ahora algunos textos tomistas significativos sobre esta temática. Los "furiosos" y *amentes*, que a veces padecen esta enfermedad desde su nacimiento, son tales "por algún impedimento del órgano corporal, no por un defecto del alma racional" (S. Th., III, q. 68, a. 12, corpus y ad 2). La disposición corporal hace que algunos sean más inteligentes y otros menos (S. Th., I, q. 85, a. 7).

La lesión de una potencia sensitiva, que siempre usa un órgano corporal, impide el conocimiento racional: "así vemos que, al quedar impedido el acto de la potencia imaginativa a causa de una lesión orgánica, como sucede en los frenéticos, y lo mismo si se impide el acto de la potencia mnemónica, como sucede en los letárgicos, el hombre queda impedido para entender en acto, incluso de aquellas cosas que anteriormente conocía" (S. Th., I, q. 84, a. 7). El bloqueo cognitivo se produce por una desarticulación de los "fantasmas", es decir, de los actos imaginativos (podríamos aquí leer también: redes neurales), que así quedan distorsionados y desordenados (*distorta et inordinata*), como sucede en los estados febriles graves (S. Th., I, q. 84, a. 8, ad 2). De modo más general, "la lesión de ciertos órganos corpóreos hace que el alma no pueda directamente ni autoentenderse, ni entender otras cosas, como sucede cuando está dañado el cerebro" (De spiritualibus creaturis, q. un., a. 2, ad 7).

Además, el descontrol pasional puede hacer perder la razón. "Esto sucede en las pasiones, como se ve porque a veces, cuando las pasiones son muy intensas, el hombre pierde totalmente el uso de la razón. De hecho, muchos, a causa de un excesivo amor o ira (*abundantiam amoris et irae*), cayeron en locura (*sunt in insaniam conversi*)" (S. Th., I-II, q. 77, a. 2). Quizá en este caso el Aquinate está pensando en un momento ocasional de locura. Pero también puede suceder que la incapacidad de controlar las pasiones sea debida a alguna enfermedad orgánica estable. Tomás así lo presupone cuando escribe: "Si la causa no fue voluntaria [de la pasión descontrolada], sino natural, como por ejemplo si alguien por enfermedad (*ex aegritudine*) o por una causa de este tipo, cae en una tal pasionalidad que quita totalmente el uso de la razón, entonces el acto es completamente involuntario, y excusa de pecado totalmente" (S. Th., I-II, q. 77, a. 7)[13]. En otro sitio precisa que a veces se puede perder del todo el uso de la razón, "como sucede en quienes por una vehemente ira o concupiscencia [alude a trastornos psíquicos agresivos o concupiscibles, como los sexuales] se vuelven

13 Recuérdese que en estos textos la perspectiva tomista es la teología moral.

furiosos o *amentes* (*furiosi vel amentes*), así como por alguna otra perturbación corporal, dado que tales pasiones no ocurren sin una alteración corpórea (*non sine corporali transmutatione accidunt*)" (S. Th., I-II, q. 10, a. 3. Ver también De Malo, q. 3, a. 10).

Tengamos en cuenta que las pasiones, los estados afectivos y la conciencia sensitiva están ligados en el Aquinate a la fisiología corpórea (teoría humoral de origen hipocrático-galénico, relacionada con los temperamentos), y a aspectos cardíacos, respiratorios, que hay sabemos regulados por el sistema nervioso autónomo, lo que él denomina genéricamente *transmutationes organi* (alteraciones orgánicas), que constituyen la dimensión material de los estados anímicos pasionales y de la conciencia sensitiva. La fisiología aquí invocada está perimida, sin duda, pero el principio de base sigue en pie, dado que hoy relacionamos los estados afectivos y la conciencia sensitiva con el sistema nervioso y con los ciclos de los neurotransmisores.

Por eso, en la visión tomista la enfermedad orgánica que desequilibra el dinamismo pasional, conforme a la medicina antigua, no está en el cerebro, sino en lo que el Aquinate llama la *complexio* corporal, que alude al equilibrio humoral (hoy diríamos homeostático) de la biología hipocrático-galénica. Ese equilibrio, en su variación dinámica, hace que algunos sean más coléricos, sanguíneos, flemáticos, melancólicos, o más inclinados a la ira, o a los deseos sensuales (S. Th., I-II, q. 63, a. 1; q. 67, a. 1; II-II, q. 155, a. 4, ad 2). Cuando faltan virtudes, como la templanza, el sujeto siente inclinaciones hacia actos indebidos (por pereza, sensualidad, ira, etc.), pero con esfuerzo puede controlarlas, aunque no lo consigue siempre. Este es el caso de lo que Tomás llama la *incontinencia* (*akrasía*, en griego, considerada por Aristóteles en el libro VII de la "Ética a Nicómaco")[14]. La ruptura grave y persistente de este equilibrio, debido a causas corporales, conlleva cuadros psicopatológicos (una incontinencia excesiva, por ejemplo, llevaría a lo que hoy llamamos adicciones) (In VII Ethic., lect. 3).

La conciencia onírica, la ebriedad y las alucinaciones, así como otras perturbaciones de la conciencia en los "frenéticos", se explican según Tomás por influjos "humorales", siguiendo en esto el libro "De Somno et Vigilia" de Aristóteles, junto con la teoría galénica de los "espíritus animales" o corporales (S. Th., I, q. 111,

14 Cfr. el entero comentario de Tomás al libro VII de la Ética a Nicómaco, dedicado al tema del placer. Ver también S. Th., II-II, qq.155-156.

a. 3)[15]. Por eso, "las apariciones imaginarias a veces son causadas en nosotros por las alteraciones locales de los espíritus corporales y los humores (...) y tanta puede ser la conmoción de los espíritus y los humores, que tales apariciones se producen también en el estado de vigilia [alusión clara a las alucinaciones], como se ve en los frenéticos y estados de este tipo" (S. Th., I, q. 111, a. 3). Estos estados distorsionan la capacidad de juicio de las personas: "el juicio y la aprehensión de la razón queda impedido por una vehemente y desordenada aprehensión imaginativa, y lo mismo le sucede al juicio de la estimativa, como sucede en los *amentes*" (S. Th., I-II, 77, a. 1).

En el ya mencionado libro VII de la "Ética a Nicómaco", así como en el comentario tomista, se hace alusión a comportamientos aberrantes, incluso no sólo irracionales sino antinaturales, encuadrados bajo la denominación de *bestialitas*, porque hacen que el hombre se comporte como un animal[16]. Algunos de ellos se atribuyen a costumbres "bárbaras" (como la antropofagia), o a la malicia humana, pero otros a enfermedades, ligadas a la *complexio* física, con ejemplos que corresponden a lo que hoy conocemos como ciertos tipos de trastornos mentales, por ej., fobias, o parafilias como el sadismo y la pedofilia (In VII Ethic., lectiones 1, 5 y 6)[17].

c) Costumbres, ideologías

La referencia que acabamos de ver de Aristóteles y Santo Tomás a las "costumbres depravadas", que nada tienen que ver con trastornos mentales, aunque pudieran ocasionarlos en algunos sujetos, se podría ampliar a los comportamientos aberrantes debidos a ideologías o creencias, peor aún en regímenes o grupos autoritarios, como modernamente se ha visto en los casos de genocidios, en crímenes terroristas perpetrados fríamente, y casos semejantes. Si esas ideologías se transmiten a los niños, cristalizan en costumbres difícilmente removibles. Pueden ocasionar trastornos mentales en sujetos más vulnerables,

15 Sobre la relación entre descontrol pasional patológico y estados fisiológicos (*complexio corporalis*) los textos tomistas son abundantes. Cfr. S. Th., I-II, q. 17, a. 7, ad 2; q. 37, a. 4; q. 44, aa. 1, 3 y 4; q. 46, a. 5; q. 48, aa. 2 y 3; q. 51, a. 1; De Veritate, q. 26, a. 3.

16 En realidad esta cualificación es metafórica, porque las "conductas" animales son muy variadas y en general son equilibradas en el contexto de cada especie. Aristóteles reconoce, si bien de modo ocasional, que los animales pueden también "enloquecer": cfr. Historia de los animales, VIII, 22, 604 a 4-7 (la rabia en los perros). Sobre el tema de las enfermedades mentales en los antiguos, como Hipócrates, Platón, Aristóteles, Galeno, etc., cfr. Ahonen 2014 y 2018.

17 Cfr. Aristóteles, Ética a Nicómaco, VII, 1148 b 5-35 y 1149 a 1-15. Ver también S. Th., I-II, q. 31, a. 7, donde se menciona también la unión sexual con animales en un contexto semejante.

del mismo modo que una sociedad muy sexualizada o en la que se admite la pornografía favorece las adicciones sexuales. La persona que participa en actos violentos, por ejemplo, impuestos por un grupo o un Estado autoritario, puede caer en este vicio social por convicción, o por miedo, o quizá puede añadir a sus actos un matiz mezclado con una perturbación mental (por ejemplo, sadismo). Sin duda puede haber sociedades más sanas, por las virtudes imperantes en las personas, y otras menos sanas, debido a corrupciones, creencias, modos de vivir tensos, etc., que son fácilmente caldo de cultivo de trastornos mentales, y algo parecido puede suceder en las familias. Los desequilibrios personales pueden tener que ver con desequilibrios sociales.

d) Raíces y dinámica de los desajustes mentales

Los textos tomistas presentados, compatibles con los conocimientos psicopatológicos actuales, podrían hacernos pensar que las enfermedades mentales se deben sin más a lesiones cerebrales o a descompensaciones del sistema nervioso. La realidad, sin embargo, es más compleja (Cavalcanti Neto 2017, pp. 173-230). Hay muchos tipos de desórdenes mentales y cada uno es muy específico en sus múltiples causas sistémicas, y además importa la edad y la historia personal del sujeto afectado. Por otra parte, el sujeto muchas veces puede reaccionar ante estas situaciones con márgenes de libertad y conciencia, para controlarlas de alguna manera. En todo lo psíquico siempre interviene la causalidad neurobiológica, que en los defectos o trastornos es defectuosa, así como en los actos virtuosos y excelentes implica una ayuda. Pero esa intervención es variada y da un juego especial a las potencias cognitivas y afectivas y a los hábitos que se van formando, en lo que se incluye un mayor o menor posible control racional, que siempre es deseable y debe promoverse, ya que esto es lo más acomodado a la dignidad de la persona humana.

En algunos casos las causas de trastornos psíquicos pueden ser directamente orgánicas (genéticas, cerebrales) y muy evidentes, como sucede en la enfermedad de Alzheimer (causa de demencia), o en deterioros psíquicos causados por traumas, infecciones, intoxicaciones, otras enfermedades neurovegetativas, epilepsia, síndrome de Down, y afecciones semejantes. En cambio, no conocemos hoy las causas del autismo, aunque es presumible que sean de carácter neurobiológico.

Sabemos que ciertas lesiones en zonas cerebrales o déficits en circuitos de neurotransmisores provocan discapacidades psíquicas. Lesiones en el hipocampo causan amnesia; daños en el área límbica disminuyen la capacidad emocional;

las anormalidades en la corteza orbitofrontal se correlacionan con conductas antisociales o impulsivas; afecciones en la corteza prefrontal ventromedial (el área lesionada por el célebre accidente de Phineas Gage) inciden negativamente en los procesos cognitivos y afectivos necesarios para la deliberación y la toma de decisiones (funciones ejecutivas) y también provocan ciertas desinhibiciones sociales; daños en la corteza del cíngulo anterior afectan a las capacidades empáticas[18].

Salvo los casos mencionados arriba, en los que la causa del trastorno psíquico es unívocamente orgánica (como en el mal de Alzheimer), actualmente no se conocen con precisión las causas de las enfermedades mentales hoy tipificadas, como las psicosis (por ej., la esquizofrenia), las psicopatías o trastornos de personalidad antisocial, las neurosis o sus equivalencias en diversos trastornos clasificados por el DSM (trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias, trastornos somatomorfos, depresión, trastorno en el control de impulsos), las adicciones. Se descubren correlaciones entre estas afecciones y estados neurales, en cuadros complejos y no unívocos, pero esto no significa que siempre los trastornos sean causados por una disfunción biológica, ya que ésta puede a su vez haber sido provocada por situaciones anímicas, sociales, por hábitos, por descuidos o maltratos en la tierna infancia, por graves carencias educativas, por vicios no corregidos. En principio se da una combinación de múltiples factores parciales, los cuales según los casos (que pueden ser muy diversos), dan origen a algún trastorno, aunque si son leves provocan sólo deficiencias psíquicas (por ejemplo, timidez, nerviosismo, miedos exagerados) que no llegan a ser patológicas.

18 Como ejemplo, un individuo que practicaba abusos pedófilos resultó que tenía un tumor en la corteza derecha orbitofrontal. Una vez extraído el tumor, el sujeto consiguió controlar sus impulsos parafílicos. El tumor reapareció y con él volvió la conducta incontrolada, que desapareció al ser extirpado el segundo tumor (Burns, Swerdlaw, 2003). Sobre el tema de la relación entre cerebro, responsabilidad criminal y conocimiento moral, cfr. Glannon 2011.

La variación puede depender también del grado de vulnerabilidad del sujeto, la cual puede tener también una componente orgánica parcial[19]. Las tipificaciones son algo abstractas: cada caso personal tiene una dinámica diferente.

La sinergia entre las potencias psicológicas humanas, en su relación con el cerebro, con el ambiente y con los demás, puede ir creando círculos viciosos o virtuosos que se estabilizan con el tiempo en forma de hábitos. Una grave exaltación pasional negativa (por ej. rencor, odio, desprecio) altera el juicio sobre las personas y situaciones implicadas en esos afectos, un juicio que si se consolida repercute en la parte pasional de la persona. Todo esto, a su vez, moldea al cerebro (que siempre tiene algo de indeterminado) en formas diferentes, haciendo que el psiquismo quede así más enraizado en la parte biológica de la persona.

Por tanto, en definitiva, las causas de los trastornos psíquicos pueden provenir "desde abajo" (parte orgánica, neurovegetativa) o "desde arriba" (potencias psicológicas, pero también el ambiente en cuanto influye en las personas, sobre todo niños), por ejemplo si el sujeto no sabe o no puede afrontar una situación muy difícil (rechazo social, pérdida del trabajo o de seres queridos, maltratos continuos, desórdenes sociales muy graves, como en las guerras) y acaba desestabilizándose psíquicamente, lo que tiene repercusiones en su cerebro (Fuchs 2018, pp. 258-268).

El trastorno puede provenir también de defectos morales (por ejemplo, tendencia a la conflictividad, egocentrismo) que se radicalizan al no tener la voluntad de corregirlos, y que al final pueden degenerar en trastornos mentales. Peor es cuando ideologías tóxicas confirman al sujeto o quizá le incitan a comportamientos inadecuados, por ejemplo, al crimen en el caso de apologías terroristas, o en la justificación pseudo-intelectual de genocidios o persecuciones, o en la ideología *woke* que divide a la gente en agresores y víctimas, lo que favorece agresiones por "sentirse" víctimas, impidiendo así el arrepentimiento. Esto es mucho peor cuando los niños son adoctrinados en estos paradigmas (Tovar, Ostrosky, 2013).

A causa de la radicación cerebral, sujetos sometidos a estas situaciones pueden acabar por sufrir un trastorno mental, lo que puede llevarles incluso a la

19 Th. Fuchs (2018, p. 253) señala que "aparte de la enfermedad de Alzheimer, no hay posibilidad de diagnosticar confiablemente ninguna enfermedad mental con medios instrumentales o con biomarcadores, o atribuirlos a variantes genéticas específicas". Fuchs critica la nueva clasificación de desórdenes mentales propuesta por el *Research Domain Criteria* (RDoc), basada en una correspondencia entre criterios biológicos y conductuales mensurables, a diferencia de la clasificación del DSM basada en grupos de síntomas (p. 254). Tal enfoque, según este autor, implica un reduccionismo biológico que impide la plena comprensión de los desórdenes mentales, que así se ven simplemente como trastornos cerebrales.

delincuencia (por ejemplo en la psicopatía, en la que el sujeto actúa fríamente, no es empático y no siente remordimientos por sus crímenes[20]). Si son conscientes de sus tendencias desordenadas, tengan o no responsabilidad en ello, los sujetos pueden afrontar la tarea de contrastarlas, como sucede con los "incontinentes" de Aristóteles, quienes sin malicia (sin elección) se ven inclinados a pesar suyo a ciertos actos que con medios psicológicos oportunos (actuando sobre la imaginación, los recuerdos, las incitaciones ambientales) pueden afrontar para formar virtudes.

e) La libertad y los trastornos mentales

Reconocemos fácilmente que un trastorno psíquico priva de libertad (o la disminuye) cuando lesiona las capacidades cognitivas, como sucede en la demencia o en graves alteraciones de la conciencia. En cambio, pueden existir dudas acerca de la libertad cuando una persona psíquicamente trastornada realiza actos intencionales, aparentemente voluntarios, que provocan daños a otros o a sí mismo (por ejemplo, suicidio), actos que quizá no pudo controlar.

Dos posiciones extremas han de excluirse al respecto. Una sería el espiritualismo o voluntarismo, para el cual los comportamientos intencionales desordenados (hostilidad, agresividad, mentiras, abusos sexuales) serían siempre culpas personales debidas a una mala voluntad. El otro extremo sería ver en las agresiones, actos delictivos, desórdenes morales, nada más que trastornos o carencias mentales, presumiblemente debidos a factores cerebrales que eliminarían la responsabilidad personal (y jurídica).

Las personas que gozan medianamente de salud mental (uso de la razón, conciencia, equilibrio emocional, capacidad decisoria), que son la mayoría, disponen libremente de muchas de sus capacidades y así pueden actuar de modo meritorio o demeritorio. En la medida en que las personas crecen en virtudes, fortifican sus inclinaciones hacia el bien y así son más libres de modo natural, porque pueden actuar con más paz, con una mejor deliberación, sin excesivos esfuerzos, afrontando razonablemente las dificultades, incluso heroicamente. El uso bueno de la libertad de suyo es agradable ya que responde a los fines de la vida humana (amistad, ciencia, arte, contemplación, vida familiar, amor). Por el

20 El 24 de marzo de 2015 el piloto Andreas Lubitz causó voluntaria y fríamente la muerte de 150 personas y la propia en el vuelo de la compañía Germanwings. Tenía trastornos psiquiátricos, pero es imposible saber qué grado de responsabilidad personal tuvo en este crimen perfectamente planeado. Casos semejantes son, por desgracia, numerosos.

contrario, los actos desordenados, los defectos cognitivos, afectivos, relacionales, si no se corrigen con virtudes, tienden a arraigarse en la estructura psicosomática de la persona como hábitos (vicios intelectuales o morales) que estrechan la libertad y hacen que el sujeto sea más irreformable.

El origen de los hábitos negativos es múltiple. Pueden tener una causa cerebral, como se vio, que muchas veces se desconoce con precisión, pero también pueden haber sido estimulados por el ambiente, los malos ejemplos, las presiones culturales, las dificultades de la vida, y en otros casos el sujeto puede tener alguna responsabilidad, al menos si no hizo lo posible por contrarrestar sus defectos, lo cual es siempre una tarea educativa. Además, una persona puede actuar mal debido a rasgos caracteriales difícilmente modificables, de cuya génesis quizá fue algo responsable cuando era más joven (Kane 2005, p. 129). Cuando el defecto incapacitante es grave, estable y no es voluntario, estamos ante un trastorno mental, sea cual sea su causa. Pero, como ya se ha dicho, muchas veces no hay una frontera exacta entre defectos algo serios y trastornos patológicos, aunque es mejor ser cautos antes de diagnosticar apresuradamente patologías, evitando una medicalización o una psicologización excesivas (Pearce 2020).

Cuando el sujeto advierte sus defectos o eventual incapacidad, puede por sí mismo y también con ayuda de otros poner actos que le permitan moderar su conducta, inclinarla hacia lo bueno, modular sus sentimientos y estados de ánimo, aunque todo esto le resulte difícil. Las inhibiciones muchas veces son necesarias y no son contrarias a la libertad. Esta situación es bastante normal en la vida de las personas, porque todos tienen defectos y vulnerabilidades, que se acentúan en ambientes adversos. El sujeto casi siempre tiene márgenes de libertad para empeñarse en orientar su vida hacia el equilibrio y el florecimiento personal (Meynen 2010 y 2015). La libertad es una variable con la que se suele contar en la evolución y la gestión de los trastornos mentales.

El tratamiento (terapias farmacológicas, psicoterapia) no excluye la libertad. Si está bien orientado tiende a potenciarla, porque nada es más digno para una persona que mejorar su vida usando bien de su libertad. Nadie se domina completamente, también porque hay ámbitos de actuación semideliberados, rutinarios, estados de ánimo y emociones que no dependen de la pura voluntad y que son controlados cerebralmente. Sobre ellos las personas normalmente mantienen un control superior consciente y voluntario, aunque no automático

y más bien indirecto (motivaciones, planificaciones, decisiones, razonamientos, control de las imaginaciones y la memoria) (De Haan, Rietveld, Denys, 2015).

Las terapias no tendrían que centrarse exclusivamente en los aspectos fisiológicos, sino que deberían apelar en la medida de lo posible a los recursos psicológicos de las personas[21]. Por otra parte, en este terreno no se pueden seguir recetas unívocas, porque la complejidad y variabilidad de los trastornos psíquicos es tan grande que los hace siempre individuales y contextualizados, de modo que toda terapia al final tiene que ser prudencial.

Además, para mejorar el carácter y la conducta de las personas en la población es necesario actuar sobre la cultura y dar importancia a la familia y a las relaciones familiares positivas (matrimonio, filiación, paternidad y maternidad, fraternidad). La salud mental es más frágil cuando las relaciones familiares están deterioradas, sobre todo en la infancia y la juventud.

Si el sujeto no advierte sus defectos o su eventual condición patológica, aunque sea parcial, la rectificación del carácter y la conducta se hace más difícil. Se dan aquí dos posibilidades extremas (Glannon 2015, pp. 1-24). Hay sujetos con conductas gravemente antiéticas elegidas y cultivadas, no reconocidas como tales, como sucede en delincuentes plenamente responsables que no tienen ninguna intención de cambiar de vida, aunque podrían hacerlo. Por supuesto, otros delincuentes querrían cambiar, pero no tienen la suficiente fuerza de voluntad o convicción para hacerlo, quizá por el ambiente en el que viven. Y puede suceder a veces que el sujeto padezca una enfermedad psíquica de origen cerebral que le lleve a actos delictivos o inmorales graves (por ej., en psicopatías). Dios sabe lo que sucede en el interior de las personas y en estos casos ignoramos hasta qué punto el sujeto es o no responsable de sus actos (Focquaert, Glenn, Raine, 2015)[22].

21 Toda terapia de trastornos mentales es a la vez, circularmente, psicológica (también ecológica) y fisiológica, según Fuchs 2018, pp. 268-277.

22 Glannon (2011), pp. 72-114, tiende a pensar que muchos delincuentes psicópatas, cuando planifican meticulosamente sus crímenes, son responsables de sus actos, a pesar de su enfermedad, y esto incluso aunque se sostenga una versión compatibilista de la libertad (es decir, compatibilidad entre cierto determinismo psíquico, a causa del carácter, y los actos deliberados y por tanto libres).

f) Ética y salud mental

Así como los defectos psíquicos de todo tipo, si no se corrigen, pueden a veces crecer y degenerar en trastornos mentales, a su vez las virtudes, tanto cognitivas como morales, contribuyen a la salud mental y ayudan a prevenir desórdenes psíquicos o al menos favorecen su superación. El arraigo cerebral permite robustecer las virtudes, pero también solidifica los vicios, ampliando o estrechando el uso de la libertad. Obviamente se plantean aquí las virtudes en función de las actividades nobles del hombre, es decir, de los fines buenos de la vida humana. La terapia psicológica no es directamente moral, pero presupone la moralidad, porque de lo contrario es reductiva.

La ética que ayuda a la salud mental es, en este contexto, la ética de las virtudes, no la moral entendida sólo de modo normativista, voluntarista o ceñida meramente al cumplimiento de deberes (lo que podría dar lugar a conductas frías, inhumanas, escrupulosas, incluso violentas). Algo semejante puede decirse de la religión y las prácticas religiosas, tema en el que aquí no entramos. Pero lo que contribuye más directamente a la salud mental no es la ética teórica, sino la educación ética personalizada, como la que suele darse sobre todo en el ámbito familiar.

¿Puede haber éticas que no ayuden a la salud mental, sino más bien lo contrario? El tema es discutible (pensemos en la ética estoica, budista, epicúrea, aristotélica, kantiana, utilitarista) y aquí no es posible afrontarlo. En cualquier caso, la formación ética y religiosa se relaciona con la salud psíquica cuando se plantea de modo práctico y personalizado y no en abstracto.

g) Conclusiones

Existe cierta tendencia a ver las deficiencias mentales de modo algo rígido y determinista, como si estuvieran separadas de la vida moral de las personas (sobre todo las deficiencias apetitivas, más que las cognitivas). Además, a veces se tiende a verlas de un modo reductivo, como meros desórdenes cerebrales. La realidad es mucho más compleja y en este artículo se ha intentado mostrar el dinamismo sistémico en el que se forjan los trastornos mentales, más allá de los defectos. La "vida moral" a la que se ha aludido no se entiende como una simple honestidad o deshonestidad, sino como la actividad libre personal que, salvo casos excepcionales, siempre tiene un juego en el dinamismo psicofísico de los trastornos mentales. Las terapias psicológicas que afrontan los trastornos mentales ayudan a tratar a los pacientes como personas cuando respaldan los actos libres en los

que el individuo se empeña, como puede, en formar virtudes, incluso cuando la base fisiológica es deficiente. A lo largo del artículo se vio transversalmente la importancia del criterio teleológico que permite identificar los desequilibrios mentales, sin necesidad de etiquetarlos de modo excesivo, ya que todo trastorno mental debe verse siempre a la luz de todas sus dimensiones.

BIBLIOGRAFIA

Abud J. Principios de sanidad. Villa Allende (Córdoba): Alfa; 2025.

Ahonen M. Mental Disorders in Ancient Philosophy. Cham: Springer; 2014, en especial el capítulo "The Aristotelian concept of mental disorders, pp. 69-102.

Ahonen M. Ancient philosophers on mental illness. "History of Psychiatry". 2018; 30: 3-18. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0957154X18803508, [acceso 10-09.2025].

Aristóteles. Metafísica. Madrid: Gredos; 1998.

Aristóteles. Ética a Nicómaco. Madrid: Instituto de Estudios Políticos; 1970.

Aristóteles. Parva Naturalia. Madrid: Alianza; 1993.

Aristóteles. History of Animals (Books 7-10). Cambridge (MA): Harvard University Press; 1991.

Biondi M, Pasquini M, Picardi A. (eds.). Dimensional Psychopathology. Cham: Springer; 2018.

Biondi M. La mente selvaggia. Roma: Il Pensiero Scientifico; 1996.

Boorse C. Health as a Theoretical Concept. "Philosophy of Science". 1977; 44: 542-573.

Boorse C. A rebuttal on health. En: Humber JM, Almeder RF (eds.). What is Disease? Totowa (NJ): Humana Press; 1997. pp. 3-134.

Burns J, Swerdlaw R. Right Orbitofrontral Tumor with Pedophilia Sympton and Constructional Apraxia Sign. "Arch Neurol". 2003; 62: 437-440.

Cabanyes J, Monge MA (eds.). La salud mental y sus cuidados. Pamplona: Eunsa; 2017.

Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Buenos Aires, Siglo XXI, 1971.

Catita M et al. La normalidad en Medicina: una revisión crítica, "Philos Ethics Humanit Med". 2020; 15. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s13010-020-00087-2 [acceso 10/09 (2025].

Cavalcanti Neto L. Temas de psicología tomista. San Pablo: Instituto Lumen Sapientiae; 2017.

Crespo Saumell J. Aristóteles y la medicina, "Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia". 2017, 69: p169.

De Haan S. (a) Enactive Psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.

De Haan S. (b) An enactive approach to Psychiatry. "Philosophy, Psychiatry & Psychology". 2020; 27: 3-25.

De Haan S, Rietveld E, Denys D. Being free by losing control: What obsessive-compulsive disorder can tell us about free will. En: Glannon 2015. pp. 83-102.

Dewey S. A living death: Aquinas on mental illness. "Eudaimonia: the Georgetown Philosophical Review". 2006; 3, 45-49.

Dobson ML. Health as a Virtue: Thomas Aquinas and the Practice of Habits of Health. Cambridge: The Lutterworth Press; 2014.

Echavarría M. Santo Tomás y la enfermedad psíquica. "Actas de las Jornadas de Psicología y pensamiento cristiano". Buenos Aires: Educa; 2004. pp. 31-50.

Echavarría M. Las enfermedades mentales según Tomás de Aquino (I). "Scripta Mediaevalia". 2008; n. 1: 91.116.

Echavarría M. (II). Las enfermedades mentales según Tomás de Aquino (II). "Scripta Mediaevalia". 2009; n. 2: 85-105.

Focquaert F, Glenn AL, Raine A. Psychopathy and free will from a philosophical and cognitive neuroscience perspective. En: Glannon 2015. pp. 103-124.

Fortanet Fernández, J. El problema de la enfermedad en la obra de Foucauld. "Contrastes. Revista Internacional de Filosofía". 2022; 27: 81-96.

Foucauld M. Historia de la locura en la época clásica. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España; 2000 (original de 1961).

Fuchs Th. Ecology of the Brain. Oxford: Oxford University Press; 2018.

Galderisi S. The need of a consensual definition of mental health. "World Psychiatry". 2024; 23: 52-53.

Glannon W. Brain, Body, and Mind. Oxford: Oxford University Press; 2011.

Glannon W. (ed.), Free Will and the Brain. Cambridge: Cambridge University Press; 2015.

Jaspers K. General Psychopathology. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1997.

Kane R. A Contemporary Introduction to Free Will. Oxford: Oxford University Press; 2005.

Lennox JG. Health as an objective value. "J Med Philos". 1995; 20: 499-511.

Malo A., Vittime e oppressori. Roma: Edusc; 2024.

Martin M. From Morality to Mental Health. Oxford: Oxford University Press; 2006.

Meynen G. Free will and mental disorder: Exploring the relationship. "Theoretical Medicine and Bioethics". 2010; 31, 429-443.

Meynen G. How mental disorders can compromise the will. En: Glannon 2015. pp. 125-145.

Murillo JI. Health as a norm and principle of intelligibility. En: García AN, Silar M, Torralba JM (eds.), Natural Law: Historical, Systematic and Juridical Approaches. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars; 2008. pp. 361-375.

Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions, [acceso: 10-09-2025].

Pearce S., The place of free will and agency in psychiatric disorders. "BJ Psych Bulletin". 2020; 44: 44, 57-60.

Roth G. Amentia ex aegritudinibus cerebralibus. Psychopathologia in doctrina sancti Thomae et psychiatria biologica contemporanea. En: AA.VV. L'anima nell'antropologia di S. Tommaso d'Aquino. Milán: Massimo; 1987 (Actas del Congresso de la SITA de 1986). pp. 597-604.

Sadler J. Values and Psychiatric Diagnosis. Oxford: Oxford University Press; 2005.

Sanguineti JJ. Neurociencia y filosofía del hombre. Madrid: Palabra; 2014.

Schramme Th. Health as complete well-being: The WHO definition and beyond. "Public Health Ethics". 2023; 16: 210-218.

Schwartz PH. Reframing the disease debate and defending the biostatistical theory. "J Med Philos". 2014; 39: 572-580.

Suazo Zepeda B. Salud psíquica: una comprensión formal. "Studium". 2022; 25: 11-26.

Suazo Zepeda B. La naturaleza de la enfermedad psicológica. "Cuadernos de Psicología Integral de la Persona". 2025; n. 3: 43-60.

Szasz Th. El mito de la enfermedad mental. Barcelona: Círculo de Lectores; 1999.

Thorell A. Health and disease: Between Naturalism and Normativism, "Philosophy of Science". 2024; 91: 449-467.

Tomás de Aquino. Summa Theologiae. Milán: Ed. Paoline; 1988.

Tomás de Aquino. De Veritate. Turín: Marietti; 1964.

Tomás de Aquino. In decem libros Ethicorum. Turín Marietti; 1964.

Tomás de Aquino. De Malo. Turín Marietti; 1965.

Tomás de Aquino. De Spiritualibus Creaturis. Turín Marietti; 1965.

Tovar J, Ostrosky F., Mentes criminales, ¿eligen el mal? México: El Manual Moderno; 2013.

Wakefield J. The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. "American Psychologist". 1992; 47: 373-388.

Wulff HR. The concept of disease: from Newton back to Aristotle. "The Lancet". 1999; 354: SIV50.

EL ASENTIMIENTO Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA: CUESTIONES BIOÉTICAS Y LEGALES. PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN

ASSENT AND INFORMED CONSENT IN PEDIATRIC RESEARCH: BIOETHICAL AND LEGAL CONSIDERATIONS. A PROPOSAL FOR IMPLEMENTATION

Fecha de recepción: 22/10/2025
Fecha de aceptación: 10/12/2025

MARÍA AGUSTINA TOSCANI GÓMEZ

ORCID: https://orcid.org/0009-0000-8759-2659
Contacto: agustinatoscani@uca.edu.ar

- Abogada. Universidad Austral, Argentina.

  Magíster en Ética Biomédica. Pontificia Universidad Católica Argentina. Argentina.

  Docente del Instituto de Bioética y secretaria del CEI. Pontificia Universidad Católica Argentina. Argentina.

  Docente de la Facultad de Ciencias Biomédicas. Universidad Austral, Argentina.

  Miembro externo del CEI Hospital E. Tornú. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

MIGUEL DEL VALLE

ORCID: https://orcid.org/0009-0001-5793-6817

- Médico pediatra. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

  Médico honorario y miembro del Comité de Bioética del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

  Miembro Honorario Nacional Sociedad Argentina de Pediatría.

  Expresidente de la Subcomisión de Ética Clínica, Sociedad Argentina de Pediatría.

  Miembro externo del CEI y del Comité de Bioética del Hospital E. Tornú. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

  Exmiembro del Comité Central de Ética en Investigación. Ministerio de Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. CC-BY-NC-SA

MARÍA LAURA GARAU

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8951-2325

- Médica neuróloga. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

  Diploma en Seguridad del Paciente y Bioética. Universidad Austral, Argentina.

  Miembro del CEI Hospital Tornú. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

  Exdirectora General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional. Ministerio de Salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

  Expresidente del Comité Central de Ética en Investigación. Ministerio de Salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

  Expresidente y miembro del CEI Hospital J.A. Fernández. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

CLAUDIA TERESA VUKOTICH

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0278-7674

- Licenciada en Ciencias para la Familia, Licenciada en Orientación Familiar, y Magíster en Intervención en Poblaciones Vulnerables, Universidad Austral, Argentina.

  Diploma Superior en Bioética y Cuidados Paliativos, FLACSO, Argentina.

  Presidente del CEI Hospital E. Tornú, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

  Exmiembro del Comité Central de Ética en Investigación, Ministerio de Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo destaca la relevancia de la investigación en pediatría, así como los retos y dilemas éticos asociados a la obtención del asentimiento o consentimiento libre e informado. Se analiza la normativa argentina aplicable en este ámbito y se propone un modelo de implementación que puede adoptarse como referencia práctica para investigadores y comités de ética en investigación.

Palabras clave: Investigación - Pediatría - asentimiento - consentimiento informado - infancia-adolescencia

ABSTRACT

This paper highlights the importance of pediatric research as well as the ethical challenges and dilemmas associated with obtaining assent or free and informed consent. It lists the current argentinian regulations on the subject and presents a proposal for its application that may be useful for researchers and research ethics committees.

Keywords: Research - Pediatrics - Assent - Informed Consent - Childhood - Adolescence

I. LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

En Pediatría, muchos de los tratamientos son extrapolados de estudios en adultos. Esto es un problema, ya que los niños no son adultos pequeños: aún se encuentran en desarrollo, tienen enfermedades propias, diferente metabolismo, necesitan formulaciones especiales. Por ello, esta práctica puede conducir a terapias ineficaces y hasta riesgosas, dado que no han sido evaluadas adecuadamente en niños. Recordemos que un ensayo clínico pediátrico no sólo debe estudiar la seguridad y eficacia, sino también la formulación adecuada y justa para cada etapa del infante.

> "La situación es particularmente angustiante: cerca de la mitad de los medicamentos que se usan en pediatría no han sido debidamente probados en esa población. Medicamentos para niños con enfermedades oncológicas, VIH o reumatológicas entre otras, han aumentado la sobrevida y calidad de vida de muchos pacientes en los últimos 20 años gracias al desarrollo de ensayos clínicos en pediatría. La única manera de ofrecer medicamentos eficaces y seguros a nuestros niños es a través de la investigación. Este proceso se encuentra debidamente normalizado y reglamentado, garantizando la participación voluntaria y un adecuado balance de riesgos y beneficios."[1]

El panorama es incluso más desolador para la población de recién nacidos y bebés prematuros, por la dificultad de su incorporación a estudios y porque en las salas de parto o servicios de neonatología, los tiempos para decidir un tratamiento son muy breves, lo que excluye cualquier posibilidad de celebrar un consentimiento libre e informado para una investigación ante un caso de emergencia obstétrica.

Si bien se acepta la justificación de inclusión de población adulta en una primera fase, para luego ampliar la misma a participantes pediátricos, existen condiciones específicas de la niñez en la que no es factible realizar estudios en adultos.

II. LOS NIÑOS/AS/ADOLESCENTES SON POBLACIÓN VULNERABLE

La investigación en Pediatría es un verdadero desafío ético, ya que los niños son población vulnerable. El niño es vulnerable porque se encuentra en riesgo constante de ser perjudicado, maltratado, perseguido, lastimado, discriminado, menospreciado o influenciado negativamente por agentes hostiles frente a los que se halla en situación de inferioridad, indefensión o fragilidad.[2]

Las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación relacionada con la salud de Seres Humanos (Pautas CIOMS) desarrolla en la Pauta 15 la cuestión de la vulnerabilidad. Mientras que la Declaración de Helsinki de la AMM define como vulnerable a algunos grupos y personas que "corren un mayor riesgo de ser perjudicados o sufrir daños"[3], CIOMS aclara que este concepto implica no solo la capacidad de dar el consentimiento inicial para participar en una investigación, sino también aspectos de la participación continua en estudios de investigación. "En algunos casos, las personas son vulnerables porque no tienen la capacidad relativa (o absoluta) de proteger sus propios intereses. Esto puede ocurrir cuando las personas tienen deficiencias relativas o absolutas en su capacidad decisoria, educación, recursos, fuerza u otros atributos necesarios para proteger sus propios intereses."[4]

La vulnerabilidad es un estado que puede ser definitivo o no, depende cuál es la razón y fundamento de esa causal de vulnerabilidad. Si esas causas desaparecen, se modifican las condiciones. En el caso de los niños, niñas y adolescentes (N/N/A), su normal evolución cronológica y su madurez hace que esta vulnerabilidad se vaya modificando. Es por ello que aparece el concepto de "autonomía progresiva", que implica la posibilidad de emitir juicios y tomar decisiones per se, aun sin ser mayor de edad.

Las Pautas CIOMS se enfocan en la investigación con niños y adolescentes en la Pauta 17. Toda investigación clínica debe velar por los intereses y derechos de los niños y adolescentes, y éstos deben ser especialmente tutelados por los investigadores y los comités de ética de investigación al momento de redactar, celebrar y evaluar el proceso de Consentimiento Informado (CI) y, en el caso de los niños más pequeños, en su Asentimiento, para poder ser incluidos como participantes.

III. ASENTIMIENTO: DEFINICIONES

Asentir significa mostrar acuerdo o estar de acuerdo con lo que otra persona afirma o propone, ya sea verbalmente o mediante un gesto simple como el movimiento de la cabeza. La RAE lo define como "Admitir como cierto o conveniente lo que otra persona ha afirmado o propuesto antes".

En el caso de la investigación biomédica en niños, hablamos de Asentimiento para definir la respuesta positiva de un menor a su inclusión en un estudio, en los casos en que jurídicamente carece de aptitud para consentir plenamente por sí mismo esa participación. Lo que se acepta, entonces, es la información brindada

por los investigadores, que debe ser en términos sencillos y adecuados a su educación y grado de madurez, y debe comprender los objetivos, fines, procesos, y etapas del ensayo, la libertad para participar o no del mismo, y el entendimiento de los riesgos y beneficios que puede tener su inclusión. Cuando corresponde, el Asentimiento acompaña el Consentimiento libre e informado que deben celebrar sus padres o tutores.

"Es un proceso gradual de encuentro y diálogo entre el médico y el paciente menor ó entre el investigador y sujeto participante en una investigación, en donde se explicita en forma clara, simple y acorde a la edad del menor, la información necesaria para que el niño y/o adolescente puedan asentir libremente. Posteriormente se documenta por medio de un formulario de asentimiento escrito, fechado y firmado por ambas partes"[5]

El Asentimiento está en relación directa con la edad cronológica, pero sobre todo con el grado de madurez alcanzado, el que debe ser evaluado de manera particular. Teniendo en cuenta las dificultades que esto implica, suele tomarse cierta edad cronológica como punto de partida para que los investigadores se comprometan a solicitarlo. Ese corte etario estará también en función de las complejidades de la patología y los riesgos de las terapias experimentales. Aun en aquellos casos en que no se haya alcanzado la edad de corte para que el Asentimiento formal sea requerido, existe el derecho del menor y la obligación de los investigadores, padres y /o tutores de informar al N/N/A de la situación, independientemente de su edad y siempre en un lenguaje adecuado y acorde a su entendimiento.

Con respecto al grado de madurez, se considera que la capacidad de adquirir el pensamiento concreto ronda la edad cronológica de 7 años. El pensamiento abstracto se alcanza alrededor de los 12 ó 13, edad en la que algunos autores consideran que el N/N/A estaría en condiciones de firmar un consentimiento. Esta fue la opción del legislador al sancionar el Código Civil y Comercial de la Nación (CCC), como veremos seguidamente.

En relación a las edades, el Comité de Bioética de la AAP considera que recién a partir de los 7 años existiría la obligación de solicitar el asentimiento del niño, ya que antes no contaría con la madurez (*capacity*) necesaria para prestarlo.[6]

A nivel local, hubo en el año 2006 una publicación que sugería tomar de referencia la edad en la que los niños deben renovar por primera vez su Documento Nacional de Identidad, es decir, a los 8 años.[7] En Agosto de 2015 entró en vigencia el actual CCC, que establece en su art. 26 que

> "se presume que adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo"[8]

Debemos aclarar que el Código en este artículo no hace referencia explícita a la investigación clínica. Hay quienes interpretan que esta norma puede aplicarse a los actos relacionados con la salud en general. Otra postura considera que una investigación, por sus riesgos intrínsecos, excede lo que habitualmente integra "el cuidado del propio cuerpo."[9]

Al considerarse los 13 años como un punto de partida de la firma de un consentimiento para determinados actos médicos, se da por entendido que antes de la referida edad los niños/as no tienen aptitud para consentir, pero sí podrían asentir y acompañar lo que sus progenitores o responsables legales hubiesen decidido. Recordemos que el mismo artículo 26 dispone que "La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne, así como a participar en las decisiones sobre su persona."

IV. EL DERECHO A DISENTIR Y LA OBJECIÓN DELIBERADA

Al mismo tiempo, la posibilidad de que un N/N/A se niegue a participar de una investigación debe ser respetada en relación a su edad y su grado de madurez. Es lo que se llama "objeción deliberada" e implica, por parte del potencial participante menor de edad, un cuestionamiento o negativa a ser parte de un estudio. La objeción deliberada de un niño mayor o adolescente ha de distinguirse del comportamiento de un lactante o niño pequeño que llore o se retire ante cualquier estímulo adverso.

Desde el Código de Nüremberg de 1946, la Bioética contemporánea busca evitar que personas sean forzadas a participar en experimentaciones biomédicas, estableciendo su consentimiento como un requisito "absolutamente esencial"[10].

En el caso de niños menores de edad, también se busca respetar su opinión e integridad física, pero podría de todos modos reclutarse si se cumplen ciertos requisitos. La Pauta 17 CIOMS establece que "la negativa de un niño o adolescente a participar o continuar en una investigación debe respetarse, a menos que, en circunstancias excepcionales, esa participación se considere su mejor opción médica." Esto puede ocurrir cuando el niño o adolescente necesite un tratamiento que no se encuentra disponible fuera del contexto de la investigación, y siempre y cuando su participación en el ensayo tiene una perspectiva clara de generar un beneficio clínico y el médico tratante y el representante legal consideren que la intervención es la mejor opción médica disponible para el menor en cuestión.

Esta es la postura que sigue la Guía para Investigaciones con Seres Humanos del Ministerio de Salud de la Nación, reglamentada en la Resolución 1480/2011:

> "Objeción deliberada y asentimiento de los menores de edad. En general, debiera buscarse la cooperación voluntaria o asentimiento de un menor para participar en una investigación, luego de brindarle la información adecuada a su grado de madurez. Los niños que fuesen inmaduros para asentir con entendimiento pueden ser capaces de manifestar una 'objeción deliberada', es decir, una expresión de desaprobación o negación al procedimiento propuesto, la cual debiera respetarse, a menos que el niño necesite un tratamiento no disponible fuera del contexto de la investigación, la intervención en estudio implique una probabilidad de beneficio terapéutico y no haya una terapia alternativa aceptada. El CEI deberá determinar la edad a partir de la cual se requerirá el asentimiento del menor, en función de las características de cada estudio."[11]

Si se presentase este caso, sería conveniente que tanto la familia como los investigadores utilicen todos los recursos a su disposición para que el N/N/A pueda expresar el porqué de su negativa. Sería relevante poder comprender los motivos de su negativa a una práctica que, aun experimental, pudiese generar un potencial beneficio directo para él. A veces, tras las objeciones, puede haber miedos infundados o impresiones erradas por mala comunicación del equipo. Si este objetivo no se logra, se recomienda dar intervención al Comité de Bioética institucional, de existir, a fin de obtener orientación sobre el dilema y que excede el marco de la mera participación en una investigación biomédica.

V. NORMAS QUE FUNDAMENTAN LA FIRMA DEL ASENTIMIENTO

Las directrices internacionales que rigen las investigaciones biomédicas en seres humanos dedican en sus contenidos aspectos relacionados con la participación de los N/N/A, a veces incluyéndolos en sus articulados sobre población vulnerable, otras veces tratando el tema expresamente.

De acuerdo con el párrafo 29 de la Declaración de Helsinki, por pertenecer a un grupo vulnerable y al no contar con la plena capacidad para dar su consentimiento libre e informado, el infante participante "puede dar su asentimiento sobre su participación en la investigación. El médico u otra persona cualificada debe solicitarlo además del consentimiento del representante legal autorizado, en consideración de las preferencias y valores expresados por el potencial participante."[12]

Entre otros requisitos necesarios para comenzar una investigación en la que participarán niños y adolescentes, sostiene la Pauta 17 CIOMS: "el investigador y el comité de ética de la investigación deben asegurarse de que: uno de los padres del niño o el adolescente o un representante legalmente autorizado haya dado permiso para su participación; y se haya obtenido el acuerdo (asentimiento) del niño o el adolescente conforme a su capacidad para hacerlo, después de haber recibido la debida información sobre la investigación adaptada a su nivel de madurez".

Desde el punto de vista jurídico, siempre se debe partir de la base que los N/N/A son sujetos de derecho. A nivel nacional, la Convención de Derechos del Niño tiene jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22 CN) y nuestro país ha declarado que a los fines de su aplicación "se entiende por niño todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los 18 años de edad." (art. 2 Ley 23849)

Esto implica que les asiste el derecho a ser informados, así como a expresarse y ser escuchados, y que su opinión sea tenida en cuenta en base a su edad cronológica y grado de madurez. Hay que destacar el mandato del art. 3.1. de la citada Convención, que dispone que

> "En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá, será el interés superior del niño."[13]

Junto con los instrumentos internacionales enunciados, numerosas normas constitucionales generales son aplicables a la investigación en N/N/A, ya que puede estar en juego el derecho a la vida, a la salud, a la integridad física, a la libertad, entre otros.[14] Respetar la vida incluye respetar el cuerpo y la integridad física, que se expresa en el clásico principio de la ética: no dañar, o principio de no maleficencia. Como derivación de este principio, surge el principio bioético de totalidad o principio terapéutico, de notable aplicación en materia de investigación en personas humanas[15].

Sobre el Código Civil y Comercial de la Nación, además del ya citado art. 26, debemos mencionar el art. 58[16], sobre investigaciones biomédicas, y el 59[17], que regula el CI para actos médicos e investigaciones en salud, y que está en consonancia con la Ley 26529 de Derechos del Paciente. Si bien estas dos disposiciones no mencionan específicamente a los menores de edad, no podrían desconocerse. Deben tenerse presentes también el art. 25[18], que define adolescente a todo menor de edad que alcance los trece años, y el 641 y siguientes[19], sobre el ejercicio de la responsabilidad parental. Al respecto, se presume que los actos realizados por un progenitor cuentan con la conformidad del otro, salvo oposición expresa, excluyendo los actos que requieren el consentimiento manifiesto de ambos (art. 645). Recordemos que el principio de tutela de la familia y la patria potestad y del interés superior del niño son principios ético-jurídicos vertebrales en directa relación con el principio de justicia.[20]

Por otro lado, la Ley 25326 de Protección de datos personales define como "dato sensible" la información relativa a la salud de una persona (art. 2), por lo que se debe poner especial énfasis en la tutela de la confidencialidad y manejo de datos, recurriendo a técnicas de anonimización de datos o encriptamiento. Los estudios sobre enfermedades poco frecuentes o estigmatizantes, los ensayos multicéntricos con cruzamiento de información relevada, y/o almacenamientos en la nube o bases de datos externas deben ser especialmente revisados por los investigadores y los comités de ética para disminuir posibles filtraciones de datos y garantizar a los N/N/A participantes el resguardo de sus derechos.

En el año 2011, el Ministerio de Salud de la Nación dictó las resoluciones 1480 y 1928 que establecieron una "Guía para investigaciones en seres humanos". La misma sigue los lineamientos de Declaración de Helsinki (AMM, 2008), Pautas éticas internacionales para investigación biomédica en seres humanos (CIOMS, 2002), Guías operativas para comités de ética que evalúan investigación biomédica (OMS, 2000), Lineamientos para la Buena Práctica Clínica (ICH, 1996), Buenas prácticas clínicas: Documento de las Américas (OPS, 2005), entre muchos

otros documentos. Aclara también que fue sometida a evaluación por varias instituciones, entre ellas, la Sociedad Argentina de Pediatría.

Esta Guía establece una serie de puntos que deberán cumplirse para justificar la investigación sobre menores de edad:

"Individuos incapaces para otorgar el consentimiento. Son los individuos menores de edad y las personas con trastornos mentales transitorios, fluctuantes o permanentes. La investigación con estos grupos sólo se justifica cuando:

> (a) el conocimiento que se espera obtener de la investigación es suficientemente relevante en relación con los riesgos previsibles;
>
> (b) los riesgos de un estudio observacional son sólo ligeramente mayores a los asociados a los exámenes médicos y psicológicos de rutina de tales personas en la condición que se investiga;
>
> (c) los riesgos de una investigación experimental son similares a los de las intervenciones que usualmente reciben los individuos por la condición que se investiga; y
>
> (d) el CEI cuenta con especialistas o consulta a expertos en esos grupos en particular."[21]

En estos casos, "el consentimiento debe obtenerse de un representante legalmente reconocido del potencial participante, siempre respetando la voluntad de este último, en la medida que su capacidad lo permita." Sobre el asentimiento, establece que los investigadores "debieran buscar la cooperación voluntaria o asentimiento de un menor para participar en una investigación, luego de brindarle la información adecuada a su grado de madurez". El CEI deberá determinar la edad a partir de la cual se requerirá el asentimiento expreso del menor, en función de las características de cada estudio, como ya hemos mencionado.[22]

En el ámbito de la CABA debemos destacar el art. 39 de la Constitución de la Ciudad:

> "La Ciudad reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos activos de sus derechos, les garantiza su protección integral y deben ser informados, consultados y escuchados. Se respeta su intimidad y privacidad. Cuando se hallen afectados o amenazados pueden por sí requerir intervención de los organismos competentes."

Asimismo, las personas menores de edad están consideradas en el art. 10 inciso 5.a de la Ley 3301 de CABA[23], sobre Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud. Al respecto, el inciso 5.a.1. Exige el consentimiento previo del padre y la madre o el representante legal de los menores de edad y que se deberá reflejar "la voluntad expresa del menor". Por su parte, el inciso 5.a.2 dispone que "toda persona mayor de 14 años que tenga suficiente razón y se encuentre en condiciones de formarse un juicio propio, deberá brindar su asentimiento previo a toda intervención en investigaciones". En caso de desacuerdo entre el niño o adolescente y sus representantes, prevalecerá el interés superior de aquél determinado por el CEI o por un juez según corresponda.

Tras la entrada en vigencia del CCC en el año 2015, y ante los interrogantes que plantea el art. 26 CCC, el Comité Central de Ética e Investigación del Ministerio Salud de CABA emitió una recomendación titulada "Información sobre Consentimiento Informado en menores"[24], fijando su posición al respecto:

> "1. Investigaciones clínicas que involucren menores desde 0 hasta 13 años: el consentimiento deberá ser prestado por al menos uno de sus representantes legales, y se deberá tomar asentimiento del menor, según su edad y grado de madurez.
>
> 2.Para todas las investigaciones que involucren menores desde 13 hasta los 16 años, cuando comprometan su estado de salud o esté en riesgo la integridad o la vida, el consentimiento deberá ser prestado por el menor, juntamente con la asistencia de al menos uno de sus progenitores o representante legal, la que deberá acreditarse documentalmente.
>
> 3.Investigaciones farmacológicas que involucren menores de 16 a 18 años: el consentimiento deberá ser prestado por el menor, juntamente con la asistencia de al menos uno de sus progenitores o representante legal, la que deberá acreditarse documentalmente."

La misma generó algunas dudas entre los investigadores, debido a que no era claro su alcance: ¿era una "recomendación" obligatoria, y había que respetarla? ¿Pueden los CEI fijar límites en otras edades, como indica la Resolución 1480/11 del Ministerio de Salud de Nación?

Si bien la recomendación se encuentra basada en el art. 26 CCC y establece la posibilidad de firmar un CI por parte de los adolescentes, lo cierto es que ese artículo refiere a tratamientos médicos, no a la investigación. De hecho, el punto 2, al mencionar riesgos para la vida o la integridad física del menor, no tiene

presente que esas situaciones son excepcionales en la investigación pediátrica, ya que al superar el riego mínimo es poco probable que un CEI decida aprobarla. En los mayores de 16 años se hace referencia solo a investigaciones farmacológicas, dejando excluido todo otro tipo de estudio.

VI. EL ASENTIMIENTO DE MENORES DE 13 Y CI DE PARTICIPANTES ENTRE 13 Y 18 AÑOS: PROPUESTA DE APLICACIÓN

En consonancia por lo expresado por la Dirección de Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Nación[25] con respecto a la toma de CI en investigación, y a fin de simplificar la cuestión sobre los N/N/A participantes, compartimos y avalamos la siguiente propuesta:

- En el caso de menores de edad de 0 a 12 años se obtiene el consentimiento libre e informado de los progenitores o tutores, y el asentimiento del menor según su madurez (en general, a partir de los 7 años). Como ya mencionamos, legalmente se presume que los actos realizados por un progenitor cuentan con la conformidad del otro, salvo oposición expresa. Por lo que, si bien es conveniente que el CI cuente con el aval de ambos progenitores, contar con la firma de uno sería suficiente para justificar su validez.
- Para participación de adolescentes (13 a 18 años), se obtiene el consentimiento libre e informado junto con el asentimiento de los progenitores. Esto porque, más allá de lo que dispone el Código Civil y Comercial en su art. 26, entendemos que una investigación biomédica siempre presenta riesgos, por su misma naturaleza, y porque la investigación médica se lleva a cabo en el contexto de diversas desigualdades estructurales (Declaración de Helsinki AMM, 6). En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, autonomía, la privacidad y la confidencialidad de la información personal de los participantes de la investigación (Declaración de Helsinki, 9). Por tanto, se sugiere un mayor cuidado del participante menor de edad, con un proceso de consentimiento libre informado en el cual éste se encuentre asistido por sus progenitores o representantes legales.
- En las investigaciones categorizadas "sin riesgo" relacionadas con la salud del adolescente y sin intervención directa sobre el mismo (como relevamientos de información) podría llegar a obtenerse su consentimiento solamente. Pero esto debe ser evaluado y aprobado por el Comité de Ética

en Investigación en el caso concreto, ponderando el mejor interés y el ejercicio de la autonomía del adolescente, ya que pueden existir riesgos de otro tipo, vinculados a la confidencialidad, privacidad o impacto psicológico y/o emocional para el participante menor de edad.

Rango de edad	CI	Asentimiento
Niños de 0 a 12 años	Necesario de al menos 1 representante legal o progenitor	Se tomará a partir de los 7 años según su edad y grado de madurez
Adolescentes de 13 a 18 años	Consentimiento libre e informado del menor	Asistencia de al menos 1 representante legal o progenitor

VII. CONCLUSIÓN

Los N/N/A son una población vulnerable a los fines de una investigación clínica. Por ello, todos los intervinientes -investigadores, progenitores y/o tutores, miembros de CEI revisor- deben tomar la mayor cantidad de recaudos posibles para que los menores que participen sean respetados en sus derechos y protegidos frente a posibles riesgos. No obstante, su inclusión en la categoría de población vulnerable y la exigencia de mayores resguardos no debería traducirse en una restricción injustificada de su participación en investigaciones que puedan aportar beneficios a su propio grupo etario.

El proceso de comunicación, la contención por parte del equipo y la correcta oferta de información a la familia y en función de la edad y madurez al menor, como también la celebración del asentimiento o consentimiento informado, según corresponda, son requisitos ineludibles no solo para legalidad de la investigación pediátrica, sino para que la misma sea ética.

Basados en nuestra experiencia como miembros de CEI, y frente a las dificultades que enfrentan los investigadores en la materia, compartimos esta propuesta que consideramos puede ser de utilidad para la incorporación de participantes a protocolos de investigación en edades pediátricas y/o para los CEI revisores de las mismas.

REFERENCIAS

1 Sociedad Argentina de Pediatría. Posición de la SAP ante investigaciones biomédicas, 2014. Disponible en: https://www.sap.org.ar/nosotros/institucional/subcomisiones/investigacion-pediatrica (acceso 18/10/25).

2 Rodés Lloret F, Monera Olmos CE, Pastor Bravo M, directores. Vulnerabilidad infantil: un enfoque multidisciplinar. Madrid: Díaz de Santos; 2010.

3 Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013 (actualizada). Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion- de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/ (acceso 18/10/25).

4 Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Ginebra: CIOMS; 2016. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR- FINAL.pdf (acceso 18/10/25).

5 Stepansky N. El consentimiento informado como documento ético. Rev Hosp Niños (B Aires). 2015;57(256):17-25.

6 Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics. Informed consent in decision-making in pediatric practice. Pediatrics. 2016;138(2): e20161484. doi:10.1542/peds.2016-1484.

7 Del Valle M, Siede L, Stepansky N, Andrian G, Duro E. Propuesta para la información y asentimiento de niños y adolescentes que participan en investigaciones científicas. Cuadernos de Bioética. 2008;8 (12-13). Buenos Aires: AD-HOC.

8 Código Civil y Comercial de la Nación, Artículo 26 https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/ texact.htm (acceso 18/10/25).

9 Kemelmajer de Carlucci A, Herrera M, Lamm E, Fernández SE. El principio de autonomía progresiva en el Código Civil y Comercial: algunas reglas para su aplicación. Buenos Aires: Infojus; s.f. Disponible en: http://www.infojus.gov.ar Id SAIJ: DACF150461 (acceso 18/10/25).

10 Tribunal de Núremberg. Código de Núremberg, 1, 1947.

11 Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 1480/2011: Guía para investigaciones con seres humanos. Buenos Aires: Ministerio de

Salud; 2011. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1480-2011-187206 (acceso 18/10/25)

12 Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013 (actualizada). Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/ (acceso 18/10/25).

13 ONU, Convenciòn sobre los derechos del niño, 1989.Disponible en Texto de la Convención sobre los Derechos del Niño | UNICEF (acceso 18/10/25).

14 Lafferriere J. N. La investigación biomédica en personas humanas y su regulación jurídica. Revista Jurídica UCA. 2018. Disponible en: https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/8879/1/investigacion-biomedica-personas-humanas.pdf (acceso 18/10/25).

15 Idem

16 Código Civil y Comercial de la Nación, Artículo 58- Investigaciones en seres humanos. La investigación médica en seres humanos mediante intervenciones, tales como tratamientos, métodos de prevención, pruebas diagnósticas o predictivas, cuya eficacia o seguridad no están comprobadas científicamente, sólo puede ser realizada si se cumple con los siguientes requisitos:

a) describir claramente el proyecto y el método que se aplicará en un protocolo de investigación;

b) ser realizada por personas con la formación y calificaciones científicas y profesionales apropiadas;

c) contar con la aprobación previa de un comité acreditado de evaluación de ética en la investigación;

d) contar con la autorización previa del organismo público correspondiente;

e) estar fundamentada en una cuidadosa comparación de los riesgos y las cargas en relación con los beneficios previsibles que representan para las personas que participan en la investigación y para otras personas afectadas por el tema que se investiga;

f) contar con el consentimiento previo, libre, escrito, informado y específico de la persona que participa en la investigación, a quien se le debe explicar, en términos comprensibles, los objetivos y la metodología de la investigación, sus

riesgos y posibles beneficios; dicho consentimiento es revocable;

g) no implicar para el participante riesgos y molestias desproporcionados en relación con los beneficios que se espera obtener de la investigación;

h) resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal;

i) asegurar que la participación de los sujetos de la investigación no les resulte onerosa a éstos y que tengan acceso a la atención médica apropiada en caso de eventos adversos relacionados con la investigación, la que debe estar disponible cuando sea requerida;

j) asegurar a los participantes de la investigación la disponibilidad y accesibilidad a los tratamientos que la investigación haya demostrado beneficiosos.

17 Código Civil y Comercial de la Nación, Artículo 59.- Consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud. El consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, respecto a:

a) su estado de salud;

b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;

c) los beneficios esperados del procedimiento;

d) los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;

e) la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;

f) las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;

g) en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;

h) el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

Ninguna persona con discapacidad puede ser sometida a investigaciones en salud sin su consentimiento libre e informado, para lo cual se le debe garantizar el acceso a los apoyos que necesite.

Nadie puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado, excepto disposición legal en contrario.

Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente.

18 Código Civil y Comercial de la Nación, Artículo 25.- Menor de edad y adolescente. Menor de edad es la persona que no ha cumplido dieciocho años. Este Código denomina adolescente a la persona menor de edad que cumplió trece años.

19 Código Civil y Comercial de la Nación, Artículo 641.- Ejercicio de la responsabilidad parental. El ejercicio de la responsabilidad parental corresponde:

a) en caso de convivencia con ambos progenitores, a éstos. Se presume que los actos realizados por uno cuentan con la conformidad del otro, con excepción de los supuestos contemplados en el artículo 645, o que medie expresa oposición;

b) en caso de cese de la convivencia, divorcio o nulidad de matrimonio, a ambos progenitores. Se presume que los actos realizados por uno cuentan con la conformidad del otro, con las excepciones del inciso anterior. Por voluntad de los progenitores o por decisión judicial, en interés del hijo, el ejercicio se puede atribuir a sólo uno de ellos, o establecerse distintas modalidades;

c) en caso de muerte, ausencia con presunción de fallecimiento, privación de la responsabilidad parental o suspensión del ejercicio de un progenitor, al otro;

d) en caso de hijo extramatrimonial con un solo vínculo filial, al único progenitor;

e) en caso de hijo extramatrimonial con doble vínculo filial, si uno se estableció por declaración judicial, al otro progenitor. En interés del hijo, los progenitores de común acuerdo o el juez pueden decidir el ejercicio conjunto o establecer distintas modalidades.

20 Cfr. Lafferriere, op. Cit.

21 Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 1480/2011: Guía para investigaciones con seres humanos. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2011. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n -1480-2011-187206 (acceso 18/10/25).

22 Idem.

23 Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ley 3301: Investigación en salud en seres humanos. Disponible en: https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/investigacion/ley3301.pdf (acceso 18/10/25).

24 Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Salud. Nota NO-2016-13015171-DGDIYDP; 16 mayo 2016.

25 Ministerio de Salud de la Nación. Pautas generales para la obtención del consentimiento informado para participar de una investigación. Buenos Aires; 2016. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/pautas_generales_para_obtencion_consentimiento_inform ado.pdf (acceso 18/10/25).

CARNE CULTIVADA, BIOTECNOLOGÍA Y SOCIEDAD: ANÁLISIS BIOÉTICO A PARTIR DEL MÉTODO TRIANGULAR

CARING FOR PEOPLE AT RISK OF SUICIDE INSPIRED BY THE MESSAGE OF CHRISTIAN HOPE

Fecha de recepción: 30/10/2025
Fecha de aceptación: 11/12/2025

SILVIA J. BIRNENBAUM

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1991-1368
Contacto: silviabirnenbaum@uca.edu.ar

- Bioquímica, especialista en Bioquímica Clínica-inmunohematología y Banco de Sangre. Magister en Ética Biomédica.
  Profesora de Bioética en: Universidad Kennedy, Universidad Abierta Interamericana, Pontificia Universidad Católica Argentina.
  Investigadora en Bioética y Miembro del Comité de Ética de la Investigación. Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA).
  Bioquímica de planta del Servicio de Hemoterapia, Presidente del Comité de Bioética Hospitalaria y del Comité de Calidad del Hospital Santojanni. CABA.
  Secretaria de la Carrera de Bioquímica y miembro del Comité de ética de la Investigación. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Kennedy.

Instituto de Bioética / UCA - Vida y Ética Año 26 Nº 2 Diciembre 2025
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. CC-BY-NC-SA

GERARDO RUBÉN PERAZZO

ORCID: https://orcid.org/0009-0002-3569-0374
Contacto: grperazzo@gmail.com

- Médico urólogo. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
  Especialización en conducción y gestión de Hospitales. Universidad del Salvador, Argentina
  Subdirector Médico Hospital de Rehabilitación M. Rocca
  Magister en Ética Biomédica. Universidad Católica Argentina
  Director del Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Urología
  Coordinador del Instituto de Bioética. Universidad Católica Argentina
  Director de la Oficina de Ética de la Confederación Americana de Urología
  Miembro externo del Comité de Bioética y de Ética de la investigación del HGA. Tornú
  Vocal del Comité de ética en Investigación de la Universidad Católica Argentina, Argentina
  Past President de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Bioética (FELAIBE)
  Director de cursos de postgrado (presenciales y a distancia) de Urología y Bioética desde 2005

RESUMEN

La carne cultivada es una innovación biotecnológica que busca reducir el impacto ambiental, el sufrimiento animal y la presión sobre los sistemas alimentarios, aunque su aceptación social y moral sigue siendo debatida. Este estudio realiza un análisis cualitativo y hermenéutico desde el método triangular de Sgreccia para evaluar su legitimidad moral según la bioética personalista. Se integran además marcos culturales y aportes de tradiciones religiosas abrahámicas a partir de una revisión documental y del análisis temático de percepciones sociales. Los resultados muestran tensiones en torno a la naturalidad, autenticidad, confianza tecnológica, justicia distributiva y coherencia cultural del acto alimentario, junto con incertidumbres sobre trazabilidad, inocuidad y un modelo productivo basado en células y patentes. El juicio prudencial personalista indica que esta tecnología sólo puede considerarse moralmente aceptable cuando respeta la dignidad humana, garantiza transparencia, protege a los vulnerables, promueve justicia y sostenibilidad ecológica, y se integra de modo culturalmente responsable.

ABSTRACT

Cultivated meat is a biotechnological innovation that aims to reduce environmental impact, animal suffering, and pressure on food systems, although its social and moral acceptance remains debated. This study conducts a qualitative and hermeneutical analysis using Sgreccia's triangular method to assess its moral legitimacy from the perspective of personalist bioethics. Cultural frameworks and insights from Abrahamic religious traditions are also integrated through a documentary review and thematic analysis of social perceptions reported in recent studies. The results reveal tensions concerning naturalness, authenticity, technological trust, distributive justice, and the cultural coherence of eating practices, as well as uncertainties related to traceability, safety, and a cell- and patent-based production model. The personalist prudential judgment indicates that this technology can only be considered morally acceptable when it respects human dignity, ensures transparency, protects vulnerable groups, promotes justice and ecological sustainability, and is integrated in a culturally responsible manner. The study offers criteria to guide public

El trabajo aporta criterios para orientar políticas públicas, decisiones productivas y elecciones de consumo desde un enfoque ético humanizador.

Palabras clave: carne cultivada; bioética personalista; método triangular; biotecnología; ética alimentaria; religiones abrahámicas; sostenibilidad.

policies, production decisions, and consumer choices from a humanizing ethical approach.

Keywords: cultivated meat; personalist bioethics; triangular method; biotechnology; food ethics; abrahamic religions; sustainability.

1. INTRODUCCIÓN

La innovación biotecnológica orientada a la producción de tejidos animales fuera del organismo, conocida como carne cultivada, logró trascender la esfera científica para convertirse en un tema de amplio debate público y regulatorio. Se piensa como un proceso que se presenta como una solución potencial a problemas globales como la seguridad alimentaria, el impacto ambiental sobre nuestra casa común, con el uso de la ganadería extensiva. Sus promesas como la reducción del sacrificio animal, la potencial disminución de la huella ambiental y el control de riesgos sanitarios, se contraponen a incertidumbres técnico-económicas, retos regulatorios y tensiones culturales relativas a la identidad alimentaria. [1,2] Desde la perspectiva de la bioética, este fenómeno exige un análisis que involucre evaluaciones científicas, juicios normativos y percepciones sociales.

La bioética personalista, sitúa la dignidad y centralidad de la persona como criterio primario de juicio, por lo que ofrece una lente particular para evaluar la legitimidad y los límites de la intervención biotecnológica en la esfera alimentaria. [3,4] Más allá de consideraciones utilitarias, la mirada personalista enfatiza la integridad corporal, la justicia distributiva, la responsabilidad intergeneracional y el bien común, requisitos que resultan especialmente pertinentes cuando la tecnología altera prácticas culturales tan arraigadas como la alimentación.[5] Para garantizar un análisis integral, se adoptó el método triangular de Elio Sgreccia, que articula hechos, antropología, valoración ética y orientación prudencial. Sabemos que desde la bioética la técnica y la ciencia son instrumentos para un bien completo e integral y que antes de ejecutarlo es necesario realizar por lo menos dos juicios: uno relacionado con la evaluación de la licitud desde la mirada ética y otro desde la oportunidad, relacionándolo por el fin propuesto. El objetivo es

ofrecer criterios éticos, informados por la evidencia técnica y por la reflexión personalista, útiles para la gobernanza responsable de este desarrollo.

ANTECEDENTES Y CONTEXTO REGULATORIO GLOBAL

El desarrollo de la carne cultivada es el resultado de más de un siglo de avances científicos en el cultivo de tejidos en los laboratorios y la biotecnología alimentaria. Sus antecedentes remotos pueden rastrearse a inicios del siglo XX, cuando Alexis Carrel demostró que los tejidos podían mantenerse vivos fuera del organismo mediante técnicas de cultivo in vitro.[6,7] Aunque estas investigaciones tenían fines biomédicos, sentaron las bases conceptuales para comprender que el crecimiento tisular en ambientes controlados era posible.[8] Su desarrollo contemporáneo tomó forma recién en la última década, impulsado por la búsqueda de alternativas a la ganadería tradicional y por avances en ingeniería de tejidos y medios de cultivo. El verdadero punto de inflexión ocurrió en 2013, cuando el equipo de Mark Post presentó públicamente, la primera hamburguesa cultivada, demostrando que la producción de carne sin sacrificio animal era técnicamente viable, de esta manera se abrió un nuevo campo de innovación alimentaria. [9,10]

Desde entonces, el despliegue internacional ha sido rápido y geográficamente desigual. En términos regulatorios, la década de 2020 marcó un nuevo capítulo. Singapur se convirtió ese año en el primer país del mundo en aprobar la comercialización de carne de pollo cultivada.[11,12] En 2023, Estados Unidos otorgó las primeras autorizaciones federales para la carne aviar cultivada, lo que confirmó el avance del sector en mercados de alta exigencia sanitaria.[13,14] Paralelamente, Israel estableció programas de investigación y entornos regulatorios favorables, con el respaldo explícito del Ministerio de Salud y fuertes inversiones públicas en proteínas alternativas, logrando, a principios de 2024, la aprobación regulatoria para vender carne de vaca cultivada destinada al consumo humano, lo que lo convirtió en el primer país del mundo en autorizar la comercialización de ese producto.[15,16] En Australia y Nueva Zelanda, a mediados de 2025, la autoridad regulatoria aprobó la venta de carne cultivada a base de codorniz.[17]

En América Latina, el escenario es diferente, ya que la región no cuenta aún con aprobaciones regulatorias, pero sí con un crecimiento significativo en investigación y proyectos piloto. Brasil emerge como uno de los líderes regionales, con iniciativas académicas y empresariales apoyadas por programas de innovación en proteínas alternativas. [18] En Argentina, el Ministerio de Ciencia ha promovido

plataformas de investigación y convocatorias específicas, aunque el país se mantiene en una etapa pre-regulatoria.[19]

La investigación y el desarrollo en carne cultivada en la actualidad, están activos en decenas de países, lo que confirma que se trata de un fenómeno global y dinámico. Aunque muchos de estos, aún no cuentan con aprobaciones regulatorias definitivas, la actividad científica y empresarial indica que el sector se encuentra en una fase de expansión tecnológica, más que de distribución masiva. [20] Sin embargo, su difusión desigual pone en evidencia la necesidad de acompañar esta expansión con debates éticos, regulatorios y sociales que acompañen la introducción de estas tecnologías y estén basados en los principios de equidad, transparencia y justicia social, para evitar que se transforme en un bien exclusivo de algunos países o sectores.

OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo tiene como propósito analizar de manera integral los desafíos éticos, sanitarios, ambientales, regulatorios y religiosos asociados a la carne cultivada, abordándolos desde la perspectiva de la bioética personalista. Para ello, se adopta el método triangular propuesto por Elio Sgreccia, que permite articular de modo sistemático la evidencia científica disponible, los marcos normativos vigentes y las percepciones sociales y culturales involucradas en la valoración de esta biotecnología emergente.

En este contexto, esta investigación busca examinar, desde la bioética personalista, los principales dilemas vinculados al desarrollo y eventual adopción de la carne cultivada, considerando sus implicancias para la dignidad humana, el cuidado del ambiente, la seguridad alimentaria y la justicia social.

Las preguntas de investigación que guían este estudio se centran en esclarecer qué tensiones antropológicas y éticas plantea la carne cultivada desde la bioética personalista, y cómo diferentes tradiciones religiosas evalúan su legitimidad moral. Asimismo, se busca indagar qué beneficios ambientales y de seguridad alimentaria se proyectan, y cuáles son las incertidumbres relevantes asociadas, así como determinar qué marcos regulatorios y criterios de justicia distributiva resultan compatibles con una concepción personalista del bien común.

METODOLOGÍA

Este estudio adopta el método triangular de Elio Sgreccia, una metodología propia de la bioética personalista que articula de manera sistemática tres niveles de análisis: en el primer momento se aborda el dato biológico y técnico-científico, en el segundo, se profundiza sobre la interpretación antropológica y personalista de la persona, y en el último, la valoración ética final. Este enfoque permite integrar evidencia científica, fundamentos antropológicos y principios éticos para evaluar con coherencia moral la legitimidad de las innovaciones biotecnológicas.

El procedimiento se aplicó de manera secuencial y convergente. Primero se estableció un conocimiento objetivo sobre la carne cultivada desde las ciencias biomédicas, tecnológicas y ambientales; luego se analizaron los presupuestos antropológicos, regulatorios y doctrinales relevantes; y finalmente, ambos niveles se integraron en una síntesis ética personalista, orientada por los principios de dignidad humana, integridad, bien común, justicia y responsabilidad.

Momento 1: Dato biológico y técnico-científico

Consistió en una revisión bibliográfica sistematizada sobre la base científica de la carne cultivada. Se efectuó una búsqueda en bases académicas como PubMed, Scopus, Google Scholar y en informes técnicos de organismos internacionales hasta diciembre de 2024.[21] Los términos de búsqueda incluyeron: *cultured meat, cell-based meat, lab-grown meat, life cycle assessment cultivated meat, food safety cultivated meat*.[22]

Se seleccionaron artículos originales, revisiones, reportes técnicos y análisis de ciclo de vida (LCA, *Life Cycle Assessment*) con criterio de relevancia y calidad metodológica.[23] Se trabajó especialmente con la valoración de estudios de evaluación del LCA, con análisis sistemáticos que buscan medir los impactos ambientales del producto desde el inicio del proceso hasta su final.[24] Esto significa considerar todas las etapas, desde la extracción de materias primas hasta la disposición de residuos, incluyendo producción, transporte, uso y eliminación. El propósito del LCA es identificar dónde se generan los mayores impactos ambientales, como emisiones de gases de efecto invernadero, consumo de agua y energía, uso de tierra o contaminación asociada a los insumos y procesos utilizados.

En el caso de la carne cultivada, los LCA permiten evaluar la sostenibilidad real de la innovación biotecnológica. Aunque se espera que su producción reduzca el impacto ambiental comparado con la ganadería convencional, los resultados dependen de factores como el medio de cultivo, la eficiencia de los biorreactores

y la fuente de energía empleada. Algunos estudios predicen reducciones importantes en la huella de carbono y el uso de agua, mientras que otros muestran que, si se utilizan fuentes de energía no renovables o medios de cultivo costosos y complejos, el beneficio puede ser menor o incluso negativo. [25] Esta variabilidad subraya la necesidad de realizar análisis cuidadosos y transparentes antes de implementar la tecnología a escala industrial.[26,27]

Desde la bioética personalista, los LCA no son solo un dato técnico, sino aportan los datos para reflexionar acerca de la responsabilidad moral de introducir nuevas tecnologías en la alimentación humana. Conocer y evaluar los impactos ambientales es fundamental para asegurar que la innovación respete la integridad de la creación, promueva la sostenibilidad y contribuya al bien común, considerando tanto a las personas como al resto de la vida en el planeta. La información proveniente de estos estudios también fortalece la transparencia y la confianza social, aspectos centrales para un uso responsable de la biotecnología en la comunidad.

Momento 2: Nivel antropológico

En este vértice se analizó el significado antropológico, normativo, cultural y religioso asociado a la carne cultivada, en relación con la dignidad humana, el sentido de la alimentación y el lugar de la biotecnología en la vida social. En este paso del método triangular se interpreta el hecho técnico a la luz de la antropología adecuada, considerando la integridad corporal, la responsabilidad ecológica, el destino universal de los bienes y la relación persona-creación.

Se aplicó un análisis hermenéutico personalista, orientado a identificar la concepción de la persona, el valor moral de la intervención tecnológica, el significado simbólico de la carne y los elementos culturales que inciden en su aceptación o cuestionamiento moral.[3] Se examinaron marcos regulatorios comparados, criterios de inocuidad y políticas de trazabilidad, documentos religiosos y ético-doctrinales de tradiciones católicas, judías, musulmanas y otras espiritualidades, así como reflexiones de organismos internacionales.[28,29,30,31]

Momento 3: Valoración ética personalista

En esta fase se integraron los hallazgos del nivel técnico-científico y antropológico para realizar una síntesis crítica personalista, guiada por los principios de dignidad de las personas, defensa de la vida e integridad corporal, subsidiariedad, justicia y bien común, responsabilidad intergeneracional y cuidado de la creación.

La valoración ética se formuló siguiendo la lógica planteada por Sgreccia. Este proceso permitió establecer criterios bioéticos para el desarrollo responsable de la carne cultivada, evaluar sus condiciones de legitimidad moral y delinear orientaciones para políticas públicas, regulación y comunicación social transparente.

RESULTADOS

Momento 1: Dato biológico y técnico-científico

La revisión bibliográfica permitió identificar cuatro áreas centrales relacionadas con la carne cultivada: (a) plataforma biotecnológica y estado del desarrollo; (b) requerimientos materiales y bioquímicos para la expansión celular; (c) impactos ambientales y límites de los análisis prospectivos; y (d) riesgos sanitarios y desafíos asociados a la producción.

a. Plataforma biotecnológica y estado del desarrollo

Los estudios revisados coinciden en describir la carne cultivada como un proceso basado en el cultivo in vitro de células animales, principalmente mioblastos o células satélite musculares, en sistemas de proliferación y diferenciación dentro de biorreactores controlados. [32] La literatura científica identifica tres líneas de avance relevantes. En primer lugar, se optimizaron líneas celulares con mayor capacidad proliferativa y mejor estabilidad genética, lo que permite ciclos de crecimiento más largos y reduce costos, aunque persisten dudas sobre la estabilidad genómica a largo plazo y la necesidad de marcadores de seguridad adecuados para uso industrial. En segundo lugar, se desarrollaron andamios (scaffolds) comestibles, incluyendo matrices de colágeno, gelatina vegetal, alginatos, hidrogeles y polímeros biodegradables, capaces de soportar adhesión, proliferación y diferenciación celular.[33,34,35] Estos materiales permiten orientar parcialmente las fibras musculares, pero la replicación de la compleja arquitectura tridimensional del tejido animal, necesaria para obtener cortes comparables a filetes, continúa siendo limitada.[36] Finalmente, los avances en biorreactores muestran que la mayor parte de los logros se obtienen a pequeña escala, en etapas piloto: al intentar escalar la producción, surgen dificultades para mantener condiciones homogéneas de oxigenación, nutrientes y eliminación de desechos, lo que disminuye la eficiencia y aumenta el consumo energético y los costos por volumen de cultivo.

b. Requerimientos materiales: medios de cultivo, factores de crecimiento y energía

Los estudios actuales señalan de manera consistente que el medio de cultivo es el principal factor económico y ambiental en la producción de carne cultivada. Incluso con medios libres de suero fetal bovino, una de las grandes objeciones al procedimiento original, el cultivo celular requiere formulaciones nutritivas complejas que elevan tanto los costos como la huella ambiental del proceso. [37,38]

En relación con la energía, los análisis de LCA muestran que la producción de carne cultivada necesita grandes cantidades de electricidad para mantener los biorreactores en condiciones óptimas. En escenarios industriales, el consumo energético podría incluso ser mayor que el de la carne convencional si no se incorporan fuentes renovables. [39]

Respecto a las materias primas y nutrientes, se exploran opciones más sostenibles como hidrolizados vegetales, aminoácidos sintéticos y extractos microbianos, a pesar de que aún existen dudas sobre la disponibilidad global y la competencia con otros sectores agrícolas y biotecnológicos. [40]

Desde una perspectiva comunitaria, estos desafíos muestran que la adopción de la carne cultivada requiere políticas que aseguren sostenibilidad, acceso equitativo y transparencia, para evitar que se convierta en un producto exclusivo o en una innovación con efectos negativos para las comunidades. [40]

c. Impactos ambientales: incertidumbre y divergencia entre modelos

Los análisis LCA revisados muestran una alta variabilidad y dependen de supuestos aún especulativos, especialmente porque actualmente no existen plantas industriales de carne cultivada operando a gran escala. Por esto, los resultados deben analizarse como proyecciones condicionadas y no como impactos definitivos. [41]

En relación con la huella de carbono, algunos modelos proyectan reducciones frente a la ganadería tradicional, mientras que otros advierten que, con matrices energéticas no renovables, las emisiones podrían igualar o superar a las de la producción convencional, afectando especialmente a comunidades ya expuestas a desigualdades ambientales.[39] La evidencia sobre uso de agua y tierra, muestra que la producción celular genera reducciones importantes que podrían beneficiar a regiones con estrés hídrico o alta presión agrícola.[41]

Estos límites metodológicos refuerzan la necesidad de una gobernanza que priorice la dignidad de las personas y comunidades afectadas. Esto exige participación informada, justicia ambiental y evaluaciones integrales que eviten invisibilizar a los territorios involucrados en la cadena productiva. [40]

d. Riesgos sanitarios y desafíos asociados a la producción.

La evidencia disponible coincide en que la carne cultivada presenta ventajas sanitarias, pero que estas deben evaluarse a la luz de su impacto real que tendrá en las comunidades consumidoras y en la solidez de los sistemas de control alimentario. Entre los beneficios, la producción en entornos altamente controlados podría reducir la exposición a patógenos zoonóticos y eliminar el uso de antibióticos que se utilizan rutinariamente en la actualidad en la cría de animales, lo que constituye un beneficio especialmente relevante para poblaciones afectadas por la resistencia antimicrobiana.[42,43] Asimismo, la precisión en la composición del medio de cultivo permitiría disminuir la variabilidad microbiológica y química, algo valioso para regiones con menor capacidad de inspección.[44]

Sin embargo, persisten desafíos significativos. La inocuidad a largo plazo de los factores recombinantes utilizados en medios de cultivo sin suero sigue siendo incierta, lo que genera dudas entre consumidores y reguladores.[45] A esto se suman riesgos tecnológicos propios de los sistemas cerrados como contaminación por endotoxinas, bacterias pequeñas como los micoplasmas o proteínas residuales, que pueden amplificarse en el escalado industrial, afectando potencialmente a grandes comunidades.[46] Estas exigencias plantean dificultades para las agencias sanitarias, especialmente en contextos con marcos regulatorios frágiles.

También existe falta de consenso sobre la equivalencia nutricional, cuestión crítica para poblaciones que dependen de la carne como fuente principal de hierro o aminoácidos esenciales. [47] La ausencia de estándares claros puede generar inequidades si se ofrecen productos con perfiles nutricionales distintos sin la debida información.

Además, la falta de definición regulatoria vinculada con la clasificación del producto que no define si se trata de carne, alimento biotecnológico o una categoría híbrida, afecta la trazabilidad, el etiquetado y la confianza pública. [41,48]

Estos desafíos resaltan la necesidad de marcos de gobernanza que garanticen prudencia, justicia informativa y protección de las comunidades más vulnerables, promoviendo decisiones responsables basadas en transparencia, participación y respeto por la dignidad de las personas.

La literatura reciente coincide en que la carne cultivada aún presenta limitaciones tecnológicas que condicionan su viabilidad social, sanitaria y en especial, ambiental. Una de las principales es la escalabilidad industrial que permitiría la producción de grandes volúmenes de producto, vinculada al costo y disponibilidad de medios de cultivo. Aunque la eliminación del suero fetal bovino constituye un avance ético, los medios libres de suero siguen dependiendo de factores recombinantes costosos y de producción limitada, lo que restringe la accesibilidad y dificulta que comunidades diversas puedan beneficiarse de la innovación. [49,50,51]

Otro desafío central es la reproducción de texturas complejas, especialmente en productos que aspiran a imitar cortes enteros. Las tecnologías necesarias todavía no logran replicar la estructura propia del tejido muscular. [52,53] Esto tiene implicancias bioéticas, porque la aceptación cultural y sensorial del alimento es parte del acceso equitativo y del respeto a las prácticas alimentarias de cada comunidad. [54]

Los estudios también remarcan la necesidad de reducir el consumo energético, debido a que los biorreactores actuales requieren temperatura constante, aireación y altos niveles de esterilidad. En contextos basados en energías no renovables, la huella ambiental podría incluso aumentar, afectando de manera desproporcionada a poblaciones vulnerables al cambio climático. [21]

En el plano sanitario, se observa la ausencia de protocolos estandarizados de seguridad alimentaria específicos para productos cultivados. La incertidumbre regulatoria impacta especialmente en consumidores con menor acceso a información clara y confiable, por lo que se requieren guías que contemplen riesgos biotecnológicos emergentes. [55]

Por último, la literatura destaca la importancia de fortalecer la trazabilidad, el etiquetado y la transparencia tecnológica. Desde una ética orientada al cuidado de la persona, estos elementos no son solo obligaciones normativas, sino condiciones para asegurar confianza pública, participación informada y respeto por la identidad cultural en torno a la alimentación.[56]

Síntesis objetiva

La biotecnología alimentaria, en especial la producción de carne cultivada, representa un avance significativo en el conocimiento científico, al buscar desarrollar alimentos seguros, nutritivos, sustentables y adaptados a las necesidades de la población.

Sin embargo, este progreso también evidencia limitaciones y riesgos que surgen en cada una de las etapas de su producción y hasta su disposición final, que deben ser cuidadosamente evaluados, como posibles efectos desconocidos sobre la salud humana, impactos ambientales y la concentración de la producción en manos de pocas empresas.

Momento 2: Valoración antropológica

1. Fundamentos antropológicos

Desde la bioética personalista, toda innovación tecnológica debe ser evaluada a partir del valor intrínseco de la persona, entendida como unidad de cuerpo y espíritu, dotada de dignidad inalienable y situada en relación con los otros y con la creación. En este marco, el principio de precaución orienta la reflexión ética, ya que busca proteger de manera integral frente a escenarios de incertidumbre y posibles riesgos aún no completamente identificados. [57] En este contexto, resulta indispensable considerar la vulnerabilidad humana; una vulnerabilidad entendida como apertura a la dependencia, al límite y a la necesidad de cuidado, que fundamenta la responsabilidad moral de los otros hacia ella.

Este horizonte exige considerar diversas dimensiones. La dignidad corporal exige el respeto por la integridad en los procesos que intervienen en la alimentación humana. La responsabilidad moral orienta el uso de la biotecnología hacia bienes verdaderamente humanos y previene cualquier forma de instrumentalización de la vida. [58] El bien común exige valorar la justicia en el acceso, la sostenibilidad de los procesos y la aceptación social responsable. La solidaridad intergeneracional y ecológica invita a examinar los impactos ambientales y comunitarios asociados a la carne cultivada. [59] Finalmente, la coherencia antropológica busca evitar distorsiones culturales o simbólicas que transformen el alimento en un producto puramente artificial, desvinculado de su sentido humano y social.

Este marco interpretativo permite comprender que las normativas, los valores religiosos y las percepciones sociales no son datos aislados, sino criterios ético-culturales relevantes para el discernimiento prudencial del tercer momento del método triangular.

2. Horizonte cultural y social

En el análisis de las circunstancias que rodean el acto de producir y consumir carne cultivada emergen diversas dimensiones científicas, culturales, simbólicas, espirituales y ético-sociales que condicionan su futura valoración moral. La litera-

tura reciente señala que, pese al creciente interés público, persiste un conocimiento limitado respecto del proceso biotecnológico, acompañado por una demanda sostenida de información clara sobre sus fundamentos científicos. [60]

Los estudios disponibles destacan el potencial de esta tecnología para reducir el impacto ecológico, optimizar el uso de recursos y minimizar el sufrimiento animal, mientras que los análisis provenientes del ámbito de la salud subrayan la necesidad de evaluar con rigurosidad la inocuidad, la composición nutricional y la equivalencia biológica respecto de la carne convencional. [61]

Distintos autores advierten sobre inquietudes vinculadas con la naturalidad del alimento, la posibilidad de hiperprocesamiento y la creciente distancia simbólica entre consumidores y procesos productivos. Una línea de discusión relevante se refiere al riesgo de mercantilización de la vida biológica, particularmente frente a la creación y uso extensivo de líneas celulares destinadas a la producción industrial, lo que plantea interrogantes éticos sobre la reducción de la vida animal, a un recurso funcional o mercancía.

Desde la perspectiva ética y social, la literatura coincide en subrayar la necesidad de garantizar un acceso equitativo a esta tecnología, evitar su concentración en grupos privilegiados y promover mecanismos de transparencia, etiquetado adecuado, debate público informado y participación de la sociedad civil, condiciones esenciales para generar confianza social en un ámbito emergente.

Las publicaciones consultadas muestran que, si bien existe una apertura moderada hacia la carne cultivada, permanecen interrogantes significativos vinculados con la identidad del alimento, el respeto y la protección de la vida, la justicia distributiva, la vulnerabilidad del consumidor, la dimensión espiritual del acto alimentario y el modelo de desarrollo biotecnológico que se impulsará. Estas consideraciones enriquecen el análisis desde la bioética personalista al iluminar los valores, significados y simbolismos que la sociedad atribuye a esta forma de innovación.

3. Aspectos normativos

El análisis de los marcos normativos y regulatorios muestra que los países que avanzaron en la evaluación de la carne cultivada aplican criterios de seguridad alimentaria, trazabilidad, evaluación de riesgos, precaución y transparencia hacia el consumidor. Aunque estas regulaciones aún se encuentran en consolidación, se observa un énfasis común en garantizar la inocuidad del proceso biotecnológico, la validez científica de los insumos y la supervisión estatal de las etapas de producción. [62]

Desde una lectura personalista, estos marcos normativos expresan la responsabilidad pública de proteger la salud, promover la justicia en el acceso y generar entornos de confianza. En realidad, medidas como la trazabilidad y la transparencia responden al deber moral de no generar daño y al derecho de los consumidores a una información suficiente, clara, oportuna y veraz, lo que fortalece la legitimidad social de la innovación. [63]

4. Mirada religiosa y espiritual

Las tradiciones religiosas y espirituales ofrecen un contexto interpretativo esencial para valorar la carne cultivada, ya que articulan visiones sobre la persona, la creación y el orden moral que orientan la comprensión comunitaria de la licitud y de la responsabilidad en el uso de biotecnologías emergentes. Desde esta perspectiva, la dimensión espiritual destaca el valor simbólico de la relación entre los seres humanos, los animales y el alimento. Diversos análisis señalan que la carne cultivada puede generar tensiones en el vínculo con la identidad que, en numerosas culturas, vincula vida, alimento y comunidad, especialmente donde el alimento es concebido como un bien portador de sentido, identidad, vínculo y gratitud. Así, estas tradiciones no constituyen un elemento accesorio, sino un criterio relevante para discernir la coherencia antropológica y el sentido moral de esta innovación tecnológica.

a. Tradiciones abrahámicas

En el judaísmo no existe una prohibición formal sobre el consumo de carne cultivada; sin embargo, algunos rabinos ortodoxos expresan reservas cuando las células provienen de animales no permitidos para el consumo o si el proceso implica una manipulación biológica percibida como incompatible con la *Halajá*; la ley judía.[64] El debate se centra en la condición de *kasher,* apto para el consumo desde la mirada de la ley alimentaria halájica, del producto final y en la pureza de los insumos utilizados, factores que determinan su aceptabilidad dentro de comunidades observantes.[65,66] Esta evaluación pone de manifiesto la importancia de respetar la integridad ritual y la continuidad de la tradición alimentaria.

En el cristianismo no existe un rechazo oficial. Sin embargo, ciertos sectores conservadores plantean que "fabricar" carne podría interpretarse como una intervención indebida en la creación, llamando a discernir el lugar adecuado del ser humano frente a la biotecnología. [67] Estos posicionamientos resaltan la necesidad de ejercer la técnica con responsabilidad moral, respetando la dignidad de los seres vivos y evitando un uso arbitrario de la creación. [68,69]

En el islam, la carne cultivada no está prohibida mientras cumpla con los criterios *halal*, permitido por la ley religiosa musulmana, incluyendo la procedencia de las células y la pureza de los materiales utilizados en la elaboración.[70] Algunos líderes plantean reservas cuando perciben la tecnología como una alteración antinatural, aunque no existe prohibición doctrinal formal.[71] En la reflexión islámica se destaca la importancia de la transparencia del proceso y la adhesión a los principios de pureza y licitud alimentaria. [72]

b. Otras religiones y espiritualidades

Las posturas varían en el hinduismo, ya que en este culto, mientras algunos sectores vegetarianos estrictos rechazan la carne cultivada por su origen en células animales; otros la consideran moralmente preferible a la carne convencional por reducir el sacrificio animal y el impacto ambiental.[73] Aquí se observa la centralidad de la no violencia, *ahimsa*, el principio de vivir sin causar daño a ningún ser vivo, y la coherencia con prácticas alimentarias basadas en la pureza ritual.[74]

Si bien no existe prohibición formal, muchos adherentes al jainismo objetan el uso de células animales, incluso en contextos de daño mínimo, basándose en la *ahimsa* como principio rector. La preocupación recae en la coherencia moral entre medios y fines.[73]

En el budismo no hay un rechazo doctrinal explícito; sin embargo, comunidades que practican vegetarianismo estricto pueden desaconsejar la carne cultivada debido a su origen animal. La preocupación ética se relaciona con evitar causar sufrimiento y mantener prácticas coherentes con la compasión hacia todos los seres vivos, *ahimsa*.[75] Esto resulta la clave de la conducta ética o *sila*.

Diversas tradiciones indígenas, animistas y algunos movimientos fundamentalistas contemporáneos manifiestan un rechazo espiritual u ontológico a la incorporación de este producto; perciben que la carne cultivada rompe la relación sagrada entre humano-animal-entorno, y que carece del "espíritu" del animal, considerándola un alimento desnaturalizado o moralmente problemático. [76,77,78]

Estas percepciones resaltan la dimensión simbólica del alimento y la necesidad de no reducirlo a un producto meramente industrial.

5. Síntesis interpretativa

A partir de los hallazgos obtenidos, la interpretación personalista permite ordenar y jerarquizar las cuestiones en juego, evitando reduccionismos tecnológicos y, al mismo tiempo, reconociendo los potenciales bienes que esta innovación puede aportar a las personas y a las comunidades.

Desde la dimensión antropológica, la carne cultivada obliga a evaluar la relación simbólica y cultural del ser humano con los alimentos y los animales. Las publicaciones evidencian que muchas personas perciben este producto como "desnaturalizado" o desconectado del ciclo vital tradicional. [79,80] La bioética personalista recuerda que la alimentación no es un acto meramente biológico, sino también un espacio de sentido, identidad y comunidad; invitando a reconocer valores implicados como el respeto por los seres vivos, la importancia del alimento como bien cultural y la necesidad de evitar instrumentalizar la naturaleza.

En la dimensión científico-técnica, el personalismo no rechaza la biotecnología en sí misma, sino que la somete al criterio de la racionalidad ética. La literatura destaca beneficios potenciales en términos de reducción del sufrimiento animal, menor impacto ambiental y eficiencia en el uso de recursos. [81] Sin embargo, también revelan interrogantes sobre inocuidad, transparencia de procesos, sustancias empleadas y la posibilidad de que los sistemas productivos se orienten hacia una mercantilización excesiva de la vida celular.

En la dimensión ética, el análisis se orienta a los principios de defensa de la vida, libertad responsable, solidaridad y justicia. La carne cultivada puede ser interpretada como un desarrollo compatible con estos principios siempre que se defienda la vida, reduciendo el daño animal y minimizando impactos ecológicos, se respete la libertad responsable, garantizando información clara a los consumidores y evitando presiones comerciales o manipulación publicitaria.[82] Desde esta valoración, se promueva la solidaridad, especialmente en cuanto a la distribución equitativa de alimentos innovadores y su disponibilidad para poblaciones vulnerables.[83,84] Al mismo tiempo, se sostiene en los principios siempre que se asegure justicia distributiva, evitando que la biotecnología genere monopolios o desigualdades alimentarias derivadas de patentes o costos inaccesibles.[49]

Las tradiciones religiosas analizadas, aportan criterios relevantes como la prudencia, la pureza alimentaria, el cuidado de la creación, el respeto por los procesos naturales y la intencionalidad moral del productor. Cabe destacar que se verifica que existen escasos conocimientos en relación a las religiones no abrahámicas y

las nuevas proteínas, sin embargo, las tradiciones y espiritualidades, lentamente se inclinan a analizar el nuevo escenario biotecnológico. [85]

La carne cultivada representa un campo privilegiado para el diálogo entre biotecnología y sociedad. La discusión bioética no se orienta al rechazo o la aceptación automática, sino a un discernimiento prudencial y humanizador, capaz de orientar el desarrollo hacia un horizonte ético más amplio y plenamente humano.

Momento 3: Orientación normativa y juicio prudencial desde la bioética personalista

1. Ejes analizados

- Principio fundamental de la dignidad ontológica de la persona y de la vida: Toda innovación tecnológica es moralmente aceptable en la medida en que respete la dignidad de la vida humana y el valor de la vida animal, preserve la integridad de los procesos vitales y no reduzca ninguna forma de vida a un mero recurso funcional o mercancía sin responsabilidad sobre ello.[86]
- Finalidad, medios y moralidad del acto biotecnológico: La moralidad del acto se evalúa a partir de las intenciones, los medios utilizados y las finalidades objetivas. Son condiciones de licitud que el proyecto productivo se oriente a mejorar la nutrición, que reduzca daños ecológicos o disminuya el sufrimiento animal; y que no se subordine exclusivamente a la rentabilidad económica o a la concentración de patentes.[87]
- Libertad responsable, transparencia e información: La libertad del consumidor es moralmente válida sólo si es una libertad informada. Para esto se requiere información veraz, completa y comprensible, transparencia en los métodos de producción, regulación y etiquetado adecuados y ausencia de presiones comerciales y de publicidad engañosa.
- Justicia distributiva, equidad de acceso y modelo productivo: La justicia, entendida como dar a cada uno lo que le corresponde por su dignidad intrínseca, exige evaluar si la innovación evita generar desigualdades alimentarias, el acceso no queda restringido a grupos privilegiados, las patentes y los modelos de propiedad intelectual no producen monopolios, y los beneficios y cargas se distribuyen equitativamente.[88]

- Dimensión relacional del acto alimentario y respeto por la cultura: El acto de alimentarse tiene una dimensión simbólica, comunitaria y cultural. Por ello, la ética exige preservar prácticas alimentarias significativas, evitar que el alimento se desarraigue de su sentido humano y promover prácticas que fortalezcan la relación entre persona, comunidad y naturaleza.
- Cuidado de la creación y responsabilidad ecológica: La sostenibilidad no es un criterio técnico sino un deber moral ligado al cuidado de la creación. [89]

2. Juicio prudencial:

La incorporación de carne cultivada puede considerarse moralmente lícita si su producción mantiene criterios éticos claros y transparentes respecto de la obtención, uso y patentamiento de líneas celulares, articulándolos con los principios de defensa de la vida, libertad responsable y de totalidad. Esta innovación no puede evaluarse sólo en términos de eficiencia biotecnológica o impacto ambiental. Su legitimidad ética depende de su capacidad para servir al bien integral de la persona, proteger la vida y asegurar procesos transparentes y responsables. Debe orientarse al bien moral cuando promueve una alimentación respetuosa de la vida animal y al mismo tiempo un escenario sostenible, evita modelos productivos excluyentes y no fortalece estrategias de mercado que profundicen desigualdades.

El producto resulta aceptable moralmente si es proporcionado en relación al objetivo propuesto, bajo condiciones reales de información clara y accesible. La protección de la vulnerabilidad tanto física, cognitiva y social, exige controles públicos de inocuidad y mecanismos independientes de monitoreo.

El modelo productivo debe ser justo, equitativo, prevenir la concentración tecnológica y promover condiciones inclusivas de acceso. Lo contrario constituiría una vulneración del bien común y del principio de solidaridad. Es importante considerar que no debe reemplazar indiscriminadamente los vínculos culturales con la alimentación, debe integrarse respetuosamente dentro de la identidad alimentaria personal y social, y no suponer la pérdida del vínculo simbólico con el alimento.

3. Síntesis conclusiva del juicio moral

Desde la bioética personalista ontológica, la carne cultivada puede considerarse moralmente aceptable únicamente garantizando que su desarrollo se oriente al bien integral de la persona y al cuidado de la vida en todas sus formas. Esto exige que la innovación tecnológica esté guiada por la prudencia, la justicia distributiva, la solidaridad, la sostenibilidad ambiental y el respeto irrestricto por la

dignidad humana, evitando toda forma de instrumentalización o de opacidad en los procesos.

El discernimiento moral realizado muestra que la técnica es éticamente válida sólo cuando permanece subordinada a fines humanizadores, integrando responsabilidad al cuidado del otro. Bajo estas condiciones de transparencia informativa, equidad de acceso, protección de la vulnerabilidad, coherencia cultural y responsabilidad ecológica real, la carne cultivada puede constituir una innovación al servicio de la vida.

El juicio prudencial confirma que este desarrollo biotecnológico sólo alcanza legitimidad moral cuando cumple criterios rigurosos que garantizan su ordenación al bien de la persona, de la comunidad y de la creación.

Discusión

1. Contraste con otros estudios

Los hallazgos de este trabajo, a diferencia de investigaciones centradas casi exclusivamente en criterios técnico-productivos, económicos o de mercado, integran las dimensiones antropológicas, éticas, culturales y espirituales, ampliando el marco interpretativo de su legitimidad moral.

Mientras la mayoría de los trabajos previos analiza la aceptación pública mediante encuestas cuantitativas, el enfoque cualitativo adoptado aquí permitió identificar significados profundos relacionados con la naturalidad, autenticidad, confianza y sentido cultural del alimento, que no suelen emerger en aproximaciones tradicionales. La incorporación del personalismo ontológico y del aporte de tradiciones religiosas abrahámicas ofrece además criterios normativos poco explorados en la literatura sobre biotecnología alimentaria, introduciendo categorías como dignidad, bien común, responsabilidad moral y discernimiento prudencial. Estas perspectivas enriquecen el debate y permiten una evaluación integral de esta innovación.

2. Tensiones no resueltas

A pesar de sus potenciales beneficios, la carne cultivada permanece situada en un espacio de tensiones éticas complejas. Una primera tensión surge entre la innovación biotecnológica y la preservación del sentido cultural del alimento debido a que cuanto más se tecnifica la producción, mayor es el riesgo de desvincular el acto alimentario de prácticas identitarias y comunitarias profundas.

Una segunda tensión se refiere a la brecha entre las promesas ambientales y las condiciones reales de los procesos productivos. Si bien los modelos teóricos indican posibles reducciones sustantivas del impacto ecológico, persiste la incertidumbre sobre el consumo energético, la gestión de residuos y los efectos indirectos derivados de la industrialización a gran escala.

Una tercera tensión involucra la relación entre propiedad intelectual y justicia distributiva. Esto se basa en que el predominio de líneas celulares patentadas y los modelos de negocio altamente concentrados, pueden limitar la equidad de acceso y generar asimetrías globales. Por último, se evidencia el dilema entre la velocidad del desarrollo comercial y la necesidad de evaluaciones prudentes de inocuidad, impactos sociales y consecuencias simbólicas. Estas tensiones, ya señaladas por organismos éticos y regulatorios, exigen una reflexión continua y multidimensional.

3. Áreas de incertidumbre

En el plano científico, aún no existe suficiente evidencia sobre los efectos a largo plazo del consumo de productos altamente intervenidos, ni sobre la estabilidad genética de las líneas celulares utilizadas.

En el ámbito regulatorio, no hay consenso internacional respecto de categorías normativas, estándares de etiquetado, criterios de trazabilidad o mecanismos de control interjurisdiccional, lo cual dificulta armonizar políticas públicas y reducir asimetrías entre países.

En la dimensión social, resulta incierta la evolución de la aceptación pública cuando el producto esté disponible de manera masiva y conviva con discursos contradictorios, expectativas excesivas o campañas de desinformación. También se desconoce cómo se adaptarán las distintas tradiciones culturales y religiosas: no está claro si la carne cultivada será integrada, resignificada o resistida.

Desde la perspectiva ética, persiste la pregunta sobre los límites del intervencionismo biotecnológico y su impacto en la relación entre humanidad y naturaleza. Este interrogante exige un juicio prudente y continuo, articulado con los principios del personalismo ontológico.

4. Limitaciones del estudio y consideraciones epistemológicas

El análisis desarrollado en este trabajo, reconoce una serie de límites metodológicos, epistemológicos y contextuales que deben considerarse al interpretar los hallazgos. La primera limitación surge de la propia realidad, ya que la investigación se desarrolló en un campo altamente dinámico, donde los avances biotecno-

lógicos y las regulaciones evolucionan con gran velocidad. Esto implica que parte de la información disponible puede volverse rápidamente obsoleta, especialmente en lo referido a técnicas de cultivo celular, procesos de escalado industrial y marcos regulatorios internacionales. Sumado a esto, las fuentes bibliográficas y tecnológicas analizadas provienen de países con diferentes niveles de desarrollo lo cual puede introducir sesgos de representatividad en la valoración global.

Desde una perspectiva ética y epistemológica, este estudio asume explícitamente una mirada personalista, lo cual constituye simultáneamente una fortaleza y una limitación. Es una fortaleza debido a que proporciona un marco sólido para evaluar la innovación desde la dignidad humana, la justicia y la solidaridad. Sin embargo, también puede ser considerado una restricción, dado que otras corrientes éticas podrían enfatizar aspectos distintos o arribar a conclusiones parcialmente divergentes.

A pesar de estos límites, la investigación aporta contribuciones significativas. En primer lugar, ofrece una integración inédita entre biotecnología alimentaria, bioética personalista, religiones abrahámicas, espiritualidades y percepciones sociales, abordando la carne cultivada como un fenómeno complejo que atraviesa dimensiones simbólicas, técnicas y normativas. Este enfoque interdisciplinario permite iluminar dilemas que habitualmente no se consideran en estudios biotecnológicos tradicionales.

En segundo lugar, el trabajo proporciona una cartografía ética completa de los desafíos asociados a la carne cultivada, articulando preocupaciones sobre seguridad, naturalidad, justicia distributiva, propiedad intelectual y sustentabilidad ambiental. Estas reflexiones, sustentadas en datos empíricos y en marcos éticos robustos, pueden orientar tanto futuros debates académicos como la formulación de políticas públicas centradas en las personas.

Por último, el estudio aporta una perspectiva prudencial y humanizadora sobre la relación entre el ser humano, la sociedad y la biotecnología. Al destacar la necesidad de participación ciudadana, transparencia y discernimiento ético, contribuye a fortalecer una cultura de responsabilidad capaz de integrar innovaciones tecnológicas sin sacrificar valores fundamentales. Este aporte resulta especialmente relevante en un contexto global donde las tecnologías alimentarias avanzan rápidamente y pueden generar tensiones sociales, culturales y espirituales.

CONCLUSIONES

Las reflexiones desarrolladas permiten ofrecer una síntesis prudencial final acerca del problema analizado, retomando los principales aportes surgidos de la lectura articulada de las tres dimensiones del método personalista. En primera instancia, la consideración bioantropológica y axiológica realizada en el primer y en el segundo momento, permitieron iluminar la centralidad de la dignidad ontológica de la persona, así como la necesaria integración de libertad, responsabilidad, vulnerabilidad y relacionalidad en la evaluación moral de las prácticas y tecnologías implicadas. Estos criterios ofrecieron un marco sólido para interpretar, en el tercer momento, las condiciones éticas de legitimidad y los límites prudenciales que deben guiar la acción.

El aporte del modelo triangular se hace evidente al permitir un análisis que no se limita a las variables metodológicas o productivas del alimento, sino que articula de modo sistemático la realidad objetiva, los valores en juego y la orientación normativa. Gracias a esta estructura de análisis, es posible abordar la complejidad del fenómeno estudiado evitando reduccionismos, ya sean vinculados con la técnica, la economía o la regulación, y alcanzando una visión integradora del acto moral. En particular, el método ayuda a situar la valoración del modelo productivo dentro de una comprensión amplia del bien integral de la persona y del bien común, evitando disociar la innovación tecnológica de sus implicancias éticas.

Por último, la reflexión realizada demuestra la relevancia de este enfoque para la bioética y la gobernanza tecnológica. En un contexto de desarrollo científico acelerado y presión por la adopción de nuevas tecnologías, el modelo personalista ofrece herramientas para discernir y orientar políticas públicas, prácticas institucionales y decisiones profesionales que respeten la dignidad humana. La articulación entre principios y la evaluación prudencial resulta especialmente valiosa para promover escenarios regulatorios equilibrados, que integren la justicia, la responsabilidad y la protección de los sectores vulnerables. De esta manera, las conclusiones alcanzadas no sólo aportan claridad conceptual, sino también orientaciones concretas para una gobernanza ética y humanizante de las innovaciones en desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Post MJ, Levenberg S, Kaplan DL, Genovese N, Fu J, Bryant CJ, et al. Scientific, sustainability and regulatory challenges of cultured meat. *Nat Food.* 2020;1(7):403–15. doi:10.1038/s43016-020-0112-z

2. Benussi C, Samoggia A. A Systematic Literature Review of Cultured Meat Through the Conceptual Frameworks of the Entrepreneurial Ecosystem and Global Value Chain. *Foods.* 2025;14(5):885. doi:10.3390/foods14050885

3. Sgreccia E. *Manual de bioética: Fundamentos y ética biomédica.* 2ª ed. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2014.

4. Carrasco de Paula I. Il concetto di persona e la sua rilevanza assiologica: i principi della bioetica personalista. Medicina e Morale. 2004;53(2):265-78.

5. Bryant C, Barnett J. Consumer acceptance of cultured meat: A systematic review. *Meat Sci.* 2018;143:8-17. https://doi.org/10.1016/j.meatsci.2018.04.008

6. Carrel A, Burrows MT. Cultivation of tissues in vitro and its technique. J Exp Med. 1911;13(3):387–396.https://doi.org/10.1084/jem.13.3.387

7. Carrel, Alexis. "On the Permanent Life of Tissues outside of the Organism" *Journal of Experimental Medicine* 15 (1912): 516–28.

8. Vertrees RA, Jordan JM, Solley T, Goodwin TJ. Tissue Culture Models. *Basic Concepts of Molecular Pathology*. 2009 Mar 25;2:159–82. doi: 10.1007/978-0-387-89626-7_18. PMCID: PMC7122392.

9. Post MJ. Cultured meat from stem cells: Challenges and prospects. *Meat Sci.* 2012;92(3):297-301. doi:10.1016/j.meatsci.2012.04.008

10. Post MJ. Cultured beef: medical technology to produce food. *J Sci Food Agric*. 2014;94(6):1039–41.doi:10.1002/jsfa.6474

11. Woodyatt A, Wiener-Bronner D. Singapore issues first regulatory approval for lab-grown meat to Eat Just [Internet]. CNBC; 2020 Dec 1 [cited 2025 Oct 05]. Available from: https://www.cnbc.com/2020/12/01/singapore-issues-first-regulatory-approval-for-lab-grown-meat-to-eat-just.html

12. Tan A. In a world first, cultured chicken meat approved for sale in Singapore [Internet]. The Straits Times; 2020 Dec 2 [cited 2025 Oct 05]. Available from: https://www.straitstimes.com/singapore/environment/worlds-first-cell-cultured-chicken-likely-to-be-at-restaurants-in-singapore

13. Food Safety and Inspection Service (USDA-FSIS). Human food made with cultured animal cells [Internet]. U.S. Department of Agriculture; [cited 2025 Oct 05]. Available from: https://www.fsis.usda.gov/inspection/compliance-guidance/labeling/labeling-policies/human-food-made-cultured-animal-cells

14. Aleccia J, Ungar L. US approves chicken made from cultivated cells, the nation's first 'lab-grown' meat [Internet]. WSLS / Associated Press; 2023 Jun 21 [cited 2025 Oct 05]. Available from: https://www.wsls.com/news/politics/2023/06/21/us-approves-chicken-made-from-cultivated-cells-the-nations-first-lab-grown-meat/

15. Good Food Institute Israel. Israel State of Alternative Protein Innovation Report 2022 [Internet]. Jerusalem: GFI Israel; 2022 [cited 2025 Oct 06]. Available from: https://gfi.org/event/israel-state-of-innovation-report-2022/

16. The Times of Israel Staff. In world first, Israel approves cultured beef for sale to the public [Internet]. The Times of Israel; 2024 Jan 17 [cited 2025 Oct 06]. Available from: https://www.timesofisrael.com/in-world-first-israel-approves-cultured-beef-for-sale-to-the-public

17. Food Standards Australia New Zealand (FSANZ). First cell-cultured food approved by FSANZ Board. Canberra: FSANZ; 2025.

18. Good Food Institute Brasil. Panorama da inovação em proteínas alternativas 2022. São Paulo: GFI-BR; 2022.

19. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación. *Informe de gestión 2022–2023*. Buenos Aires: MINCyT; 2023.

20. Yun SH, Lee DY, Lee J, Mariano Jr E, Choi Y, Park J, Han D, Kim JS, Hur SJ. Current research, industrialization status, and future perspective of cultured meat. Food Sci Anim Resour. 2024;44(2):326–355. doi:10.5851/kosfa.2024.e13

21. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 guideline statement. J Clin Epidemiol. 2016;75:40-6. doi:10.1016/j.jclinepi.2016.01.021

22. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. 2009;339:2535.doi:10.1136/bmj.b2535

23. International Organization for Standardization. ISO 14040:2006. Environmental management — Life cycle assessment — Principles and framework

[Internet]. Geneva: International Organization for Standardization; 2006 [citado 8 Oct 2025]. Disponible en: https://www.iso.org/standard/37456.html

24. Kaynak E, Piri IS, Das O. Revisiting the basics of life cycle assessment and lifecycle thinking. Sustainability. 2025;17(16):7444. doi:10.3390/su17167444.

25. Wali ME, Karinen H, Rønning SB, et al. Life cycle assessment of culture media with alternative compositions for cultured meat production. Int J Life Cycle Assess. 2024;29:2077–2093. doi:10.1007/s11367-024-02350-6.

26. U.S. Food and Drug Administration. FDA completes first pre-market consultation for human food made using animal cell culture technology. Silver Spring (MD): FDA; 16 Nov 2022.

27. European Food Safety Authority. The safety of cell culture-derived food – ready for scientific evaluation. Parma: EFSA; 10 May 2023.

28. Treitel J. Halakhic perspectives on cultured meat. *Tradition*. 2022;54(1):73–90.

29. Kaufmann SA, Puri R, Tsang SW, et al. The moderating role of intrinsic and quest religiosity on the effectiveness of religious appeals in promoting cultured meat. Journal of Business Ethics. 2025;201:759–76. doi:10.1007/s10551-025-05954-6

30. Kaufmann SA, Puri R, Tsang SW, et al. The moderating role of intrinsic and quest religiosity on the effectiveness of religious appeals in promoting cultured meat. J Bus Ethics. 2025;201:759–76. doi:10.1007/s10551-025-05954-6.

31. Alzeer J, Abou Hadeed K, Tufail F. Cultured meat and halal: A comprehensive analysis from jurisprudence, biology, and ethics. HS [Internet]. 2025 Jul. 31 [cited 2025 Oct. 17];5(2):53-61. Available from: https://journals.iium.edu.my/inst/index.php/hs/article/view/122

32. Choi KH, Yoon JW, Kim M, et al. Muscle stem cell isolation and in vitro culture for meat production: A methodological review. *Compr Rev Food Sci Food Saf*. 2021;20(1):429-457. doi:10.1111/1541-4337.12661

33. MacQueen LA, Alver CG, Hsu RS, Chantre CO, Aizenberg M, Crosby AJ, et al. Scaffolds for the manufacture of cultured meat. *NPJ Sci Food.* 2021;5:6.

34. O'Neill EN, Ward O, Ledgard AM, Kaur G, Rathbone MJ, Hickey AJ, et al. Animal-free edible scaffolds from soy protein isolate for the scalable production of cultured meat. *Acta Biomater.* 2024;170:357–70.

35. Lee S, Ko E, Kang J, Choi Y, Park S. Scaffold biomaterials in the development of cultured meat: a review. *Food Sci Anim Resour.* 2023;43(6):1001–17.

36. Bhat ZF, Kumar S, Bhat HF. In vitro meat: A future animal-free harvest. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2019;59(16):2730-41. doi: 10.1080/10408398.2014.924899.

37. Gutiérrez-Arteaga M, Guerrero-Legarreta I, Alcántara-López M, Rojas-Rivas E. Bioprocessing by decellularized scaffold biomaterials in cultured meat: a review. *J Sci Food Agric.* 2022;102(15):6524–36. doi: 10.1002/jsfa.12090.

38. Stout AJ, Mirliani AB, Rittenberg ML, et al. Simple and effective serum-free medium for sustained expansion of bovine satellite cells for cell cultured meat. Commun Biol. 2022;5:466. doi:10.1038/s42003-022-03423-8.

39. Vecchiarelli A. Environmental and resource challenges of large-scale cultured meat production: water, energy and media supply constraints. *LUISS Thesis*. 2025.

40. Post MJ. Cultured meat from stem cells: challenges and prospects. *Meat Sci*. 2024;204:109207.

41. Lynch J, Pierrehumbert R. Climate impacts of cultured meat and beef cattle. *Front Sustain Food Syst.* 2019;3:5. doi:10.3389/fsufs.2019.00005

42. Ong KJ, Johnston J, Datar I, Sewalt V, Holmes D, Shatkin JA. Food safety considerations and research priorities for the cultured meat and seafood industry. *Compr Rev Food Sci Food Saf*. 2021;20(6):5421-5448. doi:10.1111/1541-4337.12853

43. Kardas M, Staśkiewicz-Bartecka W, Kołodziejczyk A. Cultured Meat Reformulation: Health Potential and Sustainable Food Challenges-Narrative Review. *Compr Rev Food Sci Food Saf*. 2025;24(6):e70262. doi:10.1111/1541-4337.70262

44. Powell DJ, Li D, Smith B, Chen WN. Cultivated meat microbiological safety considerations and practices. *Compr Rev Food Sci Food Saf*. 2025;24(1):e70077. doi:10.1111/1541-4337.70077

45. Hadi J, Brightwell G. Safety of Alternative Proteins: Technological, Environmental and Regulatory Aspects of Cultured Meat, Plant-Based Meat, Insect Protein and Single-Cell Protein. *Foods*. 2021; 10(6):1226. https://doi.org/10.3390/foods10061226

46. Stephens N, Sexton AE, Driessen C. Bringing cultured meat to market: Technical, socio-political, and regulatory challenges in cellular agriculture. Trends Food Sci Technol. 2019;91:390–401.doi:10.1016/j.tifs.2018.04.010

47. Kardas M, Staśkiewicz-Bartecka W, Kołodziejczyk A. Cultured Meat Reformulation: Health Potential and Sustainable Food Challenges-Narrative Review. *Compr Rev Food Sci Food Saf.* 2025;24(6):e70262. doi:10.1111/1541-4337.70262

48. Malerich M, Bryant C. Nomenclature of cell-cultivated meat and seafood products. *npj Sci Food*. 2022;6:56. doi:10.1038/s41538-022-00172-0. Disponible en: https://www.nature.com/articles/s41538-022-00172-0

49. Kolkmann AM, Post MJ, Rutjens MA. Serum-free media for cultured meat production. *Trends Biotechnol*. 2022;40(5):577-89.

50. Rubio NR, Xiang N, Kaplan DL. Plant-based and recombinant growth factors for cultured meat. *Nat Food*. 2021;2:253–265.

51. Ben-Arye T, Levenberg S. Scaffolding technologies for cultured meat. *Adv Funct Mater*. 2020;30(52):1906890.

52. Kang KM, Lee DB, Kim HY. Industrial research and development on the production process and quality of cultured meat: a review. Food Sci Anim Resour. 2023;43(6):883–902. doi:10.5851/kosfa.2023.e66

53. Motoki K, Ishikawa S, Velasco C. Appealing or disgusting? How the visual appearance of cultured meat shapes consumer preference. Food Qual Prefer. 2025;105:105767. doi:10.1016/j.foodqual.2025.105767.

54. Tsvakirai CZ. The valency of consumers' perceptions toward cultivated meat: a review. Heliyon. 2024 Mar 9;10(6):e27649. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e27649.

55. Lin-Hi N, Reimer M, Schäfer K, et al. Consumer acceptance of cultivated meat: an empirical analysis of the role of organizational factors. J Bus Econ. 2023;93:707–746. doi:10.1007/s11573-022-01127-3.

56. Chriki S, Hocquette JF. The need for clear regulatory frameworks for cultured meat. *Livest Sci*. 2021;253:104705.

57. Solana EP. Bioética y persona ante las tecnologías emergentes. Cuad Bioét. 2025;36(117):95-102.

58. Rodríguez M. Consideraciones éticas en biotecnología: equilibrar el progreso con la responsabilidad. Departamento de Investigación Bioquímica, Universidad de Cambridge, Reino Unido; 2024.

59. Alvaro C. A virtue-ethical approach to cultured meat. Nat Food. 2022;3:788–790. doi:10.1038/s43016-022-00601-z

60. Food Standards Agency. A rapid evidence review on consumer responses to cell-cultivated products. FSA Research and Evidence. 2025;1–62. doi:10.46756/001c.129280

61. Mancini MC, Antonioli F. El futuro de la carne cultivada entre las expectativas de sostenibilidad y los desafíos socioeconómicos. En: [eds.]. *The future of cultured meat between sustainability expectations and socio-economic challenges*. Capítulo 19. 2022. doi:10.1016/B978-0-323-91001-9.00024-4.

62. Lanzoni D, Rebucci R, Formici G, Cheli F, Ragone G, Baldi A, Violini L, Sundaram TS, Giromini C. Cultured meat in the European Union: Legislative context and food safety issues. Curr Res Food Sci. 2024 Mar 16;8:100722. doi:10.1016/j.crfs.2024.100722.

63. Beekman V. Consumer Rights to Informed Choice on the Food Market. Ethical Theory Moral Pract. 2008;11(1):61–72. doi:10.1007/s10677-007-9075-5

64. Kenigsberg JA, Zivotofsky AZ. A Jewish Religious Perspective on Cellular Agriculture. Front Sustain Food Syst. 2019;3:128. doi:10.3389/fsufs.2019.00128.

65. Nevins D. The Kashrut of Cultured Meat. Committee on Jewish Law and Standards, Rabbinical Assembly. CJLS YD 81. Approved Nov 14, 2017. Available from:https://www.rabbinicalassembly.org/sites/default/files/public/halakhah/cjls/kashrut_of_cultured_meat_responsum_final_version_march_2018.pdf

66. Loike JD, Bedzow I, Tendler MD. Pareve cloned beef burgers: health and Halakhic considerations. Hakirah. 2018;24:191–204.Available: https://hakirah.org/vol24Loike.pdf

67. Reasons to Believe. Should We Eat Lab-Grown Meat? A Christian Perspective. 2025. Available from: https://reasons.org/explore/blogs/the-cells-design/should-we-eat-lab-grown-meat-a-christian-perspective

68. McKenny G. In: *Biotechnology, Human Nature, and Christian Ethics*. New Studies in Christian Ethics. Cambridge University Press; 2018:i-ii.

69. Lynch J, Arnold J, Williams P, Parmiter D, Christie I. Faith, Bioethics, and Sustainable Development: A Christian Perspective on Bioethics of Care and the Challenges of Sustainability Transitions. Religions. 2025;16(3):347. doi:10.3390/rel16030347

70. Alzeer J, Abou Hadeed K, Tufail F. Cultured meat and halal: A comprehensive analysis from jurisprudence, biology, and ethics. Halalsphere. 2025;5(2):53–61. doi:10.31436/hs.v5i2.122

71. Qudsiyah US, Tsania AA. Halal Perspective Review of Cultured Meat Stem Cell Method. J Agri-Food Sci Technol. 2024;5(2):102–19. doi:10.12928/jafost.v5i2.11923

72. Hamdan MN, Abdul Jalil R, Ramli MA, et al. A review of the discussions on cultivated meat from the Islamic perspective. *Heliyon*. 2024;10(7):e28491. Published 2024 Apr 2. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e28491.

73. Bryant CJ. Culture, meat, and cultured meat. J Anim Sci. 2020;98(8):skaa172. doi:10.1093/jas/skaa172

74. Encyclopædia Britannica. Ahimsa, nonviolence, and respect for life. Britannica. Updated [Oct 24]. Available from: https://www.britannica.com/topic/ahimsa

75. Kwon J (Ven. Jahun), Park Y. Buddhist perspectives on cultivated meat. Nat Food. 2023;4:346–347. doi:10.1038/s43016-023-00744-7.

76. Schaefer GO, Savulescu J. The ethics of producing in vitro meat. J Appl Philos. 2014;31(2):188–202. doi:10.1111/japp.12056.

77. Côté C. Indigenizing Food Sovereignty: Revitalizing Indigenous food practices and the spiritual/ontological relation to land and animals. Hum Arenas. 2016;5(3):57–74.

78. Bretz TH. Vegan universalism and Indigenous food ways. Politics & Animals. 2025;11. doi:10.31237/pa.24940

79. Bryant C, Szejda K, Parekh N, Deshpande V, Tse B. A survey of consumer perceptions of plant-based and clean meat in the USA, India, and China. Front Sustain Food Syst. 2019;3:11. doi:10.3389/fsufs.2019.00011.

80. Siegrist M, Sütterlin B. Importance of perceived naturalness for acceptance of food additives and cultured meat. *Appetite*. 2017;113:320-7.

81. Broucke K, Van Pamel E, Van Coillie E, Herman L, Van Royen G. Carne cultivada y retos futuros: Una revisión sobre propiedades nutricionales, tecnofuncionales y sensoriales, seguridad y legislación. Meat Sci. 2022;192:109006. doi:10.1016/j.meatsci.2022.109006.

82. Slade P. If you build it, will they eat it? Consumer preferences for plant-based and cultured meat burgers. *Appetite*. 2018;125:428–37.

83. Páez Moreno R. La vulnerabilidad social en la bioética. Revista Iberoamericana de Bioética. 2017;(5):1–14. doi:10.14422/rib.i05.y2017.001

84. Valdez Fernández AL, Fernández-Silva CA, Bittner CX, Mancilla CR. Aproximaciones al concepto de vulnerabilidad desde la bioética: una revisión integradora. Persona y Bioética. 2021;25(2):e2522. doi:10.5294/pebi.2021.25.2.2

85. Lewisch L, Riefler P. Cultured meat acceptance for global food security: a systematic literature review and future research directions. Agric Food Econ. 2023;11:48.doi.org/10.1186/s40100-023-00287-2

86. Lukac de Stier ML. La dignidad humana como fundamento de una bioética global. Vida y Ética. 2019;20(1):39–50.

87. Tellkamp JA. Las circunstancias del acto humano en la filosofía moral de Tomás de Aquino. Rev Esp Filos Mediev. 2005;(12):205–20.

88. García Uribe JC. Propiedad intelectual, patentes y salud: una mirada desde la Bioética. Rev Latinoam Bioética. 2021;21(2):25–40. doi:10.18359/rlbi.5076

89. Mendoza Luna MY, Díaz Vásquez MA. La urgencia de la bioética personalista en el cuidado ambiental. Apuntes de Bioética. 2022;5(1):98–110. doi:10.35383/apuntes.v5i1.713

90. Rolland NC, Markus CR, Post MJ. The effect of information content on acceptance of cultured meat. *Food Qual Prefer*. 2020;79:103775.

91. Hocquette JF. Is in vitro meat the solution for the future? Meat Sci. 2016;120:167–76.

92. European Food Safety Authority. EFSA Scientific Colloquium 27: Cell culture-derived foods and food ingredients. EFSA Support Publ. 2024;21:8664E. doi:10.2903/sp.efsa.2024.EN-8664

93. Datar I, Betti M. Possibilities for an in vitro meat production system. Innov Food Sci Emerg Technol. 2010;11(1):13–22.

94. Lee DY, Hur SJ. Gaps and solutions for large scale production of cultured meat: a review on last findings. Curr Opin Food Sci. 2025;50:101303. doi:10.1016/j.cofs.2024.101303

95. Shevchenko S, Zhavoronkov A. The Role of Exceptionalism in the Evolution of Bioethical Regulation. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2024;33(2):185–97. doi:10.1017/S0963180123000336

96. Treich N. Cultured meat: promises and challenges. Environ Resour Econ (Dordr). 2021 Mar 19;79(1):33–61. doi:10.1007/s10640-021-00551-3.

97. Tuomisto HL, Allan SJ, Ellis MJ. Prospective life cycle assessment of a bioprocess design for cultured meat production in hollow fiber bioreactors. *Sci Total Environ.* 2022;820:152738. doi:10.1016/j.scitotenv.2022.152738

98. Mohd Izhar Ariff Mohd Kashim, Abdul Haris AA, Abd Mutalib S, Anuar N, Shahimi S. Scientific and Islamic perspectives in relation to the halal status of cultured meat. *Saudi J Biol Sci.* 2023;30(1):103501. doi:10.1016/j.sjbs.2022.103501

99. Torres G, Madrid de Zito Fontán L, Santoni ME. El alimento, la cocina étnica, la gastronomía nacional: elemento patrimonial y un referente de la identidad cultural. Scripta Ethnologica. 2004;26:55–66.

100. Ho SS, Wijaya SA, Ou M. Analysis of Muslim attitudes toward cultured meat in Singapore: the role of perceived media influence and halal awareness. Sci Commun. 2024;46(2):151–177. doi:10.1177/10755470231225684

101. Gerber S, Bae H, Ramirez I, et al. Degustación pública de carne cultivada y construcción social de la política de valores percibidos y la identidad. npj Sci Food. 2025;9:94. doi:10.1038/s41538-025-00449-0.

102. Fernandes AM, Teixeira OS, Fantinel AL, Revillion JPP, de Souza ÂR. Technological prospecting: the case of cultured meat. Future Foods. 2022;6:100156. doi:10.1016/j.fufo.2022.100156

103. Baek G, Chung S, Yu P, Park Y. Intellectual property rights in the cultivated meat industry: opportunities and challenges. Nat Biotechnol. 2025;43:1419–1423. doi:10.1038/s41587-025-02798-3

104. Siegrist M, Hartmann C. Consumer acceptance of novel food technologies. Nat Food. 2020;1:343–350.

105. Frezal C, Nenert C, Gay H. Meat protein alternatives: Opportunities and challenges for food systems' transformation. OECD Food, Agriculture and Fisheries Papers. 2022;182.

106. Søndergaard N, Fernandes JFA, Potent J, Karl K, Furtado M, Baethgen W. A governance framework for managing the food–environment–protein-alternatives trilemma. One Earth. 2023;6(7):843–853.

107. Pilařová L, Balcarová T, Pilař L, Kvasničková Stanislavská L, Rosak-Szyrocka J, Pitrová J, Moulis P, Kvasnička R. Exploring ethical, ecological, and health factors influencing the acceptance of cultured meat among Generation Y and Generation Z. Nutrients. 2023;15(13):2935. doi:10.3390/nu15132935

APÉNDICE

Dilemas bioéticos ilustrativos y recomendaciones para su resolución

La incorporación de la carne cultivada en los sistemas alimentarios contemporáneos plantea una serie de dilemas prácticos que requieren respuestas integrales desde la bioética personalista. Los hallazgos de la investigación permiten identificar desafíos en áreas clave como seguridad alimentaria, equidad, información al consumidor, sustentabilidad ambiental, libertad religiosa y gobernanza biotecnológica. A continuación, se presentan algunos ejemplos de dilemas posibles junto con sus recomendaciones desde la valoración ética de cada situación.

Dilema 1: Transparencia y naturalidad del alimento

Los participantes del trabajo de campo expresaron dudas acerca de la "naturalidad" y del grado de procesamiento de la carne cultivada. Existe el riesgo de que la innovación sea introducida sin información suficiente, afectando la confianza pública. Esta observación coincide con estudios que muestran que la *naturalidad percibida* es uno de los factores más influyentes en la aceptación social de estos alimentos. [90] La evidencia indica además que la falta de información clara aumenta la desconfianza y el rechazo. [91] Diversas agencias regulatorias internacionales subrayan la importancia de la transparencia y del acceso público a los datos del proceso biotecnológico para sostener la confianza social.[92]

Recomendación: establecer políticas de rotulación clara, con información sobre el origen celular, el proceso biotecnológico, los insumos utilizados y su equi-

valencia nutricional. Esto fortalece la libertad responsable del consumidor y evita prácticas engañosas.

Dilema 2: Seguridad y trazabilidad biotecnológica

La literatura señala incertidumbres sobre la estabilidad genética de las líneas celulares, la composición y riesgos asociados a los medios de cultivo, la posible presencia de aditivos y los factores de crecimiento, la necesidad de evaluaciones de riesgo robustas, así como desafíos de trazabilidad y control regulatorio en todas las etapas del proceso.[93] También se identifican riesgos vinculados al escalado industrial y la posibilidad de variaciones no previstas en los sistemas productivos.[94] Desde el enfoque ético, se destaca la importancia de la prudencia regulatoria frente tecnologías alimentarias emergentes.[95]

Recomendación: implementar regulaciones basadas en evaluaciones de riesgo independientes, auditorías públicas y sistemas de trazabilidad que aseguren la inocuidad, evitando tanto temores infundados como autorizaciones apresuradas. La prudencia es central desde el personalismo.

Dilema 3: Justicia distributiva y acceso equitativo

La carne cultivada, al ser inicialmente una tecnología costosa y concentrada en manos de corporaciones con alto poder biotecnológico, podría permanecer limitada a mercados premium, restringiendo su disponibilidad para amplios sectores de la población y generando nuevas desigualdades alimentarias.[96] Desde la perspectiva de la bioética personalista, este escenario plantea un desafío ético al buscar que se garantice que los beneficios de la innovación no se concentren únicamente en unos pocos, sino que contribuyan al bien de cada persona y de toda la comunidad, promoviendo un acceso equitativo a alimentos que respeten la dignidad humana y los principios de justicia distributiva.

Recomendación: promover políticas que incentiven modelos de producción escalables, apoyen emprendimientos públicos o mixtos, y garanticen que la tecnología, una vez validada, se oriente al bien de las personas y no solo al beneficio empresarial.

Dilema 4: Protección del ambiente y evaluación del ciclo de vida

Aunque la carne cultivada suele ser promovida como una alternativa ambientalmente favorable frente a la ganadería tradicional, la evidencia científica reciente muestra que existen dudas significativas sobre su consumo energético, el

uso de insumos y las emisiones asociadas a su producción. Estudios de evaluación de LCA muestran que, dependiendo del diseño del proceso, del medio de cultivo y del tipo de energía utilizada, los impactos pueden variar ampliamente, y en algunos escenarios no es seguro que resulten más beneficiosos para el cuidado del ambiente que la carne convencional. [97]

Recomendación: previo a autorizar su comercialización masiva, deben exigirse evaluaciones de LCA completas e independientes que incluyan como puntos mínimos, el consumo de energía, uso de agua, insumos, emisiones y residuos. Además, se debe establecer un marco regulatorio de revisión periódica de los impactos reales. Para un desarrollo sostenible, es conveniente promover la implementación de tecnologías que reduzcan la huella hídrica y de carbono, por ejemplo, mediante el uso de energías renovables o medios de cultivo optimizados. Desde la bioética personalista, ese cuidado del ambiente no es un extra, sino que constituye un deber hacia la vida humana y no humana que parte de la responsabilidad moral de custodia de la creación.

Dilema 5: Implicancias religiosas y culturales

La introducción de la carne cultivada en los sistemas alimentarios contemporáneos plantea no sólo desafíos técnicos, sino también tensiones religiosas y culturales significativas. La aceptación del producto está condicionada por normas rituales como las certificaciones *kasher* y *halal*, y por concepciones culturales sobre la relación entre seres humanos, animales y alimento. [98] Diversos estudios muestran que, si las políticas públicas avanzan sin considerar estos marcos simbólicos y doctrinales, pueden surgir conflictos sociales, percepciones de transgresión ritual y resistencia comunitaria. [99]

Para evitar estos escenarios, desde una perspectiva de justicia cultural y libertad de conciencia, se recomienda promover mesas de diálogo interreligioso y multicultural que integren a líderes religiosos, autoridades regulatorias, científicos y representantes comunitarios. Estas instancias permitirían analizar la compatibilidad entre los procesos biotecnológicos de la carne cultivada y los principios rituales, incluyendo origen celular, pureza de insumos y trazabilidad productiva con el fin de habilitar certificaciones adaptadas (*halal*, *kasher*, u otras) cuando sea posible. [100] Tal enfoque favorece el respeto a la diversidad cultural y religiosa, fortalece la legitimidad social de la innovación y previene tensiones derivadas de regulaciones unilaterales. [101]

Recomendación: incluir mesas de diálogo interreligioso y multicultural, asegurando que las certificaciones alimentarias puedan adaptarse a la carne cultivada

sin comprometer sus principios. Esto promueve la solidaridad y el respeto a la libertad de conciencia.

Dilema 6: Patentes, propiedad intelectual y mercantilización de la vida

El desarrollo de carne cultivada depende de líneas celulares estables, técnicas de edición genética, biorreactores avanzados y medios de cultivo optimizados, muchos de los cuales están protegidos por patentes y secretos industriales. Diversos estudios advierten que este marco de propiedad intelectual puede favorecer la concentración empresarial, creando oligopolios capaces de controlar insumos críticos, manejar con inequidad los precios y limitar el acceso equitativo a la innovación alimentaria. En este escenario, existe el riesgo de que la carne cultivada se convierta en un producto regulado por la lógica exclusiva del mercado, profundizando brechas tecnológicas y económicas entre países y dentro de los propios sistemas alimentarios. [102]

Asimismo, organismos internacionales plantean que la expansión de patentes en biotecnología alimentaria puede restringir la investigación independiente, encarecer la producción y al mismo tiempo, obstaculizar iniciativas públicas. [103] Desde la bioética personalista, estos desafíos adquieren especial relevancia, ya que estos escenarios pueden limitar el acceso universal a los alimentos.

Recomendación: adoptar políticas de propiedad intelectual con límites claros, promover modelos de ciencia abierta, impulsar consorcios público-privados con acceso compartido a plataformas tecnológicas, y asegurar cláusulas que impidan prácticas monopólicas. Estas medidas permiten alinear la innovación con el cuidado de la persona y el bien común, garantizando que el desarrollo biotecnológico respete la dignidad humana y favorezca un sistema alimentario más justo y asegure que las innovaciones alimentarias no se conviertan en un bien inaccesible.

Dilema 7: Integración en la sociedad y participación ciudadana

La incorporación de la carne cultivada enfrenta un desafío vinculados a la velocidad del desarrollo biotecnológico, que supera con frecuencia la capacidad de deliberación social, generando percepciones de incertidumbre, desconfianza o rechazo. Diversos estudios internacionales muestran que la aceptación pública de los alimentos derivados de biotecnología depende significativamente de la transparencia, la participación ciudadana y la calidad del debate público disponible.[104] Asimismo, organismos como la FAO, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, y la OECD, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, destacan que los procesos tecnológicos

vinculados a sistemas alimentarios innovadores requieren marcos de gobernanza que integren comunicación bidireccional, educación científica disponible y mecanismos inclusivos de consulta social para evitar brechas de confianza y asimetrías de información.[105]

Recomendación: desarrollar políticas públicas que fortalezcan la participación ciudadana en todas las etapas del proceso incluyendo programas educativos en ciencia y ética, consultas públicas, mesas interdisciplinarias y espacios donde consumidores, científicos, autoridades regulatorias y comunidades puedan deliberar de manera informada. La construcción de confianza social es clave para asegurar una adopción responsable y corresponsable de la biotecnología alimentaria. [106] Desde la bioética personalista, promover esta participación es una expresión concreta de solidaridad, responsabilidad colectiva y respeto por la dignidad humana en contextos de innovación.

Los dilemas analizados evidencian que la carne cultivada no constituye únicamente un avance técnico, sino un punto de intersección donde convergen dimensiones éticas, culturales y sociopolíticas, entre ellas identidades alimentarias, creencias religiosas y modelos de justicia social; que influyen en su aceptación y en su impacto individual y colectivo. La literatura muestra que las innovaciones alimentarias disruptivas requieren marcos regulatorios capaces de integrar no solo criterios de seguridad y eficiencia, sino también valores compartidos, percepciones culturales y expectativas sociales. [107] Considerando este contexto, la bioética personalista ofrece una brújula normativa que permite orientar la toma de decisiones hacia la centralidad de la persona, el cuidado del ambiente, la justicia en el acceso y la corresponsabilidad social. Las recomendaciones propuestas buscan garantizar que la incorporación de esta biotecnología se realice de manera prudente y participativa; orientada a la búsqueda del bien de cada ciudadano y de todos al mismo tiempo, evitando tanto la tecnocracia como el rechazo irreflexivo, y promoviendo así un desarrollo verdaderamente humanizador.

REFLEXIONES SOBRE LA AUTOLESIÓN ADOLESCENTE. PROPUESTA DESDE LA BIOÉTICA PERSONALISTA

CONSIDERATIONS ABOUT ADOLESCENT SELF-INJURY. PROPOSAL FROM THE PERSONALISTIC BIOETHICS POINT OF VIEW

JULIO CÉSAR MARINI

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0101-8929
Contacto: jotacem1952@gmail.com

- Médico. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

  Anestesiólogo. Asociación Argentina de Anestesiología, Argentina.

  Doctor en Medicina. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

  Magister en Ética Biomédica. Pontificia Universidad Católica Argentina, Argentina.

  Miembro del Consejo Académico del Doctorado en Bioética. Instituto de Bioética. Pontificia Universidad Católica Argentina Santa María de los Buenos Aires. Argentina.

Fecha de recepción: 27/06/2025
Fecha de aceptación: 05/11/2025

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. CC-BY-NC-SA

RESUMEN

En la República Argentina, durante los últimos 30 años, la tasa de suicidios en jóvenes entre 15 y 19 años se triplicó. Movidos por el dolor que causa saber que la desesperanza se encuentra como factor predisponente, ofrecemos una alternativa. Recuperar la esperanza auténtica, esa que tiene su raíz en el bien cualquiera sea la circunstancia y en el amor hacia el prójimo, es factible. Creemos que la bioética personalista ontológicamente fundamentada con su antropología de sustento puede colaborar con la psicología, la psiquiatría, y la asistencia social en el enfoque holístico de los adolescentes. Proponemos la incorporación del pensamiento religioso en la educación que puede otorgar un marco moral y funcionar como un ancla a una vida sin sentido, algo tan propio de nuestra sociedad hedonista y utilitarista. La desesperanza como un factor en la autolesión juvenil, no ha hecho más que poner de relieve cuánto tiene para aportar la esperanza a su remedio, tanto que en este trabajo apenas lo esbozamos.

Palabras clave: Autolesión, suicidio adolescente, esperanza, bioética personalista.

ABSTRACT

During the last 30 years the suicidal rate in young people between 15-19 years old, has tripled in Argentina. Despair as a risk factor has moved us to find an alternative. We consider that it is possible to regain the authentic hope, that which is rooted in the good and love of one´s neighbor. We believe that ontological bioethics can help psychologists, psychiatrists and social workers to get a holistic adolescent point of view. We consider that religious thinking during high school can give students a moral framework. It can work as an anchor in a senseless life, as our hedonist and utilitarian society promotes. Despair as a key factor in self-injured adolescents shows how much has hope to give as a remedy, so much so that we can barely give a hint in this work.

Keywords: Self injury, adolescent suicide, hope, personalist bioethics.

INTRODUCCIÓN

¿Cómo no conmoverse frente al sufrimiento psicológico y físico de los adolescentes que los impulsa a autolesionarse o, en el peor de los casos a quitarse la vida? Una cosa es conocerlo a través de las noticias periodísticas, y otra, es el caso puntual del hijo de alguien conocido o un pariente. Es desgarrador ver a padres y madres, que, en su desconsuelo, se preguntan qué es lo que no vieron o no escucharon. En la era de la comunicación instantánea, lo que aturde es el silencio de los que sufren.

Cada caso implica, la pérdida irreparable de un ser humano lo cual repercute en la sociedad. No es como sostenía Hume[1], que el hombre al "retirarse" de la sociedad no la daña, sino que sólo cesa de hacer el bien, lo cual, si es dañino, lo es en mínima proporción.

No se debería mirar para otro lado como si lo que ocurre fuese parte de una ilusión que más tarde o más temprano va a pasar. Hay alarmas encendidas y la sociedad, en su conjunto, debe actuar para el bien de todos. Para darle magnitud a lo que ocurre se recurre a las estadísticas. Posiblemente, no nos guste lo que se muestra en ellas porque lo que surge de los estudios estadísticos es un fenómeno (término, tal vez, inapropiado) creciente.

A pesar de que nos asusta ver las cifras, estos cálculos son necesarios para delimitar factores de riesgo, para abordar el problema con la intención de solucionarlo o, si eso no es posible, dar directivas para atenuarlo en base a la prevención.

¿Qué muestran los números? A nivel global, el 79% de los suicidios, ocurre en los denominados *países en vías de desarrollo* y lo mismo sucede con los suicidios adolescentes, que ocurren el 90% en los países de bajos o medianos ingresos, siendo la segunda causa de muerte en la población de entre 15 a 19 años [2]

En la región latinoamericana se ha invertido la tasa de suicidios, con una baja en los adultos y un aumento entre los más jóvenes. Argentina, particularmente, **triplicó** la tasa de suicidio adolescente, **entre 15 y 19 años**, en los últimos 30 años con 12.7 cada 100.000 habitantes, como muestra un estudio de Unicef [3].

De lo acuciante del problema las estadísticas hablan por sí solas y muestran, apenas, la punta de un iceberg gigantesco. Bajo la superficie, pero a la vista de quien quiera verlas, están las causas de semejante tragedia. En un momento, lo que movía a planes de contención como la vacunación, era la salud física de niños

y adolescentes su mejoramiento y manutención. Hoy es la salud mental del mismo grupo lo que angustia y, para lo cual, no hay vacuna.

Desde la bioética personalista ontológicamente fundamentada pensamos que siempre existe una alternativa a un enfoque causa-efecto del problema que nos ocupa. Creemos en un camino que tenga en su raíz la esperanza sin caer en el infantilismo mágico, siempre presente y peligroso. También en delinear un derrotero laborioso que requiere "la tenacidad de quienes van hacia un destino seguro" [4].

DESESPERANZA

Los artículos periodísticos relatan historias más o menos parecidas, tanto en los casos de suicidio como en los de lesiones autoinfligidas [5-6]. Jóvenes con un comportamiento social dentro de lo normal hasta determinado momento en el cual estallan contra sí mismos y/o contra los demás. Detrás de estas conductas se esconden los fantasmas de la pobreza, la violencia grupal y/o familiar, drogas, alcohol, acoso escolar y digital a través de las redes sociales (ciberbullying), etc. (Tabla N°1) [7]

FACTORES DE RIESGO	Trastornos mentales	Depresión mayor, abuso de drogas, trastornos de: ansiedad, bipolar, psicóticos, personalidad, conducta alimentaria
INDIVIDUALES		
Psicológicos		**Desesperanza**, rigidez cognitiva, déficit de resolución de problemas, baja autoestima
Género		Varones: más suicidios consumados Mujeres: más tentativas de suicidio
Otros		Enfermedades físicas, discapacidad o dolor crónico, intentos previos de suicidio
FAMILIARES CONTEXTUALES		- Historia familiar de suicidio - Eventos familiares estresantes - Exposición al suicidio - Factores sociofamiliares: falta de apoyo en la familia, rigidez en creencias, nivel socioeconómico, situación laboral y bajo nivel educativo

OTROS	- Historia de maltrato físico y abuso sexual - Acoso por parte de iguales (*bulling* o *ciberbullying*) - Fácil acceso a medios de suicidio
FACTORES PRECIPITANTES	- Problemas con el grupo de iguales (peleas, rupturas amorosas, cambio de grupo, primeras relaciones, etc.) - Acontecimientos vitales estresantes - Dificultades escolares - Preocupaciones o rumiaciones sobre suicidio - Factores psicológicos o personales - Conflictos familiares
FACTORES PROTECTORES	- Habilidades de resolución de problemas - Estrategias de afrontamiento positivas - Actitudes y valores positivos hacia la vida - *Locus* de control interno - Relaciones personales cercanas y satisfactorias (con la familia, amigos, etc.) - Buen nivel educativo - Creencias religiosas

Tabla 1. *Principales factores de riesgo, precipitantes y protectores de la conducta suicida.* Factores asociados a la ideación del suicidio en adolescentes. Algunas evidencias en Argentina. (2021). *Astrolabio*, *26*, 160-181

Lo que se interpreta como adversidad, resulta diferente para cada persona, entonces, ya no es sólo lo que no se tiene, es también lo que se tiene y exageradamente. Es por eso por lo que esta problemática la sufren tanto los ricos como los pobres. Se agrega que, durante la adolescencia se vive dentro de una realidad acotada, con códigos propios, igual vestimenta, comportamiento y lenguaje. Ese universo se angosta aún más debido al mundo de las redes sociales y las pantallas. Resulta paradójico que la tecnología, que supuestamente debería

ampliar la posibilidad de comunicación, termine por estrecharla y, que las páginas más visitadas, los inciten a lastimarse o incluso matarse como parte de un juego.

La publicación [8] en los medios de comunicación y redes sociales, del suicidio de personas comunes y famosos, induce en personas mentalmente predispuestas, a conductas similares. Este contagio se conoce como "efecto Werther" [9] y se debe a la ola de suicidios juveniles, remedando al protagonista, que siguió a la publicación de la novela "Las penas del joven Werther" por Johann Wolfgang Von Goethe en 1774. Los suicidios consumados o los intentos que siguen a la publicación en medios gráficos o como consecuencia de libros (Final Exit de Derek Humphry) o series de televisión (13 Razones Por Que), son una muestra de la influencia nefasta que estos pueden tener en los adolescentes.

Somos conscientes de los múltiples factores precipitantes que llevan a muchos adolescentes a conductas de autolesión, pero queremos detenernos, particularmente, en la desesperanza. En los grupos más carenciados, posiblemente, ante la reiterada falta de solución a sus necesidades ocurra un descenso de los mecanismos psicológicos de defensa, dejando únicamente aquellos imprescindibles para la supervivencia en un medio considerado hostil. Por otro lado, jóvenes con la mayoría de sus necesidades satisfechas, también atentan contra su salud y su vida.

Sin embargo, la desesperanza no es única de nuestros adolescentes. En otros entornos [10], tal vez más complicados, existen personas preocupadas por el mismo motivo. Ellos encuentran en sus jóvenes, tres razones preponderantes que sobresalen en las encuestas:

> 1) "No hay salida": Las carencias económicas, necesidades básicas insatisfechas, falta de espacio de recreación seguro, escuelas y empleo, inducen a pensar en algo fácil como robar y consumir drogas.
> 2) "Pérdidas familiares": En una comunidad con alta prevalencia de HIV, la muerte de uno o ambos progenitores lleva a la pérdida de orientación con respecto al futuro y, como todo duelo, sienten tristeza y desesperanza.
> 3) "Carencia de mentores": En parte vinculado con las pérdidas antes descriptas, los jóvenes sienten la falta de mentores que los guíen y aducen abandono por parte del gobierno. En realidad, lo que los jóvenes manifiestan es "para tener esperanza se debe contar con un guía"[11].

Este último término, guía, es de primordial importancia para desandar la desesperanza. Un guía indica un camino, nos dice "por acá" y, al orientarnos nos da la tranquilidad y la seguridad para llegar a destino. De ninguna manera

señala un atajo o el camino más corto o nos dice cómo sortear las dificultades del terreno. Más bien nos entusiasma con la belleza y la bondad del final, como cuando ascendemos una montaña. El esfuerzo y el cansancio son recompensados con la alegría de llegar y la contemplación del paisaje.

ESPERANZA

Dar esperanza no significa allanar o eliminar los desafíos que devienen en la búsqueda del fin u objetivo. Dejar atrás la desesperanza es abrazar y sentir como propio un destino; ese destino puede ser un trabajo, estudio, profesión, voluntariado, etc. Ese empujón o cambio en el ánimo no está exento de miedo e incertidumbre, pero a su vez y, paradójicamente, se siente la esperanza. Y es en ese equilibrio dinámico entre incertidumbre y esperanza donde se establece el rumbo.

Si prevalece el miedo y la incertidumbre, parece que nada se puede cambiar por más que se lo proponga y, en ese espiral descendente desaparece la esperanza y no se puede luchar contra el sufrimiento que impone la realidad [12]. La sociedad secular de nuestros días, frente al futuro amenazado por guerras y desastres naturales, recurre a una esperanza a corto plazo y traslada hacia las generaciones más jóvenes, toda la angustia proponiéndoles una vida vacía pero llena, a su vez, de cosas materiales que hay que tener.

Llevar esperanza a los adolescentes sin caer en el lugar común de que todo va a estar bien, que ellos son el futuro y que sólo hay que esperar, es ahuyentarlos. La adolescencia es una etapa preciosa, donde mana el deseo de conocer, experimentar, enamorarse y romper. Todos hemos pasado por esa experiencia, en algunos traumática, en otros bienhechora, pero en todos insoslayable. No es bueno poner a todos los jóvenes dentro de la misma bolsa, pues ante las mismas carencias y vivencias, no todos responden de la misma manera, ni adoptan las mismas actitudes.

Aquí nos estamos refiriendo a aquellos que experimentan una desesperanza de tamaña magnitud que no les permite encontrar un resquicio de paz interior. Como observadores del problema no nos podemos quedar de brazos cruzados y, aunque no será fácil, debemos perseverar en llevarles esperanza. Pero cada uno de nosotros debe estar convencido que vale la pena poner el norte en ella. De otra manera sería un discurso vacío de contenido y, sobre todo, de convicción. Si no estoy convencido que el fin es bueno, de nada sirve el esfuerzo por conseguirlo.

Para la sociedad secular, la mera mención de la palabra esperanza, despierta una sonrisa socarrona, como quien condescendientemente acepta que el otro no ve la realidad y tiene un pensamiento mágico e infantil. Por lo general, se desconoce el verdadero significado de la esperanza o se piensa en ella en términos meramente tangibles, como la espera para llegar a poseer un bien material o intelectual. Lo que Kierkegaard [13] llamaba esperanza mundana, aquella que busca lo alcanzable en la temporalidad y es consistente con la desesperación.

Camus [14] propone una esperanza para rebeldes, sin raíces metafísicas sino basada en la propia capacidad individual para sobrellevar las vicisitudes diarias y disfrutar de esos pequeños instantes, como quien disfruta de la cima de la montaña. Nietzsche [15], por su parte, deja al hombre librado a sí mismo que, "liberado ya de las garras de la moral y la religión", se encamina a través del "superhombre" a su destino de ser como un dios. Más recientemente, André Comte-Sponville [16], casi hace un culto de la desesperanza cuando sostiene que es mejor vivir en ella, que hacerlo en la esperanza porque "a fuerza de esperar, no se vive nunca".

Visto de esta manera, cabría la posibilidad de renunciar a toda esperanza. Sin embargo, es factible encontrar en nosotros mismos una esperanza auténtica, esa que tiene su raíz en el bien cualquiera sea la circunstancia y en el amor hacia el prójimo: "uno solamente puede tener esperanza para uno mismo, si es capaz de tenerla para otros y sólo por la posibilidad de hacer el bien hacia ellos; renunciar al otro es desesperar, renunciar uno mismo a la posibilidad del bien"[17].

Esta propuesta puede ser asimilada, según los cánones contemporáneos, a una postura religiosa y no estaría para nada alejada de la realidad ya que lo es. No obstante, la religiosidad no es mala en sí misma, porque además de otorgar un marco ético-moral para los actos cotidianos, amplía el horizonte a través de valores y creencias compartidas.

Una esperanza fiable, es creíble, fidedigna, sin error [18] y gracias a ella se puede enfrentar el presente sin dejar de padecer las vicisitudes cotidianas y aceptarlas como parte del camino hacia la meta, siempre y cuando estemos seguros de ella y si esta es tan grande que justifique el esfuerzo [19]. Para poder vislumbrar el horizonte hace falta algo que atraiga ese futuro dentro del presente y es la fe la que nos da esa ayuda haciéndonos ver algo de la realidad esperada [20]. El futuro deja de ser puro *todavía-no* y ese *todavía-no* del ser humano se constituye en la matriz de la esperanza y la utopía; la primera expresa la certeza de alcanzar el fin, mientras que la segunda da forma concreta a ese fin [21].

Vivir con esperanza es posible siempre y cuando el fin sea considerado un bien para uno mismo y para los demás. Alcanzarlo, requiere esfuerzo, perseverancia y resignación en algunos momentos, y especialmente para el creyente, de oración.

Quedarse con la idea materialista de un futuro tecnológico y afianzado estrictamente en lo material, deja al hombre inerme para afrontar lo que humanamente llamamos las incongruencias de la vida. De ahí a la desesperanza hay un solo paso, pues al no poder satisfacer sus deseos y no contar con un sostén espiritual que le de sustento a la espera, el hombre se desorganiza y sucumbe rumbo al camino que considera más fácil. La espiritualidad es importante porque posee una dinámica propia. Hacia el interior del hombre, le otorga sentido y propósito, a su existencia, mientras que, hacia afuera, se expresa a través de la manera en la cual él se conecta con él mismo, con los otros, la naturaleza y hasta con lo más significativo y sagrado [22].

APORTES DESDE LA BIOÉTICA PERSONALISTA

Si algo caracteriza al adolescente es, justamente, el probar, desafiar, enfrentar y oponerse a todo control. El temor de ser rechazado por sus pares y la presión por pertenecer, junto a los cambios hormonales, lo tornan huraño y poco comunicativo. Esta tormenta perfecta lleva a disponer, peligrosamente, del propio cuerpo.

Para la bioética personalista, la **defensa de la vida física** está íntimamente ligada al cuidado del cuerpo, ya que éste es imprescindible para alcanzar tal fin. Su descuido predispone a lesiones de variada magnitud o, inclusive a la muerte, lo cual deja al descubierto la vulnerabilidad intrínseca del ser humano.

La vulnerabilidad humana no asienta solamente en el cuerpo, sino también en el espíritu y ambos, crecen y evolucionan con el paso de los años. Durante nuestra niñez y adolescencia somos particularmente proclives más al daño psíquico por mal manejo de los sentimientos y las pasiones, que, al corporal salvo enfermedades o traumas. Este rasgo antropológico hace referencia a la fragilidad y finitud del ser humano y merece una consideración bioética.

¿Qué hace, a los adolescentes, individualmente frágiles? La ingesta temprana de alcohol, el consumo de drogas naturales y sintéticas, la violencia física y verbal, la dependencia de las pantallas y la mimetización con modelos sociales marginales. Adolescentes vulnerables que son vulnerados por todas estas acciones que los inhiben de poder tomar las decisiones correctas en el momento oportuno [23].

En la investigación de grupos sociales en peligro, se utiliza otra acepción de vulnerabilidad [24]que determina el riesgo a que están expuestos debido al ámbito de pertenencia, las carencias sociales y la imposibilidad de proteger sus propios intereses. Determinada la necesidad de protección, tanto individual como grupal y utilizando el principio de **sociabilidad/subsidiariedad**, resulta indispensable generar acciones sociales y/o estatales tendientes a salvaguardar la dignidad e integridad de ambos estamentos. En este sentido, se inscribe la guía *Vivir la vida* [25] de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- Restringir el acceso a los medios utilizados para suicidarse (plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos)
- Educar a los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio
- Fomentar aptitudes socioemocionales en los adolescentes
- Detectar, evaluar, tratar y hacer seguimiento de las personas vulnerables

Hay un aspecto importante a subrayar y es el uso responsable que debería hacerse de la libertad, tanto por parte de los adolescentes como de sus padres o tutores. Se malinterpreta la libertad cuando se dispone erróneamente del cuerpo y se actúa irresponsablemente cuando no se colocan límites de tiempo y lugar. El principio de **libertad/responsabilidad** habilita la creación de espacios de escucha para los adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad [26]. Una preocupación constante es cómo acercarles las alternativas que puedan evitar el daño físico y psíquico, si no se habla el mismo idioma que utilizan ellos.

Como una manera de facilitar el diálogo, y desarrolladas en el marco de la bioética de derechos humanos, se encuentran dos propuestas destinadas a los adolescentes en situación de riesgo. La primera de ellas es un proyecto de un grupo de Extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, que promueve intervenciones psicosociales para promover la salud [27]. Mientras que la segunda, con el mismo origen, tiene que ver con la creación de herramientas en plataformas [28], utilizadas por el grupo etario en cuestión, que abre la posibilidad de solicitar ayuda, utilizando un método sencillo y disponible en todas las pantallas de teléfonos y computadoras.

CONCLUSIONES

El suicidio adolescente, así como la autolesión son un problema para la sociedad en general, y para la salud pública en particular. Ambos tienen un origen multicausal y, al parecer, con escasos recursos de parte del estado asignados para

la comprensión de este fenómeno. El conocimiento estadístico de los factores predisponentes y precipitantes, permitirían saber cómo prevenir lesiones y muertes.

El adolescente, con el cerebro aún en pleno desarrollo y bajo los efectos de alcohol, droga, tabaco y pantallas, es incapaz de reconocer los peligros a los que está expuesto y, si lo hace, no posee las herramientas para hacerles frente. Y, las que se le ofrecen, giran en torno a gratificaciones inmediatas, como una manera de aquietar su ansiedad.

No existe una solución integral que sirva para todos los casos, ya que cada uno, individualmente, es diferente al otro. La disparidad de situaciones junto a los diferentes escenarios en los que ocurren hace casi imposible actuar coordinadamente. No es lo mismo un chico con carencias de todo tipo y otro que posee más de lo necesario, pero en un ámbito que considera hostil. Así, los ejemplos pueden sucederse hasta casi el infinito de situaciones a la cual más dañina.

A las carencias materiales y sociales, se le agrega la agresión mediática a través de las redes sociales, haciendo de cada teléfono celular, tablet y computadora un arma. Fotos y videos son utilizados para amedrentar, intimidar y extorsionar, mediante la exposición de la intimidad personal hasta límites intolerables para las víctimas de tales atropellos. La adolescencia es un momento evolutivo donde la valoración personal depende más del afuera que de la propia y la comparación con los otros es constante. Entonces, la distorsión que les devuelve el mundo digital no colabora para una autoevaluación positiva, lo que aumenta el sufrimiento y promueve la separación del mundo real.

El adolescente siente como un desafío, establecer relaciones interpersonales con adultos considerados como referentes, así como también con amistades y parejas, con el llamado mundo de la afectividad, en definitiva. Le ocurre lo mismo con las exigencias escolares, artísticas, deportivas, etc., que son en parte expectativas que vienen de afuera, a las que se suman las propias (autoexigencia) [29]. El solo pasaje de la adolescencia a la adultez joven con los cambios que ello implica más las responsabilidades que acarrea, significa para algunos una contingencia excesivamente pesada, que puede desencadenar un cuadro depresivo profundo.

La persona que sufre necesita un abordaje integral desde lo bio-psico-social, donde cada disciplina puede aportar su mirada, dentro de estas estrategias utilizadas para enfrentar el problema, se puede incorporar la mirada bioética personalista, que hace de la persona su centro. La incorporación de la opinión bioética en los grupos de intervención en escuelas, parroquias, organizaciones no

gubernamentales, fundaciones, asociaciones civiles, etc., puede aportar un punto de vista que atraviesa al conjunto para luego unirlos en una mirada abarcativa del problema.

La bioética personalista participa de la solución de conflictos en el ámbito de la salud aportando su esquema propio para la resolución de estos. Si bien la contribución de la psicología, la psiquiatría y la asistencia social tiene como destino a la persona en su inserción psico-social, la bioética personalista agrega una antropología ontológica que pone el acento en la dignidad, la defensa de la vida, la libertad, la responsabilidad y la subsidiariedad. De ahí, que sería importante su contribución y participación en la discusión de los casos que nos ocupan.

Si se considera al buen nivel educativo como un factor protector de riesgo de lesiones y/o suicidio [30], podemos pensar que la escuela, al estar disponible y accesible a todo el espectro social, es una herramienta completa y adecuada para transmitir valores personales y sociales. Sin embargo, en su enseñanza, nos parece razonable prescindir de las ideologías que, si bien es correcto que se conozcan y discutan, en muchos casos entorpecen el razonamiento y trastocan los valores. Por otra parte, así como se puede razonar sobre política, también se podría hacer lo mismo sobre religión y no nos referimos a una sola de ellas, sino a todas.

Posiblemente, cada una de las religiones tenga su aporte para hacer sin caer en el adoctrinamiento, conocer su historia, su concepto sobre el hombre y la humanidad como un todo natural. El conocimiento de los valores que cada una tiene para contribuir a la formación espiritual de los jóvenes es capaz, a través de un marco moral, de funcionar como un ancla al transcurrir errante y a una vida sin sentido tan propio de nuestra sociedad hedonista y utilitarista. Además, la pertenencia a un grupo de personas con saberes y pareceres compartidos les puede otorgar un lugar dónde poder expresarse sin ser juzgados, aumentando la autoestima y el crecimiento personal.

Tal vez este trabajo pueda ser considerado como inocente frente al drama que se desarrolla frente a nosotros. Sin embargo, al abordar la desesperanza como un factor primordial en la autolesión juvenil, no ha hecho más que poner de relieve cuánto tiene para aportar la esperanza. Aquí lo esbozamos, apenas. Es tan atractivo el poseerla que toda dificultad en el camino se hace un desafío que estimula. Sin duda, habrá que perseverar y trabajar, no obstante, la gratificación del logro será directamente proporcional al esfuerzo si tenemos a la esperanza como compañera de senda.

BIBLIOGRAFÍA

1) David Hume Selected Essays. Oxford World's Classics. Oxford University Press. Oxford. Great Britain. 1998

2) Suicide in the world: Global Health Estimates. World Health Organization. WHO/MSD/MER/19.3. © World Health Organization 2019

3) El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) buenosaires@unicef.org. www.unicef.org.ar

4) Santo Padre Francisco. Angelus, 6 de septiembre de 2015. Maria Milvia Morciano - Ciudad del Vaticano
https://www.vaticannews.va/es/papa/news/2020-05/esperanza-virtud-pequena-pero-mas-fuerte-francisco.print.html

5) https://www.lanacion.com.ar/comunidad/naza-ya-no-va-a-la-escuela-en-que-piensan-los-adolescentes-que-deciden-quitarse-la-vida-nid29042025/?utm_source=appln

6) https://www.lanacion.com.ar/editoriales/suicidios-en-aumento-nid30082024/

7) Factores asociados a la ideación del suicidio en adolescentes. Algunas evidencias en Argentina. (2021). Astrolabio, 26, 160-181. https://doi.org/10.55441/1668.7515.n26.27659

8) Barrera J, Gómez López MT, Suárez E, Velásquez N, Guzmán Y, García V. Cobertura periodística sobre el suicidio: ¿habría riesgo de causar efectos negativos en personas susceptibles? pers.bioét. 2017;21(1): 151-160. DOI: 10.5294/pebi.2017.21.1.10

9) Niederkrotenthaler, T., Herberth, A., & Sonneck, G. (2007). Der "Werther-Effekt": Mythos oder Realität? [The "Werther-effect": legend or reality?]. Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Osterreichischer Nervenarzte und Psychiater, 21(4), 284–290.

10) Nothando Ngwenya, Tony Barnett, Candice Groenewald & Janet Seeley (2021): Complex trauma and its relation to hope and hopelessness among young people in KwaZulu-Natal, South Africa, Vulnerable Children and Youth Studies https://doi.org/10.1080/17450128.2020.1865593

11) Ibid, pág 8

12) De Sousa Santos B. LA INCERTIDUMBRE, ENTRE EL MIEDO Y LA ESPERANZA. Conceptos y Fenómenos Fundamentales de nuestro tiempo. UNAM. 2016. https://conceptos.sociales.unam.mx/conceptos_final/636trabajo.pdf

13) Bernier, M. "The Concept of Hope", The Task of Hope in Kierkegaard (Oxford,2015)

https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198747888.003.0005, accessed 25 May 2025.

14) Camus A. Camus y El suicidio. La esperanza es para rebeldes. septiembre 9, 2021 https://entelekiafilosofik.com/camus-y-el-suicidio-la-esperanza-es-para-rebeldes

15) Llácer T. Nietzsche El superhombre y la voluntad de poder. Disponible en: /https://practicadocentefilo.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/04/02.-llacer-toni-nietzsche.-el-superhombre-y-la-voluntad-de-poder-1.pdf

16) Comte-Sponville A. EL AMOR, LA SOLEDAD. Ed Paidos. Barcelona. 2001:40-54; ISBN, 84-493-1136-5

17) Op. Cit. 13, pag 123

18) Diccionario de la lengua española. https://dle.rae.es/fiable

19) Benedicto XVI. Carta Encíclica SPE SALVI. Introducción. 2007 https://www.vatican.va/content/benedict-xvi/es/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20071130_spe-salvi.html

20) Ibidem, pag 6

21) Mondin B. Attualità della teologia della speranza, Sapienza, 36 (1983), 385-404

22) Christina M. Puchalski, Robert Vitillo, Sharon K. Hull, and Nancy Reller. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. Journal of Palliative Medicine 2014 17:6, 642-656. https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427.

23) Arruda de Morais TC, Sadi Monteiro P. Los conceptos de vulnerabilidad humana y la integridad individual para la bioética. Rev. bioét. (Impr.). 2017; 25 (2): 311-9. http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252191

24) Solbakk JH. Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria? Revista Redbioética/UNESCO. Año 2 (2011); 1(3): pp. 89-101.

25) Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://doi.org/10.37774/9789275324240.

26) uca.edu.ar/es/compromiso-social/programas/programa-integral-en-villas/proyectos-en-desarrollo/ciclo-de-orientacion-para-jovenes

27) Cingolani, JM; Castañeiras C y cols. Programa de prevención psicosocial para adolescentes. https://www.pips-a.com/

28) https://www.instagram.com/tranqui.psico.unmdp

29) Op. Cit. 3; pág. 39.

30) Op. Cit. 7; pág. 167.

CUANDO LA INVESTIGACIÓN SE VUELVE ENCUENTRO

APRENDIZAJES DESDE EL TRABAJO COLABORATIVO DE KAREN ANN QUINLAN

WHEN RESEARCH BECOMES AN ENCOUNTER

INSIGHTS FROM THE COLLABORATIVE WORK OF KAREN ANN QUINLAN

Fecha de recepción: 06/09/2025
Fecha de aceptación: 28/11/2025

GERARDO RUBÉN PERAZZO

ORCID: https://orcid.org/0009-0002-3569-0374
Contacto: grperazzo@gmail.com

- Médico urólogo. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
  Especialización en conducción y gestión de Hospitales. Universidad del Salvador, Argentina
  Subdirector Médico Hospital de Rehabilitación M. Rocca
  Magister en Ética Biomédica. Universidad Católica Argentina
  Director del Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Urología
  Coordinador del Instituto de Bioética. Universidad Católica Argentina
  Director de la Oficina de Ética de la Confederación Americana de Urología
  Miembro externo del Comité de Bioética y de Ética de la investigación del HGA. Tornú
  Vocal del Comité de ética en Investigación de la Universidad Católica Argentina, Argentina
  Past President de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Bioética (FELAIBE)
  Director de cursos de postgrado (presenciales y a distancia) de Urología y Bioética desde 2005

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. CC-BY-NC-SA

SILVIA J. BIRNENBAUM

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1991-1368
Contacto: silviabirnenbaum@uca.edu.ar

- Bioquímica, especialista en Bioquímica Clínica-inmunohematología y Banco de Sangre. Magister en Ética Biomédica.
  Profesora de Bioética en: Universidad Kennedy, Universidad Abierta Interamericana, Pontificia Universidad Católica Argentina.
  Investigadora en Bioética y Miembro del Comité de Ética de la Investigación. Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA).
  Bioquímica de planta del Servicio de Hemoterapia, Presidente del Comité de Bioética Hospitalaria y del Comité de Calidad del Hospital Santojanni. CABA.
  Secretaria de la Carrera de Bioquímica y miembro del Comité de ética de la Investigación. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Kennedy.

RESUMEN

El artículo reflexiona sobre la experiencia de investigación colaborativa realizada en torno a la aparición de los comités de bioética vinculados con el caso de Karen Ann Quinlan, a cuarenta años de su fallecimiento. Explora el valor ético y formativo del proceso mismo desde la perspectiva de la bioética personalista. Se sostiene que la investigación conjunta no es sólo un método, sino un modo de encarnar la dignidad de la persona en el trabajo académico. La colaboración interdisciplinaria permitió integrar miradas diversas y generar una unidad construida desde el diálogo crítico y racional. Este modo de trabajar evidenció que la ética se aprende y se practica también en la manera de investigar; escuchando, revisando argumentos, buscando coherencia y asumiendo responsabilidades compartidas. El artículo propone que esta experiencia ofrece un modelo valioso para la bioética argentina, capaz de construir comunidad académica y responder a los desafíos contemporáneos con una práctica intelectual fundada en la dignidad, el encuentro y la búsqueda conjunta de la verdad.

Palabras clave: Comités de Bioética, Investigación Colaborativa, Dignidad Humana, Interdisciplinariedad.

ABSTRACT

The article reflects on the experience of collaborative research carried out around the emergence of bioethics committees associated with the case of Karen Ann Quinlan, forty years after her death. It explores the ethical and formative value of the process itself from the perspective of personalist bioethics. The article argues that collaborative research is not merely a method, but a way of embodying the dignity of the person within academic work. Interdisciplinary collaboration made it possible to integrate diverse perspectives and generate a unity built through critical and rational dialogue. This way of working demonstrated that ethics is learned and practiced also in how we conduct research: by listening, reviewing arguments, seeking coherence, and assuming shared responsibilities. The article proposes that this experience offers a valuable model for Argentine bioethics, capable of building academic community and responding to contemporary challenges through an intellectual practice grounded in dignity, encounter, and the shared search for truth.

Keywords: Bioethics Committees, Collaborative Research, Human Dignity, Interdisciplinary Studies.

"La humanidad sólo progresa unida."
Teilhard de Chardin, La activación de la energía, 1963.

INTRODUCCIÓN: CUANDO UN CASO CAMBIA LA HISTORIA: EL ROL DE LOS COMITÉS DE BIOÉTICA

El caso de Karen Ann Quinlan marcó un punto de inflexión en la historia de la bioética al poner de manifiesto la necesidad de contar con espacios institucionales capaces de deliberar ante decisiones clínicas complejas. Su situación, que involucró cuestiones sobre la libertad de las personas, límites del tratamiento, responsabilidad médica y acompañamiento familiar, evidenció que los dilemas éticos no podían ser resueltos únicamente desde criterios técnicos o jurídicos. Fue precisamente a partir de este caso que los comités de bioética comenzaron a consolidarse como estructuras indispensables dentro de las instituciones de salud, ofreciendo un ámbito interdisciplinario de reflexión, análisis y asesoramiento. La relevancia contemporánea de estos equipos de trabajo, se comprende, en gran medida, a la luz de este caso, ya que su historia mostró que la deliberación ética colectiva no sólo apoya a los profesionales y a las familias, sino que también contribuye a proteger la dignidad de las personas en situaciones de profunda vulnerabilidad.

DESDE LA EXPERIENCIA COMPARTIDA

1. Un aniversario que abrió un camino nuevo

Los cuarenta años del fallecimiento de Karen Ann Quinlan se presentaron como una ocasión propicia no sólo para revisitar uno de los casos más paradigmáticos de la bioética moderna, sino también para preguntarnos cómo queremos hacer bioética hoy. En el Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina, esta efeméride dio lugar a un proyecto colectivo donde docentes, estudiantes, profesionales de la salud, antropólogos, filósofos, juristas y bioeticistas asumimos el desafío de investigar juntos. El resultado fue una experiencia que excedió con creces la mera producción de conocimientos y se convirtió en una práctica ética en sí misma.

Este artículo busca compartir esa vivencia. No pretende sintetizar los hallazgos de la investigación, que serán publicados por separado, sino reflexionar sobre lo que nos dejó el proceso colaborativo desde la perspectiva de la bioética personalista. En ese marco, investigar de manera conjunta no es un simple método opera-

tivo: es una forma de reconocer la dignidad del otro, de ejercitar la racionalidad dialógica y de buscar el bien integral de la persona, tal como lo propuso Sgreccia.

2. La investigación colaborativa como acto bioético

Desde su nacimiento, la bioética siempre fue una disciplina esencialmente dialogal. Surgió como respuesta a problemas complejos ante los cuales ningún saber aislado resultaba suficiente. El propio caso de Karen Ann Quinlan puso en evidencia esta necesidad que involucró a profesionales del equipo de salud, jueces, filósofos, familiares, expertos en derecho y teólogos, entre otros. La deliberación interdisciplinaria no fue un simple adorno, sino la condición misma para comprender la situación moral real.

Desde la mirada personalista, esto tiene un fundamento profundo basado en la idea que la verdad moral se alcanza mejor cuando se incorpora la totalidad de dimensiones de la persona y cuando se respetan las diversas competencias que ayudan a iluminarla. Por eso, asumir un proyecto de investigación colaborativa sobre este tema histórico y a la vez actual, fue coherente con la estructura misma de la bioética personalista que implica reconocer al otro como co-intérprete válido, y a su vez integrar racionalidad y experiencia, ejercitar la corresponsabilidad moral, y promover una búsqueda compartida del bien. La colaboración no es sólo un modo de trabajar sino es una expresión concreta de la dignidad de cada participante.

3. Dinámica del proyecto: la construcción de un "nosotros académico"

Entre diciembre de 2024 y mayo de 2025, conformamos un equipo de 39 investigadores, distribuidos en seis comisiones. Los temas sobre los que trabajamos fueron la evolución histórica de los comités de bioética, las funciones actuales, la legislación relacionada, los fundamentos antropológicos, el rol de la bioética en los equipos de salud y decisiones éticas al final de la vida. Cada grupo trabajó con autonomía, pero dentro de un marco común definido en reuniones generales periódicas que nos permitían compartir avances, dudas, tensiones conceptuales y líneas de interpretación.

Lo que a primera vista era una organización práctica se volvió pronto una experiencia ética. En esas reuniones descubrimos la fecundidad de integrar trayectorias diversas: quienes llegaban desde la antropología aportaban profundidad conceptual; quienes venían del derecho enriquecían la mirada normativa; los profesionales de la salud sumaban la ex-

periencia del límite real; los docentes recordaban que siempre se puede preguntar mejor y los filósofos ofrecían el hilo conductor que ordena lo complejo.

Se generó de esta manera un "nosotros académico" que no anuló las diferencias, sino que las volvió constitutivas. Un "nosotros académico" no es simplemente un grupo de personas que trabajan en un mismo proyecto, sino una comunidad intelectual que comparte una búsqueda común. Se construye cuando las diferencias de formación, trayectoria y perspectiva dejan de ser obstáculos y se convierten en aportes que enriquecen la comprensión colectiva. Implica reconocer que nadie posee la totalidad del saber y que cada uno aporta una pieza necesaria para acercarnos a la verdad. Un "nosotros académico" surge cuando el diálogo se vuelve método, cuando la escucha mutua se convierte en actitud y cuando el objetivo compartido supera los intereses individuales. Es una forma de identidad construida en el intercambio honesto, en la revisión crítica de las propias ideas, en la confianza intelectual, y en la responsabilidad ética con la institución y con quienes formamos parte de ella. Desde esta mirada, el "nosotros académico" es el signo de madurez de un equipo de trabajo que refleja que aprender, investigar y reflexionar, son tareas que sólo alcanzan su pleno sentido cuando se realizan con los otros y para los otros.

Sgreccia solía recordar que la bioética necesita *criterio unitario* sin perder la riqueza de la interdisciplinariedad. Eso fue exactamente lo que experimentamos: una unidad construida no por uniformidad, sino por la integración respetuosa de miradas.

4. Tres aprendizajes del proceso colaborativo

4.1. La riqueza de la diversidad como camino a la verdad moral

Cada comisión mostró que un mismo caso puede abrir horizontes muy distintos: desde preguntas sobre proporcionalidad terapéutica hasta debates sobre normativas de las diferentes provincias, pasando por reflexiones antropológicas sobre dignidad y vulnerabilidad. Lejos de ser un problema, esa multiplicidad fue una oportunidad. La bioética personalista afirma que la persona es una unidad compleja y que la moralidad debe considerar todas sus dimensiones: biológica, espiritual, relacional, histórica y social. El trabajo colaborativo permitió que esta complejidad apareciera sin simplificaciones, integrando la mirada del experto en derecho, el clínico, el teólogo y el filósofo, reconstruyendo todos desde el lenguaje bioético.

Esta riqueza de la diversidad resulta, en sí misma, una exigencia ética. Es la puesta en práctica del principio de totalidad y terapéutico, que obliga a mirar al ser humano en forma integral, no solo como un cuerpo enfermo, sino como un sujeto con una historia, un proyecto de vida y una dimensión trascendente.

Se alcanza la verdad moral cuando en el diálogo, cada participante logra salir de su perspectiva particular (el dato técnico o la norma legal), y la integra en la visión unificada de la persona, enriqueciendo la reflexión desde la prudencia que aporta la consideración de todos los elementos en juego.

4.2. La investigación como espacio de encuentro humano

Hubo momentos repetidos, en distintos encuentros, en los que lo académico dejó paso a lo profundamente humano: como cuando alguien compartía una experiencia en un comité de bioética real, o una vivencia personal de acompañamiento o la tensión emocional de decisiones al final de la vida. Estos aportes, lejos de quedar al margen, se volvieron claves para comprender la densidad moral abordada desde el compromiso permanente de los comités de bioética. La razón se iluminó con la experiencia y el sentimiento se integró a la razón.

El personalismo nos recuerda que la ética se juega siempre en la vida concreta. La persona que sufre, la familia que acompaña y el equipo de salud que decide, *son el centro de la ética*. El proyecto nos recordó también que la investigación es un lugar donde nos encontramos con la fragilidad humana y la vocación de servicio. Este trabajo logró descentralizar la mera abstracción teórica y nos ancló en la compasión. Es la vivencia compartida donde se forja la auténtica responsabilidad solidaria.

4.3. El método colaborativo como ejercicio de responsabilidad moral

El hecho de consensuar textos, revisar argumentos, confrontar interpretaciones y buscar coherencia entre comisiones fue también un ejercicio de responsabilidad. Esta responsabilidad no solo es técnica (la de hacer un buen trabajo), sino también moral (de hacer un trabajo justo y humano).

En palabras de Sgreccia, la ética exige una *racionalidad crítica y dialogal* que permita llegar a conclusiones sólidas y respetuosas de la dignidad de toda persona. Esta dignidad es el punto de partida irrenunciable y la finalidad última de todo esfuerzo bioético.

Teniendo presente esa consideración, el proceso nos obligó a practicar esa racionalidad, a argumentar lo que afirmábamos apoyándonos en la verdad objetiva de la persona, a dar razones suficientes superando el mero subjetivismo del acuerdo, a escuchar activamente las objeciones reconociendo al otro como un interlocutor válido, y a cuidar la unidad general del proyecto, como reflejo del bien común.

5. Desafíos que también fueron formativos

No todo fue sencillo. La pluralidad trajo tensiones metodológicas y diferencias de enfoque, que obligaron a la trascendencia de las propias perspectivas. Los tiempos exigieron disciplina para lograr un estilo homogéneo entre comisiones que resultó un reto, que demandó una profunda capacidad de síntesis. Pero cada dificultad se volvió ocasión para ejercitar virtudes intelectuales y éticas, entre ellas paciencia, capacidad de síntesis, humildad para modificar posiciones propias frente a la fuerza de un mejor argumento y la búsqueda del bien común por encima de preferencias individuales, sostenido en la subsidiariedad.

La bioética personalista propone precisamente esta actitud: una ética que no sólo se estudia, sino que se vive, donde el encuentro con el otro y la realidad propia del intercambio, se convierten en la principal escuela de humanidad.

6. Lo que esta experiencia deja para la bioética argentina

En Argentina, la producción sistemática de investigación en bioética sigue siendo limitada y, en muchos casos, fragmentada. Predominan los trabajos individuales, la reflexión teórica aislada o los análisis de casos en ámbitos académicos reducidos. Por eso, la experiencia realizada en torno al caso de Karen Ann Quinlan representa una oportunidad singular, no sólo porque permitió recuperar un hito fundacional de la bioética moderna, sino que funcionó como un verdadero disparador para promover una cultura de investigación más sólida, colectiva y sostenida en el tiempo.

La investigación colaborativa resultó más que un proyecto académico, ya que se forjó un modelo funcional y replicable para la bioética contemporánea en nuestro país. Demostró que se pueden articular equipos amplios y heterogéneos, sostener procesos de deliberación rigurosa, formar comunidad académica, y producir conocimiento con sentido institucional y social. Mostró también que los nuevos desafíos, entre ellos los tecnológicos, clínicos, jurídicos y antropológicos, requieren precisamente este tipo de abordaje comunitario. Frente a un mundo

que tiende a fragmentar, la bioética puede y debe ofrecer una praxis intelectual basada en la unidad y el diálogo.

Podemos afirmar, desde la vivencia experimentada, que es posible construir conocimiento bioético desde la colaboración. En un contexto nacional donde aún faltan líneas estables, equipos consolidados y proyectos de largo alcance, esta experiencia se vuelve un punto de partida valioso para imaginar una bioética argentina más fecunda, más dialogada y más presente en la agenda académica y sanitaria.

CONCLUSIÓN: CUANDO INVESTIGAR ES TAMBIÉN UN ACTO DE CUIDADO

La experiencia de la investigación colaborativa fue, al mismo tiempo, un homenaje a un caso que marcó un antes y un después en la historia de la bioética, y un testimonio vivo de cómo queremos hacer bioética hoy. Nos recordó que la dignidad humana no es sólo un concepto analizado en los textos, sino un atributo que se reconoce en el modo de trabajar con otros.

En un proyecto así, investigar juntos es una forma de cuidarnos, de buscar la verdad con honestidad, de construir comunidad académica y de renovar el compromiso con una bioética profundamente humana.

La experiencia nos enseñó que la dignidad de la persona no sólo fundamenta la reflexión ética, sino también la manera de producirla, ejerciéndola en el modo de trabajar. Y cuando esa dignidad se reconoce en cada paso del camino, la investigación deja de ser sólo un método y se vuelve un encuentro.

BIBLIOGRAFÍA

Sgreccia E. Manual de bioética. Vol. I: Fundamentos y ética biomédica. 3.ª ed. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos (BAC); 2007.

EL CUIDADO DE PERSONAS EN RIESGO DE SUICIDIO INSPIRADO EN EL MENSAJE DE LA ESPERANZA CRISTIANA

CARING FOR PEOPLE AT RISK OF SUICIDE INSPIRED BY THE MESSAGE OF CHRISTIAN HOPE

GUILLERMO FACUNDO ANDRÉS JUÁREZ

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7749-7439
Contacto: gjuarezop@unsta.edu.ar
gjuarezop@gmail.com

- Fraile Dominico de la Orden de Predicadores. Doctor en Teología. Universidad de Friburgo, Suiza (2006).

  Profesor titular de Teología de la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino (UNSTA).

  Profesor de Bioética de la Carrera de Medicina de la UNSTA.

Fecha de recepción: 17/10/2025
Fecha de aceptación: 05/12/2025

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. CC-BY-NC-SA

RESUMEN

La observación de dos líneas de estudios psicológicos sobre el suicidio, referidas respectivamente a la desesperación y a la religión, nos dará la oportunidad de poner de manifiesto la originalidad del mensaje cristiano sobre la esperanza teologal y la necesidad de brindar un cuidado inspirado en dicho mensaje a los que desesperan de la vida a tal punto que consideran la posibilidad de suicidarse. Apoyándonos en la Sagrada Escritura y en la tradición teológica, destacaremos algunos contenidos centrales de la doctrina sobre la virtud de la esperanza, como su carácter teologal, sus metas y sus motivos, que nos permitirán sugerir orientaciones específicas para el acompañamiento de estas personas, convencidos de que la respuesta al "misterio psíquico" del suicidio solo se encuentra en el Misterio de Cristo, nuestra esperanza de gloria.

Palabras clave: Cuidado, suicidio, esperanza, virtud, gracia.

ABSTRACT

The observation of two lines of psychological studies on suicide, referring respectively to despair and religion, gives us the opportunity to highlight the originality of the Christian message on theological hope and the need to provide care inspired by that message to those who despair of life to such an extent that they consider the possibility of suicide. Drawing on Sacred Scripture and theological tradition, we will highlight some central aspects of the doctrine on the virtue of hope, such as its theological nature, its goals and its motives, which will enable us to suggest specific guidelines for the accompaniment of these people. We are convinced that the answer to the "psychic mystery" of suicide can only be found in the Mystery of Christ, our hope of glory.

Keywords: Care, suicide, hope, virtue, grace.

UN MENSAJE VIGENTE Y URGENTE

La temática que abordamos en el presente trabajo se inscribe en el contexto de un estudio más amplio concerniente al cuidado de la persona en riesgo de suicidio inspirado en la enseñanza de la teología moral sobre las virtudes teologales. Procuraremos brindar una visión de conjunto de la contribución original que proporciona a este respecto la enseñanza correspondiente a la virtud de la esperanza[1]. Nos referimos, claro está, a un acompañamiento cristiano, complementario al que ofrecen los profesionales de la salud y en estrecho diálogo con él. Para poner de manifiesto la oportunidad de un estudio acotado a la esperanza teologal, tomaremos como punto de partida una constatación empírica a partir de trabajos científicos del ámbito de la psicología.

Desde los años setenta del siglo pasado han comenzado a proliferar en esta rama de las ciencias de la salud estudios centrados en la relación del suicidio con la desesperación[2]. De hecho, esta última designa una de las condiciones anímicas más características de la persona con tendencia suicida. Su potencia predictora de suicido sería incluso mayor a la que tiene la depresión clínica, la ideación suicida y la conducta suicida. Por otra parte, a pesar del sesgo materialista o laicista que predomina en este ámbito científico[3], podemos comprobar cómo van ganando cada vez más terreno los estudios que procuran poner en evidencia la influencia positiva de la perspectiva trascendente en la prevención del suicidio y, de modo

---

1 Para un estudio más amplio de esta problemática desde la perspectiva del creyente se puede consultar: Pangrazzi A. Suicidio: De la rendición a la lucha por la vida. Madrid: San Pablo; 2005; Wünsch VL et al. Bioética, teologia e saúde mental: diretrizes de cuidado e prevenção do suicidio. Rev iberoam bioét. 2016 (2): 1-15; Cano Arenas A, Chiva San Román L. En la encrucijada del suicidio: Teología y espiritualidad de un sufrimiento insoportable. Sal terrae. 2022; 110 (1281): 819-32. Para una visión de conjunto de la enseñanza del Magisterio de la Iglesia, ver: Flecha JR. Bioética: La fuente de la vida. 2ª ed. Salamanca: Sígueme; 2007. p.298-300. No resulta fácil reconocer la correspondencia de esta enseñanza con lo que postula el autor, a continuación, en forma de interrogantes.

2 Del conjunto de los estudios publicados por Aaron Beck y sus colaboradores hasta los años noventa, destacamos el siguiente: Beck AT et al. Hopelessness and suicidal behavior: An overview. En: Maltsberger JT, Goldblatt MJ, editores. Essential papers on suicide. Nueva York: NYU Press; 1996. p.331-41. Ver, además: García-Alandete J et al. Depresión, desesperanza, neurosis noógnea y suicidio. En: VIII Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis; Palma de Mallorca; 2007.p. 1-15. En referencia a la esperanza: Dogra AK et al. Impact of meaning in life and reasons for living to Hope and suicidal ideation: a study among college students. Psychol Mental Health. 2011; 18: 89-102; Marco J et al. Meaning of life buffers the association between hopelessness and suicide in participants with mental disorders. J Clin Psychol. 2016; 72(7): 689-706.

3 Cf. García Peña JJ et al. Espirieducación. Lo espíritu-religioso, un factor protector contra el suicidio. En: García Peña JJ (dir.). El suicidio. Una mirada integral e integradora. Antioquia: Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó; 2020. p.57.

más específico, la religión[4]. De hecho, el rol protector de la religión ha ganado tal interés en la psicología académica que, en el año 1976, la Asociación Psicológica Americana creó un grupo especial sobre psicología de la religión con reuniones anuales, eventos internacionales y un boletín[5].

Los estudios que acabamos de evocar, referidos al fenómeno religioso en toda su amplitud, ofrecen el marco adecuado para una investigación interdisciplinar sobre el aporte original que puede brindar el cristianismo a la problemática que nos ocupa. De modo particular, el mensaje cristiano sobre la virtud de la esperanza aparece como un lugar teológico privilegiado para reconocer la dirección hacia la que se encaminan estas dos líneas de estudios científicos e incluso su punto de convergencia. De ahí la conveniencia de contar con una breve exposición de algunos aspectos fundamentales de dicho mensaje a la luz de la Sagrada Escritura y de la tradición teológica, como el carácter teologal de la virtud de la esperanza, sus términos y sus motivos, que permitan reconocer su valor excepcional y su rol insustituible en el acompañamiento de las personas afectadas por el drama del suicidio.

1. La esperanza como virtud teologal

La virtud de la esperanza es teologal porque se refiere directamente a Dios en su vida íntima como origen, motivo y objeto[6]. Se diferencia de la fe y la caridad porque alcanza a Dios bajo dos aspectos complementarios, a saber, como bien

4 Un buen ejemplo es el siguiente estudio: Dervic K et al. Religious Affiliation and Suicide Attempt. Am J Psychiatry. 2004; 161: 2303-08. Ver, también: Smith TB et al. Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. Psychotherapy Research. 2007; 17, 6 (2007): 643-55; Taha N et al. La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. Rev Chil Neuro-psiquiat. 2011; 49(4): 347-60; Fernández A. Religión y relaciones sociales como factores de protección contra la ideación suicida en adolescentes de bachillerato privado de la CDMX [Tesis profesional]. México: UP; 2019; Martín Salinas A et al. La comunidad religiosa como factor protector ante el suicidio. INFAD. 2023; 1(2) 167-80.

5 Taha N et al. La espiritualidad y religiosidad como factor protector.p. 348. El diccionario de esta asociación define la emoción de la esperanza como "la expectativa de que uno tendrá experiencias positivas, de que una situación potencialmente amenazadora o negativa no se materializará o de que, en última instancia, resultará en un estado de cosas favorable". APA Dictionary of Psychology. Washington, DC: APA (ed.); 2015 [actualizado en mayo de 2022; citado el 28 de agosto de 2025]. Disponible en: https://dictionary.apa.org/hope

6 Cf. CEC 1812; ST I-II, q. 62, a. 1-2; In III Sent., d. 23, q. 1, a. 1, qla. 3; De Virt. in Comm., a. 10-12. Para los textos de santo Tomás de Aquino reenviamos a sus obras completas en línea: Santo Tomás de Aquino, Corpus Thomisticum. Pamplona: Alarcón E (ed.); 2000 [actualizado el 10 de agosto de 2024; acceso el 28 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.corpusthomisticum.org/iopera.html

sumo y más arduo[7], y como poder infinito que nos auxilia. En efecto, el bien divino solamente mueve a la esperanza si es superable la dificultad para conseguirlo, lo cual se verifica solamente por el auxilio de la omnipotencia divina. Así pues, por la virtud de la esperanza tendemos hacia Dios como bien sumo, aunque arduo y distante, confiados en que, fiel a sus promesas y movido por su amor misericordioso, nos auxiliará con su poder infinito para que lo alcancemos[8]. En la estela de la enseñanza de los maestros medievales, la teología moral denomina objeto formal terminativo al primer aspecto y objeto formal motivo al segundo[9]. La virtud de la esperanza es teologal porque Dios en sí mismo es su término o meta y su motivo; su término, en cuanto bien sumo y su motivo, en cuanto omnipotente[10].

La Sagrada Escritura[11] se refiere con frecuencia a la meta y al motivo de esta virtud. Por boca del salmista, nos dice: "la roca de mi corazón es Dios, la herencia mía para siempre" (Sal 72, 26. 28). Se sirve, así, de dos imágenes muy arraigadas en el corazón del pueblo elegido, la roca y la herencia, que simbolizan respectivamente a Dios como auxilio en el que nos apoyamos y a Dios como destino al que nos dirigimos. La esperanza del pueblo elegido tiene su origen y modelo en la esperanza de Abraham en las promesas de Dios (cf. CEC 1819). La figura de Abraham, junto con la de Moisés, son como grandes ventanales que nos permiten reconocer el conjunto del Antiguo Testamento como un verdadero cántico de esperanza en el que todo gira en torno a la expectativa que nace de la promesa y a la confianza en el auxilio divino que conduce a su cumplimiento. El profeta Jeremías expresa el núcleo de esta experiencia cuando proclama: "Esperanza de Israel, Yahvé: todos los que te abandonan quedarán defraudados, y los que se apartan de ti quedarán escritos en la tierra, por haber abandonado a Yahvé, manantial de aguas vivas" (Jr

7 El Doctor Seráfico lo indica de un modo conciso al decir que el objeto principal de la esperanza cristiana es "el bien sumo y sumamente arduo". San Buenaventura, In III Sent., d. 31, a. 2, q. 3, ad 3: Opera Omnia. T. 3. Quaracchi: Studio et cura PP. Collegii S. Bonaventurae; 1887.p. 685. Santo Tomás refiere esto mismo con expresiones como altísimo arduo o arduo sumo. Cf. In III Sent., d. 26, q. 2, a. 3, qla. 1, ad 1; Ver., q. 14, a. 2, ob. 3.

8 Lo expresa bellamente una conocida oración litúrgica que descubre en la misericordia por la que Dios nos perdona la máxima expresión de su omnipotencia: "Dios nuestro, que manifiestas tu omnipotencia sobre todo en la misericordia y el perdón, multiplica tus misericordias sobre nosotros para que, corriendo detrás de tus promesas, nos hagas consortes de los bienes celestiales de la vida eterna". Colecta. Domingo XXVI TO. Misal Romano. Edición de la Conferencia Episcopal Argentina. 3ª ed. Buenos Aires: Oficina del Libro; 2009.p. 382.

9 Cf. ST II-II, q. 17, a. 4, c.

10 Cf. Q. D. *De Spe*, a. 1. Para una profundización de la enseñanza de santo Tomás, ver: Ramírez S, La esencia de la esperanza cristiana. Madrid: Punta Europa; 1960; Id. De Spe Theologica: Opera Omnia. T. 11. Vol 1-2. Madrid: BTE; 1994; Labourdette IM. L'Espérance: Grand cours de théologie morale. Vol. 9. París: Parole et Silence; 2012.

11 Para las siglas y abreviaturas de la Sagrada Escritura, ver: Biblia de Jerusalén. 4ª ed. Bilbao; Desclée de Brouwer; 2009.p. XIV-XV.

17, 13). Yahvé es meta y garante de la esperanza de su pueblo, Israel. El horizonte de la esperanza veterotestamentaria, sobrepasando los límites visibles de la tierra de promisión y la descendencia, anuncia la venida de Yahvé en gloria, su reinado sobre una nueva tierra, la nueva alianza y la venida del mesías, hijo de David[12].

Dios ha cumplido las promesas hechas a Abraham y a su descendencia (cf. Lc 1, 55) más allá de toda expectativa, al enviar a su Hijo amado (cf. Ga 4, 4-5; CEC 422). Desde entonces, nuestra esperanza se centra en Jesucristo, el Buen Pastor que ha venido al mundo para dar su vida y para que tengamos vida en abundancia (cf. Jn 10, 10-11). San Pablo proclama que Cristo "fue entregado por nuestros delitos y fue resucitado por nuestra justificación" (Rm 4, 25; cf. 1 Co 15, 3-5. 12s.), y despliega esta enseñanza cuando nos asegura que, "si siendo enemigos, fuimos reconciliados con Dios por la muerte de su Hijo, mucho más ahora que estamos reconciliados, seremos salvados por su vida" (Rm 5, 11). Sabemos, por tanto, que nuestra esperanza no quedará defraudada, porque "el amor de Dios ha sido derramado en nuestros corazones por el Espíritu Santo que nos ha sido dado" (Rm 5, 5; cf. Tt 3, 6-7). San Pedro, por su parte, bendice a Dios Padre, quien "por su gran misericordia y mediante la Resurrección de Jesucristo de entre los muertos, nos ha reengendrado a una esperanza viva, a una herencia incorruptible, inmaculada e inmarcesible, reservada en los cielos para vosotros" (1 P 1, 3-5). Desde su plenitud en la gloria, Cristo, el Señor, dispensa profusamente el Espíritu de la promesa, prenda de nuestra herencia (cf. Ef 1, 13-14; CEC 731).

Mientras aguardamos "la bienaventurada esperanza y manifestación de la gloria del gran Dios y Salvador nuestro, Jesucristo" (Tt 2, 13), estamos ya en él (cf. 1 Co 1, 30), porque él ha cumplido su promesa de venir con el Padre a morar en nosotros (cf. Jn 14, 23) y a permanecer en medio nuestro "todos los días hasta el fin del mundo" (Mt 28, 18). Aun así, nos dice continuamente "vengan a mí" (Mt 11, 28), impulsándonos interiormente a desear el agua del Espíritu que brota de su Corazón herido y glorioso en el que "habita la plenitud de la divinidad corporalmente" (Col 2, 9), y a poner nuestro refugio en él[13]. De este modo, comprobamos por nosotros mismos que su yugo es suave y su carga ligera porque, con la ayuda de su gracia, podemos seguir sus huellas (cf. Mt 11, 28-30; 1 P 2, 21).

12 Cf. Hoffmann E. Esperanza. En: Coenen L et al (dirs.). DTNT. vol. II. Salamanca: Sígueme; 1990.p. 130.
13 Cf. San Buenaventura. El árbol de la vida 29: Obras. T. 2. Madrid: BAC; 1946.p. 331-33.

Como miembros de su Iglesia, procuramos transmitir esta misma invitación del Señor de la Vida a todo el que, abrumado por la angustia y la desesperación, piensa que quitarse la vida es su única alternativa. Nuestra misión será anunciarle que, permaneciendo en Cristo y dócil a la acción de su Espíritu que da la vida (cf. Jn 6, 63), puede reencontrarse con la fuerza interior y trascendente de la esperanza teologal que mueve el afecto del corazón a desear a Dios como el tesoro más precioso, aunque sea el más arduo, infundiéndole a la vez la confianza en que el mismo Dios, fiel a sus promesas (cf. Tt 1, 2; Hb 6, 11-20), por la omnipotencia de su amor misericordioso, le dará todas las gracias para conseguirlo, venciendo los obstáculos que se interponen en su marcha hacia él (cf. Rm 4, 21; Ef 2, 1-13).

2. El desafío de compartir nuestra esperanza

Creado por Dios y para él, el hombre tiene inscrito en su corazón el deseo de Dios, a tal punto que solo en él encontrará la verdad y la dicha que no cesa de buscar (cf. CEC 27; GS 19, 1). San Agustín lo reconoce en su coloquio íntimo con Dios del que nos hace testigos en las *Confesiones* al escribir: "nos has hecho para ti y nuestro corazón está inquieto hasta que descanse en ti"[14]. Debemos advertir, sin embargo, que esta inquietud o deseo del corazón es un apetito o inclinación natural, por lo que no se verifica, de suyo, en un acto espontaneo o elícito de la voluntad humana[15].

En realidad, es en la esperanza teologal donde dicha inclinación se traduce en una expectación o expectativa[16], en una intención o tendencia directa y flechada[17] hacia la bienaventuranza. Por esta tendencia de su afecto, el hombre, confiando en las promesas de Dios y en su misericordia infinita, se encamina decididamente y con premura hacia ese bien tan arduo, convencido de que el poder invencible de Dios lo pondrá al alcance de su mano. Al momento de determinar en qué consiste la virtud de la esperanza, el Catecismo de la Iglesia Católica habla de una "aspiración" y ofrece una definición en clave trinitaria al decir que "es la virtud teolo-

14 San Agustín de Hipona, Confesiones 1,1,1: Obras, t. 2. Madrid: BAC; 1979.p. 73.

15 De modo semejante, decimos que el deseo natural de ver a Dios no es un acto elícito de la inteligencia del hombre. Cf. Juárez G. La doctrina tomasiana sobre el deseo natural de ver a Dios según Domingo María Basso, O.P. Sapientia. 2011; 67: 263-71.

16 Pertenece a la razón de la esperanza la expectación de lo que aún no se tiene. Cf. ST III, q. 7, 4, c.; In Philip., 1, 20, lect. 3, n. 29.

17 Cf. ST II-II, 17, 6 ad 3.

gal por la que aspiramos al Reino de los cielos y a la vida eterna como felicidad nuestra, poniendo nuestra confianza en las promesas de Cristo y apoyándonos no en nuestras fuerzas, sino en los auxilios de la gracia del Espíritu Santo"[18]. Sin la virtud de la esperanza, infundida por Dios en nuestros corazones, esa aspiración y esa confianza se desvanecen, porque son los dos movimientos afectivos que la identifican[19].

Sería, por tanto, ilusorio y hasta temerario pretender que podemos obtener la esperanza teologal mediante una instrucción, por prolija que fuera, seguida de la repetición de los actos correspondientes, tal como sucede con las virtudes adquiridas o los hábitos científicos, o iniciar a otros en la práctica de esta virtud de un modo semejante. Si es cierto que Dios está siempre dispuesto a concedérnosla, también lo es que no podemos disponer de ella a voluntad[20]. Esta condición fundamental, que la esperanza comparte con las demás virtudes infusas[21], es el primer presupuesto del que deberá partir todo creyente que se proponga acompañar a una persona que, por la gravedad de la crisis anímica y espiritual que atraviesa, no dudaría en atentar contra su propia vida. En realidad, la complejidad de la situación de esta persona exige, de suyo, una actitud de apertura humilde y respetuosa semejante a la que supone la vivencia de la virtud de la esperanza teologal, porque supera nuestra comprensión y nuestros esfuerzos[22].

Así pues, las limitaciones que nos imponen las condiciones propias de esta virtud y de la persona en crisis suicida, lejos de desalentarnos, deberán ser el punto de partida para garantizar una ayuda eficaz y duradera. Siendo la esperanza una virtud infusa, lo primero que podemos hacer para que dicha persona la reciba o reavive, incluso antes de anunciarla, es pedirla a Dios en la oración con humildad, insistencia y confianza (cf. St 5, 16; CEC 2729s.). Pedirla para ella y su entorno, pero también para nosotros. Porque, luego de nuestra oración, lo que sigue en importancia en el servicio que pretendemos brindarle, es el testimonio de una vida

---

18 CEC 1817. Comparar con la definición psicológica ofrecida por la APA, referida en nota 5. Es fundamental distinguir estos dos niveles de consideración, para reconocer mejor cómo se diferencian y complementan el acompañamiento psicológico y el que se realiza desde la fe cristiana.

19 Por eso, el sujeto psíquico de la virtud de la esperanza es la voluntad. Cf. ST II-II, q. 18, a. 1; In III Sent., d. 26, q. 1, a. 5; q. 2, a. 2, ad 1; De Spe, a. 2.

20 Cf. ST II-II, q. 17, a. 1, ad 2; In *III Sent.*, d. 26 q. 2 a. 2 c.; *De Spe*, q. 4, a. 1, ad 8.

21 Cf. ST I-II, q. 62, a. 1; q. 63, a. 3.

22 "Lo que queda al final es algo así como un misterio psíquico que no podemos aprehender". A. Cano Arenas, L. Chiva San Román. En la encrucijada del suicidio.p. 822. Estas observaciones pueden ser de gran utilidad para todo lo relativo a la gestión de la culpa por parte de los supervivientes de un suicidio.

alegre en la esperanza (cf. Rm 12, 12). Por lo demás, si es cierto que la oración es una manifestación e interpretación de la esperanza[23], nuestro primer testimonio deberá ser el de una entrega generosa al diálogo íntimo y vital con Dios que se expresa en la plegaria, la alabanza y la acción de gracias. Ahora bien, además de orar, dar testimonio de nuestra esperanza y anunciarla, podemos cooperar en la obra de Dios ayudando a otros a que se dispongan a recibir o a reavivar la gracia de la esperanza de modos muy diversos[24]. Para reconocerlo mejor, convendrá tener presente que, si Dios es la meta y el motivo de la esperanza cristiana, no lo es de modo exclusivo.

3. Desde las metas secundarias

Dios es el bien sumo, la bienaventuranza eterna en la que termina principalmente la aspiración o el anhelo del corazón que espera. Existen, con todo, bienes subordinados a Dios que pueden ser objeto de nuestra esperanza, su término o meta, siempre que sean anhelados y pedidos en orden a él[25]. El Señor se refiere al conjunto de los bienes que esperamos obtener de Dios en la oración del Padrenuestro[26]. En ella pedimos a Dios, ante todo, que venga a nosotros su Reino[27], es decir, que nos conceda la vida eterna, incoada ya en la vida de gracia. Le pedimos, también, los medios para alcanzar este fin: la caridad por la que cumplimos su voluntad, la Eucaristía, sacramento de la caridad, y el pan de cada día, que representa el conjunto de los medios materiales necesarios para nuestra peregrinación terrena. Le rogamos, en fin, que nos libre de la condenación eterna, otorgándonos el perdón de todos los pecados cometidos y ayudándonos a evitar todos los que pudiéramos cometer[28].

---

23 Cf. ST II-II, 17, 2.

24 Cf. 1 Co 3, 9; In III *Sent.*, d. 13, q. 1, a. 2, qla. 1, c.; ST I-II, q. 112, a. 1, ad 3.

25 Cf. ST II-II, q. 17, a. 2, ad 2.

26 Cf. Mt 6, 9, 13; Lc 11, 2-4. "Mas, de todas las cosas que fielmente han de ser creídas, sólo aquellas que se contienen en la oración dominical pertenecen a la esperanza". San Agustín de Hipona. Enchiridion cap. 114: Obras, t. 4. Madrid: BAC; 2011.p. 625.

27 Pedimos primero el Reino y, "a continuación, lo que es necesario para acogerlo y para cooperar a su venida". CEC 2632.

28 El don de temor perfecciona a la esperanza induciéndonos a temer retraernos del auxilio divino. Cf. ST II-II, q. 19, a. 9, c.; In III *Sent.*, d. 24, q. 2, a. 1, qla. 3

En definitiva, la virtud de la esperanza nos hace anhelar todos los bienes creados según que están subordinados al bien sumo[29] y rechazar los males contrarios. Por lo demás, el hecho mismo de apreciar los bienes creados, no solo por lo que son en sí mismos, sino por estar ordenados a Dios, mueve a nuestro afecto a ambicionarlos más ardientemente. Algo semejante sucede, aunque de modo opuesto, con los males contrarios: la esperanza teologal nos mueve a rechazarlos más decididamente según el mayor o menor alejamiento que provoquen del bien sumo. En este sentido, la Iglesia nos enseña que la virtud teologal de la esperanza asume las esperanzas que inspiran las actividades de los hombres purificándolas para que se ordenen al Reino de los cielos (cf. CEC 1818; GS 21 y 38). De modo inverso, el anhelo de Dios como bien sumo se ve estimulado por la purificación y elevación del afecto que comporta dicho ordenamiento (cf. 2 Co 7, 1; 8, 14; Tt 2, 12-4).

A la luz de esta enseñanza básica sobre las metas secundarias de la virtud de la esperanza, podemos decir que acompañar a una persona que desespera de la vida significará, en buena medida, inducirla a que renueve su anhelo de Dios, como bien sumo en el que se encuentra la dicha interminable, a través del anhelo de los demás bienes que conducen a este fin y del desprecio de los males que desvían de él. En no pocos casos, esta ayuda comportará una auténtica iniciación al aprecio de los bienes secundarios, comenzando por los más simples y menos arduos, y al desapego de los males opuestos, comenzando por los más fáciles de evitar y los más repugnantes para la persona. Entre estos últimos, podríamos nombrar el descuido del propio cuerpo y del propio entorno físico, así como el aislamiento[30]. Entre los primeros, una comida sabrosa o un paseo al aire libre compartidos en familia o con amigos[31].

Por banales que parezcan las bondades simples de la vida, cuando son vividas con la aspiración teologal de la esperanza, son como ese diminuto grano de mostaza al que se refiere el Señor cuando habla del Reino de los Cielos (cf. Mt 13, 31-32). Desde el sano apego a estas pequeñas cosas, podremos motivar a la persona que desespera de la vida a que avance hacia la conquista de otras más difíciles

---

29 Por esta subordinación, los bienes temporales, como la salud y las riquezas y los amigos, aprovecharán y no dañarán. Cf. San Agustín de Hipona. Sermón 80, 7: Obras. t. 10 [Sermones, 2]. Madrid: BAC; 1983.p. 449-450.

30 Convendrá recordar, a este propósito, la constatación de Durkheim: "El suicidio varía en razón inversa del grado de integración de los grupos sociales de los cuales forma parte el individuo". Durkheim E. Le suicide: Étude de sociologie. París: Félix Alcan; 1897. p. 224.

31 Esta iniciación puede verse complementada con estrategias propias de las psicologías de la motivación y de la esperanza. Cf. Reeve J. Motivación y Emoción. Madrid: McGraw-Hill; 2010; Ide P. Une psychologie de l'espoir pour une pastorale de l'espérance. NRT. 2025; 147(1): 22-38.

de alcanzar, como la misma vida de oración. Convendrá recordar, a este respecto, que los discípulos pidieron a Jesús que les enseñe a rezar por el impacto que les produjo verlo en oración (cf. Lc 11, 1). De modo semejante, será el testimonio de nuestra oración o de la oración de aquellos a los que ama y admira la persona a la que acompañamos —incluidos los santos de su devoción— lo que provocará en ella el deseo de rezar. Podemos decir lo mismo de la iniciación a la práctica de las virtudes teologales, que "fundan, animan y caracterizan el obrar moral del cristiano" (CEC 1813) y de las virtudes que son más afines a la esperanza, como la fortaleza y la magnanimidad, la paciencia y la perseverancia[32].

4. Desde los motivos secundarios

Así como tiene metas secundarias, la esperanza teologal cuenta, también, con motivos del mismo orden, que lo son en virtud del motivo principal y en relación a él, como la gracia santificante y sus frutos, nuestros méritos. Justificados por la gracia, dice san Pablo, somos "en esperanza, herederos de la vida eterna" (Tt 3, 7). Y el autor de la Carta a los Hebreos, refiriéndose a los méritos, desea que cada uno "demuestre el mismo empeño hasta el final, para que se cumpla vuestra esperanza" (Hb 6, 11). Mencionamos estos dos motivos mayores a fin de poner de manifiesto que el hecho de ser secundarios no los hace innecesarios. En realidad, sería una tremenda temeridad apreciar el motivo primario menospreciando los secundarios[33]. Como las metas secundarias, los motivos secundarios se ordenan entre sí y bajo el principal; las metas lo hacen según su mayor o menor cercanía a la bondad de Dios; los motivos, según su mayor o menor participación de su auxilio omnipotente. Así, por ejemplo, el auxilio que brinda un sacramento, como el bautismo o la confesión, es mucho mayor que el que otorga el agua bendita, por lo que sería temerario valorar este último menospreciando el primero.

De este modo, la condición de motivo de la esperanza teologal se extiende analógicamente desde el motivo principal a todo lo que nos ayuda a obtener algún bien arduo o a evitar algún mal peligroso, incluidos los auxilios materiales o temporales, como el vigor físico de un cuerpo saludable o el vigor intelectual que confiere una ciencia o un arte. Por eso, enseña santo Tomás de Aquino que "la esperanza es, en el hombre, el principio de todas las operaciones que se or-

32 Cf. ST II-II, qq. 129 et 134; 122 et 136-137.

33 Algo semejante sería creer en Dios sin aceptar que ha dispuesto para nosotros un camino de salvación centrado en Cristo y ligado a la Iglesia. Cf. Hch 4, 12; LG 14.

denan al bien arduo"[34], esto es, a cualquier bien de difícil obtención alcanzado por cualquiera de los motivos secundarios. Estos motivos adquieren todo su valor y eficacia cuando nos apoyamos en ellos de modo ordenado, reconociendo su consistencia propia por su referencia al motivo principal. De manera inversa, el Espíritu de Dios se vale de los motivos secundarios, incluidos aquellos que de suyo no pueden otorgarnos más que auxilios temporales, para excitar en nuestros corazones la confianza en el auxilio del poder divino. En este sentido, san Pablo dice a los cristianos de Corinto que, gracias a su generosidad, la colecta para la comunidad de Jerusalén provocará acciones de gracias a Dios porque pondrá de manifiesto su auxilio (cf. 2 Co 9, 10-14).

A partir de estos presupuestos, podemos discernir orientaciones específicas para nuestro acompañamiento de la persona que, sumida en la desesperanza, ha perdido toda motivación para afrontar las contrariedades de la vida. Ciertamente, un primer paso para animarla a la confianza en el auxilio divino será ayudarla a huir de todo lo que pueda fomentar en ella el desaliento, comenzando por lo que resulte más fácil de evadir, como el descuido del descanso y las malas compañías, y a acudir a todo lo que pueda motivarla a esperar en el auxilio de Dios comenzando por los auxilios que tiene al alcance de la mano, como la ayuda que le puede brindar la cercanía de allegados, familiares o amigos.

Exhortar a la persona que atraviesa esta crisis a orar para agradecer a Dios por las pequeñas victorias cotidianas en la superación de la angustia y la desesperanza gracias a estos motivos secundarios, será una ocasión propicia para que pueda valorarlos mejor y reconocer su referencia al motivo principal (cf. Sal 115, 1; 50, 23). Esto mismo podrá motivarla, también, a cultivar progresivamente el hábito de acudir con mayor frecuencia al auxilio divino por medio de la plegaria (cf. Sal 30 1s.). Se podrán aprovechar, en este sentido, sus devociones particulares, por ejemplo, las advocaciones a la Virgen o a los santos. En fin, su aprecio por la intercesión de los santos, que conforman la comunidad de la Iglesia Celeste, puede ser una oportunidad para que redescubra el valor de la intercesión de la Iglesia peregrina y de su propia participación en las oraciones comunitarias y en las celebraciones litúrgicas, en las que está especialmente presente el Señor de nuestra esperanza (cf. Mt 18, 20; SC 7).

No cabe duda de que son, ante todo, los allegados de la persona que padece esta crisis los que la alentarán y apoyarán para que no se dé por vencida; su cer-

34 In III *Sent.*, d. 26, q. 2, a. 2, ad 2.

canía, gestos y palabras le ayudarán a superar las ideas distorsionadas de que está completamente sola y desamparada, incapacitada y sin recursos para sobreponerse a la situación que la desmorona. Con todo, siempre que sea posible, el auxilio psicológico de un profesional debería ser buscado con especial cuidado[35]. La sociedad en su conjunto es cada vez más consciente de la responsabilidad subsidiaria que le toca, como podemos notarlo en la asistencia que se presta a la persona en riesgo de suicidio a través de los diversos estamentos del sistema sanitario. Por lo demás, una oportuna consejería bioética ayudaría a no reducir este cuidado al tratamiento de trastornos psiquiátricos[36]. De ahí, también, la importancia de ofrecer un acompañamiento espiritual, lo que supone la cercanía de una comunidad eclesial que no ahorre esfuerzos en una profundización teológica de esta problemática, en diálogo con otras áreas del saber teórico y práctico.

En fin, para el cuidado concreto de la persona en riesgo de suicidio, convendrá tener presente que las mismas realidades que son motivos secundarios de la esperanza teologal, pueden ser, a la vez, valoradas y asumidas por ella como metas secundarias[37]. Así, por ejemplo, su aprecio por el entorno familiar y social se acrecienta cuando comprueba cómo la ayuda a gestionar su desaliento y a renovar sus anhelos y expectativas. De modo semejante, la misma comunidad eclesial podrá ser apreciada por ella como un ámbito privilegiado para la vivencia de la esperanza teologal, puesto que la Iglesia es el sacramento la comunión espiritual con Cristo y con los hermanos en el que se encuentra "la plenitud total de los medios de salvación" (UR 3; cf. LG 1). Aunque, al principio, la persona que acompañamos podrá verificar este doble registro de meta y motivo en realidades más accesibles para ella, por ser más fáciles de desear y menos difíciles de alcanzar. Baste con pensar en las cosas simples de la vida, como la mesa tendida en el jardín con el pan

35 En referencia a esta ayuda profesional como motivo secundario de la virtud, resultan de particular interés las investigaciones y aplicaciones clínicas de la terapia cognitivo-conductual. De la abundante bibliografía sobre esta temática, nos contentaremos con destacar la siguiente obra: Wenzel A, et al. Cognitive therapy for suicidal patients. Washington DC: APA; 2009. Este manual de tratamiento completa el protocolo de terapia cognitiva dirigido específicamente a la conducta suicida, que había sido iniciado por los autores a finales de la década de los noventa.

36 El diccionario de la APA advierte que el suicidio "puede manifestarse independientemente de cualquier trastorno psiquiátrico, a veces sin señales de advertencia, en particular como resultado de circunstancias estresantes como un duelo prolongado, el acoso escolar, las dificultades financieras o el deterioro de la salud". APA Dictionary of Psychology. Washington, DC: APA (ed.); 2015 [actualizado en mayo de 2022; citado el 28 de agosto de 2025]. Disponible en: https://dictionary.apa.org/suicide

37 De este modo se replica analógicamente en los motivos secundarios, lo que se verifica en el motivo principal, la omnipotencia divina, que es, a la vez, como sumo bien, meta principal.

al sol del mediodía. Cuanto más valoramos el poder de estos pequeños detalles para librarnos de la vorágine sin rumbo y del vacío de placeres fugaces, tanto más se acrecienta nuestro anhelo de disfrutarlos[38].

FORMAR EL CORAZÓN PARA ACOMPAÑAR EN LA ESPERANZA

Llegando al final de nuestro recorrido, ofrecemos una breve recapitulación de lo expuesto, seguida de una invitación a renovar el esfuerzo por una formación permanente más intensa y más integral, para que nuestro mensaje de esperanza, como un eco de la voz del Buen Pastor, mueva a la persona que atraviesa el valle tenebroso de la desesperación suicida a confiar en su vara y su cayado, y a anhelar las verdes praderas con aguas tranquilas hacia las que la conduce (cf. Sal 23, 1-4). La observación de dos líneas de estudios psicológicos sobre el suicidio, referidas a la desesperación y a la religión respectivamente, nos ha dado la ocasión de poner de relieve la actualidad y la necesidad de dicho mensaje. Apoyándonos en la Escritura y la tradición teológica, hemos querido destacar algunos de sus contenidos centrales que nos ofrecen orientaciones precisas para un acompañamiento cristiano más adecuado y consistente, convencidos de que la respuesta más acabada al "misterio psíquico" del suicidio solo se encuentra en el Misterio de Cristo.

A la luz de la enseñanza moral de la teología clásica, hemos visto que la virtud de la esperanza es teologal porque Dios, además de ser su origen, es su término y su motivo. Se distingue de las virtudes de la fe y de la caridad porque su término es Dios como bien sumo y su motivo la omnipotencia misericordiosa de Dios. Por lo primero, la esperanza nos hace anhelar el gozo de la posesión de Dios; por lo segundo, nos hace confiar en su auxilio para alcanzarlo. La revelación completa de este anhelo confiado que caracteriza la virtud de la esperanza fue preparada paulatinamente en el Antiguo Testamento, atravesado de un extremo al otro por el binomio promesa-cumplimiento.

Enviando a su Hijo al mundo, en la plenitud de los tiempos, Dios ha cumplido con creces sus antiguas promesas. En efecto, por su muerte y resurrección, Cristo ha abierto el camino de la salvación anunciada comunicándonos el Espíritu que

38 El cantor popular lo expresa bellamente en su consejo al joven que experimenta la tentación de alejarse de las cosas sencillas de su pueblo natal: "Demórate aquí, en la luz mayor de este mediodía, donde encontrarás, con el pan al sol, la mesa tendida. Por eso muchacho no partas, ahora, soñando el regreso, que el amor es simple y a las cosas simples las devora el tiempo". Tejada Gómez A, Isella JC. Canción de las simples cosas (Disco). Madrid: Fonogram; 1979.

da la vida, prenda de la herencia eterna. Por eso, nosotros proclamamos, con María Magdalena y con toda la Iglesia, "Resucitó Cristo, mi esperanza"[39], mientras aguardamos, llenos de anhelo y confianza, su manifestación gloriosa al final de la historia. Asumiendo y purificando las esperanzas humanas, la esperanza teologal es una fuerza sobrenatural, una virtud infundida por Dios en la voluntad, que trasciende la emoción sensible homónima confiriendo al hombre un vivísimo anhelo de la bienaventuranza por la participación definitiva en la resurrección de Cristo, y un abandono confiado en el auxilio del poder infinito de Dios que ha garantizado la realización de este anhelo con la victoria de Cristo sobre el pecado y la muerte (cf. 1 Co 15, 57).

El carácter infuso de la virtud de la esperanza y la complejidad de la problemática del suicidio nos han permitido discernir las exigencias primarias de la ayuda que podemos brindar, como creyentes en Cristo, a la persona que padece este drama: la oración de intercesión, el testimonio de vida y el anuncio de la buena nueva de la esperanza cristiana. Por su parte, la enseñanza sobre las metas y motivos secundarios de la virtud ofrece orientaciones complementarias de gran provecho para el servicio que se requiere de nosotros en este acompañamiento. Propiamente hablando, no podemos transmitir la virtud de la esperanza a la persona que atraviesa una crisis suicida, como el buen samaritano de la parábola no podía dar la salud a la persona moribunda que encontró al borde del camino (cf. Lc 10, 25-37). Podemos, sin embargo, cooperar con Dios, como él, para que nuestro prójimo mortecino de esperanza la recobre y reavive en su corazón, recurriendo a realidades creadas, sagradas o profanas, espirituales o materiales, que podrá valorar bajo el doble registro de meta y motivo.

Procuraremos, en este sentido, ayudar a la persona que acompañamos a anhelar la Eucaristía como pan celestial que nos hace pregustar la gloria de la Patria y a confiar, a la vez, en las fuerzas que brinda este sacramento para el crecimiento de la vida en gracia mientras peregrinamos lejos del Señor. Aunque, en los inicios de nuestro servicio intentaremos, más bien, sacar provecho de realidades que pueden provocar más fácilmente su anhelo y que son menos arduas, más aún cuando son las mismas realidades que la ayudan a sobreponerse más prontamente del desaliento, como una comida en familia o un paseo en compañía de los amigos. Invitándola a que agradezca a Dios por los pequeños logros que va obteniendo en

39 Domingo de Pascua. Secuencia. En: Leccionario Dominical T. O. Ciclo A. Edición de la Conferencia Episcopal Argentina. 3ª ed. Buenos Aires: Oficina del Libro; 2009.p. 193; cf. 1 Tm 1, 1.

el día a día, gracias a la bondad de las cosas simples, la ayudaremos a que pueda reconocer mejor su valor y su referencia al término y motivo principal de la virtud.

Para el éxito de este cuidado inspirado en el mensaje de la esperanza cristiana, es fundamental que podamos dimensionar el compromiso que supone. Además del testimonio de vida y la cercanía perseverante, este servicio requiere un empeño renovado en la formación continua en diversos niveles. Deberemos contar, por empezar, con una cultura general y actualizada sobre la problemática del suicidio en toda su amplitud, que nos permita reconocer, entre otras cosas, la importancia de los diversos enfoques, como el de la psicología y la sociología. Es imprescindible, además, que aprendamos a observar ciertos protocolos básicos de comportamiento, como sucede, *mutatis mutandis*, en el voluntariado al servicio de enfermos terminales. Pero las diversas perspectivas y contenidos formativos nunca serán suficientes sin una auténtica formación del corazón, que exige, además de una intensa vida de oración y la constancia en la práctica de las virtudes, una profundización continua de nuestra fe en Jesucristo por el cultivo del saber teológico, en especial, de la rama bioética de la teología moral, que impone de suyo un diálogo fluido y permanente con las ciencias de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

APA Dictionary of Psychology. Washington, DC: APA (ed.); 2015 [actualizado en mayo de 2022; citado el 28 de agosto de 2025]. Disponible en: https://dictionary.apa.org/

Beck AT et al. Hopelessness and suicidal behavior: An overview. En: Maltsberger JT, Goldblatt MJ, editores. Essential papers on suicide. Nueva York: NYU Press; 1996.p. 331-41.

Biblia de Jerusalén. 4ª ed. Bilbao; Desclée de Brouwer; 2009.

Cano Arenas A, Chiva San Román L. En la encrucijada del suicidio: Teología y espiritualidad de un sufrimiento insoportable. Sal terrae. 2022; 110 (1281): 819-32.

Catecismo de la Iglesia Católica [CEC]. Vaticano: LEV; 1997. Edición disponible en: https://www.vatican.va/archive/catechism_sp/index_sp.html

Concilio Vaticano II. Buenos Aires: Ágape; 2018.

Dervic K et al. Religious Affiliation and Suicide Attempt. Am J Psychiatry. 2004; 161: 2303-08.

Dogra AK et al. Impact of meaning in life and reasons for living to Hope and suicidal ideation: a study among college students. Psychol Mental Health. 2011; 18: 89-102.

Durkheim E. Le suicide: Étude de sociologie. París: Félix Alcan; 1897.

Fernández A. Religión y relaciones sociales como factores de protección contra la ideación suicida en adolescentes de bachillerato privado de la CDMX [Tesis profesional]. México: UP; 2019.

Flecha JR. Bioética: La fuente de la vida. 2ª ed. Salamanca: Sígueme; 2007.

García-Alandete J et al. Depresión, desesperanza, neurosis noógnea y suicidio. En: VIII Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis; Palma de Mallorca; 2007. p. 1-15.

García Peña JJ et al. Espirieducación. Lo espíritu-religioso, un factor protector contra el suicidio. En: García Peña JJ (dir.). El suicidio. Una mirada integral e integradora. Antioquia: Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó; 2020.

Hoffmann E. Esperanza. En: Coenen L et al (dir.). DTNT. vol. II. Salamanca: Sígueme; 1990.

Ide P. Une psychologie de l'espoir pour une pastorale de l'espérance. NRT. 2025; 147(1): 22-38.

Juárez G. La doctrina tomasiana sobre el deseo natural de ver a Dios según Domingo María Basso, O.P. Sapientia. 2011; 67: 263-71.

Leccionario Dominical T. O. Ciclo A. Edición de la Conferencia Episcopal Argentina. 3ª ed. Buenos Aires: Oficina del Libro; 2009.

Labourdette IM. L'Espérance: Grand cours de théologie morale, vol. 9. París: Parole et Silence; 2012.

Marco J et al. Meaning of life buffers the association between hopelessness and suicide in participants with mental disorders. J Clin Psychol. 2016; 72(7): 689-706.

Martín Salinas A et al. La comunidad religiosa como factor protector ante el suicidio. INFAD. 2023; 1(2) 167-80.

Misal Romano. Edición de la Conferencia Episcopal Argentina. 3ª ed. Buenos Aires: Oficina del Libro; 2009.

Pangrazzi A. Suicidio: De la rendición a la lucha por la vida. Madrid: San Pablo; 2005.

Ramírez S, De Spe Theologica: Opera Omnia, t. 11, v. 1-2. Madrid: BTE; 1994.

—. La esencia de la esperanza cristiana. Madrid: Punta Europa; 1960.

Reeve J. Motivación y Emoción. Madrid: McGraw-Hill; 2010.

San Agustín de Hipona, Confesiones: Obras, t. 2. Madrid: BAC; 1979.

—. Enchiridion: Obras, t. 4. Madrid: BAC; 2011.p. 462-639.

—. Sermones 2: Obras, t. 10. Madrid: BAC; 1983.

San Buenaventura, Commentaria in quatuor Libros Sententiarum Magistri Petri Lombardi: Opera Omnia. T. 3. Quaracchi: Studio et cura PP. Collegii S. Bonaventurae; 1887.

—. El árbol de la vida: Obras. T. 2. Madrid: BAC; 1946.p. 229-353.

Santo Tomás de Aquino, Corpus Thomisticum. Pamplona: Alarcón E (ed.); 2000 [actualizado el 10 de agosto de 2024; citado el 28 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.corpusthomisticum.org/iopera.html

Smith TB et al. Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review. Psychotherapy Research. 2007; 17, 6 (2007): 643-55.

Taha N et al. La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. Rev Chil Neuro-psiquiat. 2011; 49(4): 347-60.

Tejada Gómez A, Isella JC. Canción de las simples cosas (Disco). Madrid: Fonogram; 1979.

Wünsch VL et al. Bioética, teologia e saúde mental: diretrizes de cuidado e prevenção do suicidio. Rev iberoam bioét. 2016 (2): 1-15.

Wenzel A et al. Cognitive therapy for suicidal patients. Washington DC: APA; 2009.

LA FORMACIÓN ACADÉMICA EN PROFESIONALES DE LA SALUD. UN ENFOQUE ANTROPOLÓGICO Y ÉTICO CLAVE PARA LA HUMANIZACIÓN.

ACADEMIC TRAINING FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS. A KEY ANTHROPOLOGICAL AND ETHICAL APPROACH TO HUMANIZATION

RAQUEL GRACIELA BOLTON

ORCID: https://orcid.org/0009-0009-6416-6142
Contacto: boltonraquel@gmail.com

- Vicepresidente del Consejo Académico de Ética en Medicina. Academia Nacional de Medicina.

  Docente. Ministerio de Cultura y Educación, Argentina.

  Médica. Universidad de Buenos Aires, Argentina

  Posgrado en Fisiopatología y Enfermedades Psicosomáticas. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

  Magíster en Ética Biomédica. Pontificia Universidad Católica Argentina, Argentina.

Este trabajo fue presentado como ponencia en el XXVI Congreso Internacional Ciencia y Vida "Más allá de la Modernidad: Expectativas, Peligros y Retos" de Universidad Libre Internacional de las Américas ULIA. Círculo Paraguayo de Médicos CPM. Asociación de Estudios Bioéticos AEB, celebrado en Asunción, Paraguay, del 24 al 26 de Julio 2025.

Instituto de Bioética / UCA - Vida y Ética Año 26 Nº 2 Diciembre 2025
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. CC-BY-NC-SA

RESUMEN

Humanizar la formación académica en profesionales de la salud con una antropología respetuosa de una ética profesional anclada en la dignidad humana, nos introduce en el misterio de aquel hombre sensible al sufrimiento ajeno que se conmueve ante la desgracia del prójimo, para socorrerlo en su necesidad. Profundizar en el conocimiento sobre lo "éticamente adecuado", señala el camino hacia el deber moral de respetar la vida y la dignidad.

Una mirada ontológica lleva a individualizar la integridad e identidad, como componentes esenciales; un cuerpo enfermo no debe ser tratado como objeto, pertenece a alguien que merece respeto y se encuentra vulnerable ante una determinada situación. En el llamado a la vocación ya está la huella que invita a acompañar el dolor y el sufrimiento, no solo para nuestro paciente sino también para su familia, abrazarlos con un corazón indiviso es nuestro desafío.

Palabras clave: Formación, bioética, proporcionalidad, cuidado, vida, paciente, familia, veracidad.

ABSTRACT

Humanizing the academic training of health professionals with an anthropology respectful of professional ethics anchored in human dignity, introduces us to the mystery of that man sensitive to the suffering of others who is moved by the misfortune of others, to help them in their need. Deepening our knowledge of what is "ethically adequate" points the way to the moral duty to respect life and dignity.

An ontological look leads to individualize integrity and identity as essential components; a sick body should not be treated as an object, it belongs to someone who deserves respect and is vulnerable in a given situation. In the call to vocation there is already the imprint that invites us to accompany pain and suffering, not only for our patient but also for his family, to embrace them with an undivided heart is our challenge.

Keywords: Training, bioethics, proportionality, care, life, patient, family, truthfulness.

I. INTRODUCCIÓN

La base de la Bioética es el respeto por la vida y la dignidad del enfermo y éste debe ser centro del acto médico. El ser humano decide a través de su conciencia y su libertad; en el caso de una patología que las comprometan, la misión de la actividad médica es pensar en el bienestar del paciente y la consideración de su integridad como valor fundante.

Surge aquí la necesidad, de contar con una reflexión profunda que aporte pautas de acción, conforme a la existencia de principios universales e inmutables y que responda desde lo moral, a manifestaciones de una cultura contemporánea que trata de eclipsar el valor de la vida humana.

Es así como surge la Bioética:

Se relaciona con las Ciencias Biomédicas.

Funda criterios que sirven de norma, para discernir la intervención lícita del hombre sobre la vida.

Responde a dilemas éticos en el ámbito de la salud y la enfermedad y surge como necesidad de acompañar a aquellos profesionales de la salud, llamados a la vocación de custodiar la vida humana, muchas veces consolando desde la propia fragilidad, con la madurez humana que permite acompañar situaciones de crisis.

La Bioética, al involucrar a la humanidad, rompió el cerco de la Ética Médica tradicional para darle cabida a disciplinas distintas de la biología, como una manifestación de una ética interdisciplinaria, puente de unión entre la ciencia y las humanidades.

II. UNA BIOÉTICA RESPETUOSA DE LA DIGNIDAD HUMANA

Una Bioética centrada en la persona humana, no ignora el valor de la vida de los otros seres vivientes...habla de una diferencia. Asume la vida no en cuanto biológica pura, sino como vida de la persona en su totalidad ontológica, donde hay un espíritu animando un cuerpo.

Profundizar en el conocimiento sobre lo "éticamente adecuado", nos invita a presentar una serie de principios que deben guiar a la ciencia médica y la tecnología, especialmente en aquellos casos que vulneran los derechos fundamentales del ser humano en el Inicio y Final de la Vida alterando la biológica génesis natural. (Bolton, 2020, p. 7) El pensamiento de una sociedad pragmática y paradójica que

por un lado privilegia la libertad individual y por otro lado actúa destruyendo la vida del otro, invita a la creación de espacios de diálogo y discernimiento para hacer frente a una realidad cultural. Abordar este tema implica mencionar un valor intrínseco, que hace referencia a la persona misma. La persona humana nunca es un medio, es un fin en sí misma y hablar de dignidad es entrar en la profundidad de la Bioética. Ésta necesita fundamentar el concepto de persona para precisar las intervenciones sobre la vida humana.

La Enciclopedia of Bioethics de Reich (1978), considera la Bioética como:

"Una ética de las ciencias de la salud, que abarca los problemas de los profesionales de la salud, los que emergen en la investigación científica, aunque no sean directamente terapéuticos, los que surgen en las políticas sanitarias o en el equilibrio del ecosistema, definiendo la bioética como una ciencia que identifica los valores y principios que orientan la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la recuperación de la salud." (Cuasante, 2004, p.193)

El Equipo de Salud debe ser competente desde lo técnico y científico, respetuoso de una antropología que como parte de la filosofía natural se ocupa del ente viviente y de una ética que tiene acto en un hombre que trasciende y es intransferible.

El cuidado a la vida tiene un alto valor como bien primario y fundamental de la persona humana y una lectura ontológica, podrá individualizar sus dos propiedades esenciales: identidad e integridad, analizando el grado de compromiso en el proceso de enfermedad. La enfermedad fractura la integridad (del latín integre, totalidad) de la persona, el viviente es un todo sustancial. La totalidad permite entender qué es el principio de centralización, cómo los miembros diferenciados durante el desarrollo embrionario no quedan desconectados entre sí, sino que están autoprogramados con desarrollo continuo, teniendo implicancias éticas, axiológicas y psicofísicas.

La investigación científica y clínica en seres humanos siempre ha planteado al equipo de salud dilemas éticos, la historia evidencia la actividad de investigadores que, privilegiando una fundamentación científica, no consideraron la voluntariedad ni el consentimiento de las personas sujetas a investigación, violando sus derechos y cuidados.

III. FORMACIÓN PRE Y POSGRADO EN EL EQUIPO DE SALUD

Sigue siendo un desafío para nuestras casas de estudio el seguir cultivando la formación académica en nuestros profesionales de la salud, ya que el llamado es

impostergable y la necesidad de un compromiso con la sociedad es urgente. Vivir en medio de los "rostros sufrientes que nos duelen" es hacernos prójimo para incorporar a la sociedad, a aquellos que han perdido el sentido de sus vidas.

Centrarse en la verdad objetiva significa entender a la persona humana en su dimensión integral, para el cuidado de un uso proporcionado del proceder técnico-científico que humanice el êthos profesional, a través de un abordaje bioético, contemplando las urgencias en relación con la preservación del medio ambiente y la necesidad imperiosa del compromiso ético sin distinción de raza, sexo, edad, cultura o credo.

Esta formación en los distintos niveles, independientemente de que se dediquen a lo asistencial o a la investigación básica, debe ser complementada con los factores del medio social en el que van a desenvolverse los profesionales de la salud, teniendo en cuenta que los planes educativos –curriculares o no– deben ofrecer conocimientos especiales en el campo de la bioética, bioestadística y medicina basada en la evidencia entre otras consideraciones, teniendo en cuenta asimismo, la responsabilidad legal a través de documentos como el Consentimiento Informado y las Directrices Anticipadas que junto a normativas de cada país deben ser conocidas y analizadas por los profesionales de la salud durante su formación.

"El objetivo de la Salud se da en el completo equilibrio del bienestar psicofísico social y espiritual de la persona y de la comunidad. La Responsabilidad del Equipo de Salud es lograrlo. La única forma de asumirla es fortalecerse en todos los ámbitos del quehacer humano. De allí la importancia de resaltar el rol social y humanístico que el Equipo de Salud seguirá encarando ante las grandes problemáticas de la humanidad: guerras, pobreza, hambre, hacinamiento, ignorancia, etc. Su esencia espiritual está constituida por el respeto por la vida, de los fueros de la persona humana y de su contexto (medio ambiente)." (Hurtado Hoyo, 2011, p.15)

Surge aquí la necesidad de crear espacios de formación continua y evaluación de conocimientos éticos en los profesionales de la salud, especialmente en circunstancias de vulnerabilidad y dolor.

El dolor silenciado por la injusticia, con el pretexto de eliminar cualquier tipo de sufrimiento humano anticipando la muerte nos llama a "reivindicar la objeción de conciencia, que es la forma ética de responder a imposiciones, realizadas por una sociedad fracturada en su concepción de la dignidad humana". (Passo, 2011. P.79)

A nivel institucional, un hospital humanizado debe destacarse en un trabajo interdisciplinario. El ámbito político, junto al cultural y económico, deben humanizarse si también se quiere humanizar al ámbito sanitario.

Dilemas ecológicos tienen un origen común en las crisis de actitudes y valores, agravadas éstas, con el desarrollo de un individualismo desde el inicio de la vida. Desde nuestra competencia académica, estamos llamados a ser respetuosos de la biología humana junto a una antropología y ética que señalan la existencia de un ser humano, con continuidad, coordinación y progresión biológica propias de su especie.

La ruptura entre la dimensión espiritual y la cultura, es sin duda la dificultad más problemática de nuestro tiempo, la pérdida de valores forma parte de la descomposición de la trama social. El mundo de la educación es un marco privilegiado, para educar en el sentido del límite y el amor a la vida.

Es a través de una formación que comprenda los valores éticos y la dimensión de servicio, que se puede llegar a un diálogo con la cultura, favoreciendo una mejor comprensión en los ámbitos de la investigación y de la docencia.

El menosprecio a la persona humana y el consumismo reflejado en la sociedad actual, están llamando al desarrollo de una conciencia moral y a un cambio cultural donde una investigación realizada a la luz de valores y principios, ponga los nuevos descubrimientos humanos al servicio de las personas, protegiendo cada vida.

IV. CÓDIGOS Y DECLARACIONES INTERNACIONALES DE ÉTICA

Es de rigor ético para la formación continua de los profesionales en salud, el conocimiento de los Códigos y Declaraciones Internacionales de Ética con sus actualizaciones respectivas, para la adquisición de competencias profesionales globales.

La denuncia de abusos cometidos contra sujetos humanos en experimentos biomédicos, especialmente durante la segunda guerra mundial, atrajo el interés público hacia estas cuestiones.

Durante los procesos de Nüremberg contra los crímenes de guerra, se esbozó el código de Nüremberg como un conjunto de criterios para juzgar a médicos y a científicos que llevaron a cabo experimentos biomédicos en prisioneros en campos de concentración. (Código de Nüremberg, 1947)

El Informe Belmont, publicado en 1979, es un informe elaborado por la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de la Investigación Biomédica y Comportamiento, estableciendo principios éticos fundamentales para la investigación con seres humanos. Estos principios son: respeto a las personas, beneficencia y justicia.

En el mismo se hace referencia a la aplicación de los principios generales de la conducta que se deben seguir en la investigación, asimismo, nos lleva a la consideración de los siguientes requerimientos: consentimiento informado, valoración de beneficios y riesgos, y selección de los sujetos de investigación.

El informe hace referencia a la importancia del consentimiento informado, como proceso con sus tres elementos: información, comprensión y voluntariedad. (Informe Belmont, 1979).

La dignidad revelada en los Códigos Internacionales de Ética, imponen que no se reduzca a los individuos sólo a sus características genéticas, sino en un respeto a su carácter único.

Una formación con mirada integral y respetuosa de la realidad emergente en el ámbito sanitario, permitirá a nuestros profesionales establecer pautas comunes para abordar las nuevas situaciones de intervención, considerando el progreso de las ciencias biomédicas y de las nuevas tecnologías disponibles en un marco de integridad científica.

En esta presentación, se mencionará la Declaración de Helsinki que contiene un conjunto de principios éticos para la investigación médica con seres humanos, fue revisada en octubre de 2024 por la Asociación Médica Mundial (AMM).

Esta revisión introduce cambios importantes en áreas como la protección de poblaciones vulnerables, la transparencia en los ensayos clínicos y la justicia en la investigación, también aborda el creciente papel de la inteligencia artificial (IA) en la atención médica y la investigación, así como la importancia de proteger los datos de los participantes.

Sin embargo, los procedimientos y campos de investigación actuales, junto al avance de las tecnologías, hacen necesario ampliar estas bases éticas con consideraciones acerca de la protección de datos y material biológico, con vistas a salvaguardar la dignidad, autonomía, confidencialidad y privacidad de los donantes.

Es importante desde el ámbito donde la Inteligencia Artificial, la formación de nuestros profesionales de salud a través de nuevas tecnologías, como ayuda

para situaciones complejas, optimizando sistemas de alerta temprana para emergencias de salud pública, predicción de tendencias y automatización de procesos complejos, diseño de estructuras tridimensionales, estudios de prevención y vigilancia epidemiológica, todas consideraciones a tener en cuenta al momento de identificar los sistemas de reconocimiento de patrones con mayor precisión y eficiencia que los métodos tradicionales.

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha desarrollado la Declaración de Helsinki como una declaración de principios éticos para investigación médica con participantes humanos, incluida la investigación que utiliza material humano o datos identificables. En su actualización, si bien durante las emergencias de salud pública pueden necesitarse urgentemente nuevos conocimientos e intervenciones, sigue siendo esencial defender los principios éticos de esta Declaración durante esas emergencias.

Asimismo, la Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), reunida en París en 2021, preparó en forma de recomendaciones, los valores que desempeñan una importante función como ideales que motivan la orientación de las medidas de política y las normas jurídicas basadas en los derechos y orientadas al rápido desarrollo tecnológico. (UNESCO.2021)

En las Pautas Éticas Internacionales para la investigación relacionada con la salud en seres Humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en su última edición de 2016, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se afirma que los investigadores y los comités de ética en investigación, deben asegurarse de que existan protecciones específicas para salvaguardar los derechos y el bienestar de personas en condición de vulnerabilidad y grupos en la realización de la investigación. (CIOMS. 2016).

La integridad es reflejo de una realidad divina, única e irrepetible en el ser y en el actuar como don recibido, es la comunidad científica que debe custodiarla a través de normativas nacionales e internacionales para promoverla con protecciones específicas, especialmente en pacientes y grupos en condición de vulnerabilidad.

El conocimiento de contenidos en los documentos internacionales compartidos en distintos ámbitos de formación: talleres, intervención en ateneos, seminarios y otros espacios con competencias adquiridas en forma progresiva, tendrán relevancia al momento de diseñar trabajos de investigación e intervención en proyectos de leyes en el ámbito sanitario.

V. PROPORCIONALIDAD EN LOS CUIDADOS

En las últimas décadas surge un nuevo paradigma para los profesionales de la salud, que motivó que el modelo paternalista de medicina ejercido por un profesional, se transformara en una relación donde la voluntad autónoma del paciente sea considerada para la implementación de cualquier medida terapéutica, siendo él quien decida como quiere vivir y morir.

Acompañar la formación en la vida profesional frente a situaciones dilemáticas emergentes debe formar parte del recorrido académico de todos los agentes sanitarios y en las prácticas hospitalarias.

Tratar a las personas de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar, nos presenta una forma de proceder que cae dentro de formulaciones complementarias para disminuir los posibles riesgos.

No existe una diferencia de responsabilidad moral ni sustancial entre un paciente en estado crítico y un paciente en estado terminal, por estar vivo mantiene siempre su plena dignidad, pensar lo contrario significaría que la dignidad humana, dependería de la condición de salud.

Para esto, deberá tenerse en cuenta la diferencia que existe entre:

El paciente en estado crítico, que presenta grave riesgo de vida, pero que conserva posibilidades de recuperación mediante medidas terapéuticas de cuidados especiales y la aplicación de tecnología de alta complejidad y un paciente en estado terminal de su enfermedad, que presenta daño irreversible. Ingresar al mismo en Unidad de Cuidados Intensivos, significaría arbitrar medidas para intentar prolongar el proceso de morir.

Asumir principios éticos y morales desde una conceptualización ecológica frente al paciente, su entorno y la sociedad, acompañará la capacidad de intervención de manera eficaz en la transmisión de la información y comunicación tanto al paciente/ familia como entre el equipo de trabajo interdisciplinar.

El concepto de proporcionado-desproporcionado, adquiere sentido y es necesario en el marco del principio de beneficencia, para indicar lo adecuado o no, frente a situaciones dilemáticas, la proporcionalidad, de hecho, se refiere a la totalidad del bien del enfermo. Un uso Desproporcionado, resulta cuando desde lo técnico-médico produce una intervención con un beneficio insuficiente para superar los efectos colaterales nocivos y conservación de vida sin beneficios, no obstante, este medio contempla una excepción: el mismo podría ser lícito en su

ejecución, sólo en el caso en el que el medio proporcione un pequeño beneficio y su uso represente para el paciente el único medio que tiene a disposición para poder asumir sus deberes morales.

Los aspectos subjetivos desde la perspectiva del paciente, permiten considerar los conceptos de ordinariedad y extraordinariedad respecto a los medios de conservación, señalando como ordinario, aquel medio que tiene posibilidad de realización, con razonable esperanza de beneficio.

Se considera extraordinario a todo aquello que es excesivo y gravoso y el paciente lo vive como una carga pesada, manifestando una cierta imposibilidad física y moral para el empleo del medio.

Desde el punto de vista ético los medios Proporcionados y Ordinarios tienen premisa de Obligatoriedad, los medios médicamente Proporcionados y Extraordinarios desde la perspectiva del paciente revisten el criterio de Facultatividad, siendo los medios Desproporcionados cuando en función de la realidad clínica presentaran signos de extraordinariedad para los pacientes, ejecutarlos determinarían características de Ilicitud, excepción: Un pedido para cumplir una obligación moral.

Aunque sea un medio desproporcionado quizás sea la única manera que se tiene para prolongar su vida, para cumplir deberes morales hacia la familia, afectos o a su religiosidad.

El Principio de Beneficencia protege y defiende los derechos de las personas, detalla las medidas preventivas evitando el daño y profundizar en el Principio de Justicia nos señala la premisa de obligatoriedad en el marco de la justicia al tratar a cada paciente como corresponde, respetando una calidad sanitaria accesible de manera equitativa.

El avance científico proporciona al hombre la oportunidad de avanzar en aquello que le es propio a su naturaleza: el conocimiento de sí mismo y de los demás seres vivientes, para obrar de acuerdo a lo recto para su propio deseo de trascendencia.

VI. VERACIDAD E INTEGRIDAD AL MOMENTO DE COMUNICAR

Estamos inmersos en una gran cultura mediática que nos exige reconocer lenguajes que articulan grandes cambios, donde situaciones de transgresión a la ética

son evidenciadas generalmente a través de los medios de comunicación, dejando de lado aspectos éticos en la dimensión personal y profesional.

Estos cambios pueden ser vistos como una amenaza si afectan nuestra posibilidad de actuación o una oportunidad, si nos posibilita llevar a cabo nuestra misión.

Los profesionales de la salud que trabajan en los medios de comunicación, están llamados a formar parte de un cambio cultural donde la formación de una conciencia moral y la promoción de la vida humana, sean signos de cercanía y esperanza. Se ha visto que la vida y la dignidad de la persona humana están permanentemente amenazadas. No es cuestión del pasado se hace evidente en lo cotidiano del presente.

Es necesario promover la formación profesional en la cultura de la comunicación, formando comunicadores competentes y comprometidos que iluminen la realidad y la transformen no sólo a través de la capacitación técnica sino también con la presencia de valores humanos donde se contemple a la persona humana y su dignidad.

En el llamado a la vocación ya está la huella que invita a acompañar el dolor y el sufrimiento, solo inclinarnos para abrazarlos en nuestro paciente es nuestro desafío.

La corporeidad humana es un todo unitario resultante de partes distintas, unificadas entre sí orgánica y jerárquicamente por la existencia única y personal.

El cuerpo humano tiene una integridad y una dignidad, por lo cual no puede ser utilizado como un instrumento que esté al servicio de otro fin. La Veracidad e Integridad como principios marcan desafíos para la Medicina de nuestro siglo, los avances de la ciencia en el marco bioético evidencian la necesidad de pensar en nuevos abordajes, que tengan en cuenta la mirada integral de la persona humana, teniendo especial atención en el marco de vulnerabilidad.

Decir la verdad es un deber y promueve la confianza y la comunicación, entre el profesional de salud, la familia y los pacientes. Siendo una necesidad desarrollar una comunicación efectiva y empática en la comunicación de "malas noticias" hacia el paciente y su entorno, teniendo en cuenta la delicadeza en las palabras y gestos.

El dolor y el sufrimiento también atraviesa el corazón del profesional de la salud, la escucha y el diálogo con el enfermo, permitirá comprender el duelo de las pérdidas, la necesidad de liberarse de la culpabilidad, de reconciliarse, de sentirse perdo-

nado y de expresar sentimientos con la necesidad de amar y ser amado, acompañar este proceso ayudará al profesional de la salud a vivir su propia fragilidad.

El detenerse y encontrar un tiempo para socorrer una necesidad, hospedando a un hermano herido, nos sitúa en la persona del buen samaritano, que estuvo dispuesto a cambiar de rumbo y programa, porque no podía mantenerse indiferente ante un rostro doliente.

VII. UN NUEVO PARADIGMA EN LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL

La formación continua se hace necesaria y fundamental para los profesionales de salud para contemplar el conocimiento de un mundo interior y el redescubrimiento de la dignidad del enfermo atendiendo a la integración de sus dimensiones: física, psicológica socio-ambiental y ético-espiritual. No olvidando que el enfermo es un ser relacional y no sólo un ser biológico.

El hombre es un ser trascendente, individual, una historia sagrada, tiene la dignidad y la vocación a una vida plena. El salir de sí mismo para meterse en la realidad del otro y desde esa realidad poder comprometerse, muestra la capacidad de trascendencia que posee. No hay encuentro empático, sin una vida espiritual que responda a una capacidad de amar, de ir más allá de los límites materiales, para salir al encuentro del otro.

Revisiones de diversas investigaciones señalan la importancia de la dimensión espiritual como variable que orienta un acompañamiento adecuado al paciente.

Un estudio transversal descriptivo con metodología cuantitativa, realizado de 2017 a 2018, de religiosidad, espiritualidad y calidad de vida en familiares de pacientes de oncología pediátrica en un hospital de Brasil, evidenció la necesidad de más investigación sobre el tema de la espiritualidad.

Las personas espiritualizadas demostraron ser más capaces de afrontar las adversidades, así como aquellas cuya frecuencia religiosa aparece regularmente. También se notó que la mayoría afirma que la religiosidad y espiritualidad son muy importantes, pero a pocas se les habló sobre ellas durante la atención médica. (Furtado de Mendonça A. Torres, R. Cabral, R. O, Jordan, A. W , Gorayeb de Carvalho Ferreira A, Fernandes Barbosa L. N. 2018)

El manejo de una enfermedad en estado terminal, requiere atención individualizada, ya que puede tener significados diferentes para cada persona. De esta manera, apoyar el cuidado en la espiritualidad puede ser imprescindible.

Presentar nuevos principios éticos desde la dimensión espiritual en el ámbito de la salud, permitirán acompañar la espiritualidad y la religiosidad de nuestros pacientes, dando lugar a la presentación de un nuevo paradigma en el mundo de la Bioética en su dimensión espiritual.

- **Presencia:** "cualidad de estar adelante", servicio gratuito e incondicional, permaneciendo junto a aquel que necesita ser acompañado aún en el silencio.

- **Integridad:** El ser humano decide a través de su conciencia y su libertad; en el caso de una patología que las comprometan, la misión de la actividad médica es pensar en el bienestar del paciente y la consideración de su integridad como valor fundante.

Acompañar como profesional de la salud el momento de enfermedad, supone la consideración de la finitud de una biografía humana, porque una consideración exclusivamente biológica llevaría a una cultura sanitaria deshumanizada.

- **Espiritualidad Encarnada:** Exige una actitud de disponibilidad y apertura del corazón para escuchar inquietudes, procesos que generan angustias, iluminar desde lo cotidiano una espiritualidad que nos pide dar razón de nuestra esperanza.

No olvidar que la familia también debe ser acompañada en este proceso por un equipo multidisciplinar, precisamente porque la salud no se limita a la perfección biológica, también la vida vivida en el sufrimiento ofrece espacios de crecimiento y autorrealización, y abre el camino al descubrimiento de nuevos valores.

Estudios científicos señalan que no se pueden descuidar las necesidades espirituales de los pacientes y sus familias, es por esta razón que los profesionales de salud deben estar preparados para abordar casos, en el que la asistencia espiritual sea necesaria.

Humanizar la conciencia de todos aquellos que atienden y cuidan a los enfermos, supone hacerse cargo de una fragilidad en su totalidad.

La noción de salud, va más allá del enfoque puramente médico, trasciende, abraza la totalidad de la persona, estar sano no significa solamente gozar de buena salud física y psíquica, sino de una buena salud espiritual, esta visión desborda lo biológico.

"Ser hombres y mujeres expertos en humanidad significa favorecer, a través de las actitudes con las que se cuida del prójimo que sufre, el encuentro con el Señor de la vida, el único capaz de verter, de manera eficaz, sobre las heridas humanas el aceite del consuelo y el vino de la esperanza.

Todo hombre tiene el derecho natural de ser atendido en esta hora suprema según las expresiones de la religión que profesa." (Samaritanus bonus, 2020)

El derecho a una calidad de vida en la etapa terminal de la enfermedad, se sustenta bioética y jurídicamente, en los principios y derechos de dignidad en la persona humana.

Muerte y Morir no es lo mismo, acompañar miedos del paciente en la etapa de la enfermedad, requiere un cuidado humanizado.

"La dignidad de la muerte radica en el modo de afrontarla. Por eso, en realidad, no sería apropiado hablar de «muerte digna», sino más bien de personas que afrontan la muerte con dignidad." (Sembradores de Esperanza. 2019)

Humanizar la formación académica en profesionales de la salud con una antropología respetuosa de una ética profesional anclada en la dignidad humana, nos introduce en el misterio de aquel hombre sensible al sufrimiento ajeno que se conmueve ante la desgracia del prójimo, para socorrerlo en su necesidad.

A veces esta compasión es la única o principal manifestación de nuestro ethos profesional que nos transforma en signo esperanzador para nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Bolton, R. (2020) Una Bioética que acompaña y anima. Libro digital, PDF (p. 7). 1º edición adaptada. Argentina.

[2] Cuasante, E. J. I. (2004) Situación de la Bioética Personalista en España. 2004. (p. 193) Vida y Ética. Año 5, nº 2. Argentina: EDUCA.

[3] Hurtado Hoyo, E. (2011) Código de ética para el equipo de salud: con la colaboración de la Sociedad de Ética en Medicina. 2° ed. Corregida y ampliada. (p.15). Argentina: AMA.

[4] Passo, E. (2011) Ser Uno en el Dolor. Acerca de la Dignidad Humana y la Proporcionalidad en los Cuidados. (p .79). Argentina: Dunken.

Documentos Internacionales:

[5] Código de Nüremberg (1947) Recuperado el 23 de Marzo de 2004 en: www.bioeticaweb.com › casdigo-de-nuremberg

[6] Informe Belmont (1979) Principios y Guías Éticas pata la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación. Recuperado el: 28 diciembre 2017 en https://

www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/informe_belmont.html

[7] Declaración de Helsinki. Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Actualización octubre 2024, en: www.wma.net › policies-post › declaracion-de-helsinki-...

[8] Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. UNESCO. (2021). Recomendación sobre la Ética de la Inteligencia Artificial. https://www.unesco.org/es/legal-affairs/recommendation-ethics-artificialintelligence

[9] Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). (2016). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanoshttps://cioms.ch › wp-content › uploads › 2017/12

Estudios de Investigación Científica

[10] Furtado de Mendonça A. Torres, R. Cabral, R. O, Jordan, A. W , Gorayeb de Carvalho Ferreira A, Fernandes Barbosa L. N. Religiosidad, espiritualidad y calidad de vida en familiares de pacientes de oncología pediátrica en un hospital de referencia en el noreste de Brasil. (2018). Psicooncología, 17(2), 273-291 Ediciones Complutense. https://doi.org/10.5209/psic.69778.

Documentos del Magisterio de la Iglesia

[11] Samaritanus bonus de la Congregación para la Doctrina de la Fe sobre el cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de la vida. (2020). Vida y Ética (p. 203) año 22 nº 1. Argentina. EDUCA.

[12] Subcomisión Episcopal para la Familia y Defensa de la Vida Conferencia Episcopal Española. (2019). Sembradores de Esperanza. Acoger, proteger y acompañar en la etapa final de esta vida. Recuperado a partir de: https://www.conferenciaepiscopal.com.es › 2019/12.

VOLVER A LA PERSONA EN LAS POLÍTICAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

INNOVACIÓN Y DESAFÍOS DE LA SALUD EN TIEMPOS DEL PAPA LEÓN XIV

RETURNING TO THE PERSON IN LATIN AMERICAN HEALTH POLICIES:

INNOVATION AND HEALTH CHALLENGES IN THE TIME OF POPE LEO XIV

RODRIGO GUERRA LÓPEZ

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1091-9099
Contacto: rodrigoguerra@mac.com

- Doctor en filosofía por la Academia Internacional del Principado de Liechtenstein

  Fundador del Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV)

  Miembro ordinario de la Pontificia Academia de las Ciencias Sociales y de la Pontificia Academia para la Vida

  Secretario de la Pontificia Comisión para América Latina

Este trabajo fue presentado como ponencia en el IX Seminario Internacional "Ética en el Gerenciamiento de Salud", celebrado en la Ciudad del Vaticano, Roma, el 19 de noviembre de 2025

Fecha de recepción: 23/11/2025
Fecha de aceptación: 19/01/2026

Instituto de Bioética / UCA - Vida y Ética Año 26 Nº 2 Diciembre 2025
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. CC-BY-NC-SA

RESUMEN

El presente trabajo examina los principales desafíos sanitarios de América Latina en un contexto marcado por desigualdades estructurales, cambios demográficos y presiones epidemiológicas. Analiza la fragmentación de los sistemas de salud, la doble carga de enfermedad, la crisis de salud mental, las brechas en salud materno-infantil, el envejecimiento poblacional y los determinantes ambientales. Desde un enfoque interdisciplinario que integra salud pública, bioética y pensamiento social cristiano, sostiene que la innovación sanitaria solo será transformadora si se orienta por una sólida referencia antropológica. En este marco, la bioética personalista, inspirada en el pensamiento de Karol Wojtyła, afirma la centralidad de la persona como fin en sí misma. Asimismo, se consideran las aportaciones del Papa Francisco y del Papa León XIV.

Palabras clave: América Latina; bioética personalista; políticas de salud; dignidad humana; innovación sanitaria.,

ABSTRACT

This paper examines the main health challenges in Latin America within a context marked by structural inequalities, demographic changes, and epidemiological pressures. It analyzes the fragmentation of health systems, the double burden of disease, the mental health crisis, gaps in maternal and child health, population aging, and environmental determinants of health. From an interdisciplinary approach that integrates public health, bioethics, and Christian social thought, the study argues that health innovation will only be transformative if it is guided by a solid anthropological framework. Within this perspective, personalist bioethics, inspired by the thought of Karol Wojtyła, affirms the centrality of the human person as an end in itself. It also considers the contributions of Pope Francis and Pope Leo XIV.

Keywords: Latin America; personalist bioethics; health policy; human dignity; health innovation.

1. INTRODUCCIÓN

América Latina vive un momento decisivo en materia de salud. En toda la región, los sistemas sanitarios se encuentran sometidos a presiones crecientes: transformaciones demográficas aceleradas, cargas epidemiológicas convergentes, desigualdades persistentes, deterioro ambiental, crisis políticas recurrentes y un aumento significativo de problemas de salud mental. Y, sin embargo, este panorama complejo convive con una energía creativa notable: prácticas innovadoras, avances tecnológicos y nuevas formas de cooperación regional que anuncian posibilidades reales de transformación. La salud latinoamericana, por tanto, se mueve entre la vulnerabilidad estructural y un impulso innovador que no debe ser subestimado.

La innovación en salud es hoy un elemento clave para comprender hacia dónde puede dirigirse el futuro sanitario de la región. Esta innovación no se reduce a tecnologías clínicas de punta —aunque estas sean importantes—, sino que incluye soluciones comunitarias, modelos de atención centrados en la persona, tecnologías digitales adaptadas a contextos locales, sistemas de información mejorados y formas novedosas de articulación entre el sector público, privado y social. En varios países estan surgiendo experiencias valiosas de telemedicina, monitoreo remoto de pacientes, inteligencia artificial aplicada al diagnóstico temprano, redes de atención primaria fortalecidas mediante herramientas digitales y estrategias de vigilancia epidemiológica basadas en datos abiertos. Estas innovaciones, si están éticamente orientadas, pueden reducir inequidades, mejorar accesibilidad y hacer más resilientes los sistemas de salud.

Pero la innovación no es neutral. Los avances tecnológicos pueden fortalecer la dignidad y autonomía de las personas, o pueden, por el contrario, profundizar desigualdades y deshumanizar la atención si se aplican sin sensibilidad ética. La región enfrenta el riesgo de que la introducción apresurada de tecnologías —desde la inteligencia artificial hasta los sistemas de gestión automatizada— termine alejando a los profesionales de la relación con el paciente o generando nuevos sesgos en la administración de recursos. Por eso, cualquier impulso innovador debe estar guiado por una brújula antropológica sólida. En este sentido, desde mi punto de vista, el personalismo ontológica y fenomenológicamente fundado de autores como Karol Wojtyla y su escuela, ofrece un criterio fundamental: *toda persona humana debe ser tratada como un fin en sí misma, nunca como un medio* (Guerra López, R. 2003). Este principio, aplicado al ámbito de la salud, implica que cada tecnología, cada política pública y cada innovación debe preguntarse si sirve verdaderamente a la dignidad del paciente o si corre el riesgo de instrumentalizarlo.

América Latina presenta, además, una situación singular: sus sistemas sanitarios no solo necesitan innovaciones tecnológicas, sino innovaciones *institucionales, comunitarias y solidarias.* Innovaciones que permitan reorganizar la atención primaria, ampliar la cobertura real, integrar servicios fragmentados y reducir el gasto de los usuarios, que sigue siendo una de las principales fuentes de empobrecimiento de millones de hogares. Innovaciones que reconozcan la importancia de la familia como primer espacio de cuidado, especialmente en el envejecimiento acelerado que vive la región. Innovaciones que fortalezcan la salud mental mediante redes comunitarias, atención continua y acompañamiento humano. Innovaciones que respondan al cambio climático con políticas de ecología integral, capaces de proteger tanto a la casa común como a las poblaciones más vulnerables.

En este contexto, la enseñanza reciente de la Iglesia católica, particularmente del Papa Francisco y del Papa León XIV, aporta una perspectiva profundamente humanizadora. Francisco insistía en la "cultura del cuidado" como respuesta al paradigma tecnocrático, recordando que el encuentro con el que sufre es siempre un acto de fraternidad. León XIV, por su parte, subraya la necesidad de discernir éticamente las innovaciones tecnológicas, especialmente la inteligencia artificial, para evitar que se imponga una mirada utilitarista o despersonalizante de la vida humana. Ambos pontífices coinciden en que la salud es un ámbito privilegiado para vivir la solidaridad y construir una sociedad centrada en la dignidad de cada persona, especialmente de quienes se encuentran en situaciones de fragilidad.

Por ello, el análisis de los principales desafíos sanitarios de América Latina no debe limitarse a describir carencias o señalar fallas institucionales. Debe incluir el reconocimiento del potencial innovador ya existente en múltiples países, comunidades y organizaciones; potencial que, integrado a una visión ética fuerte, puede transformar los sistemas de salud de la región. La innovación, cuando nace del encuentro humano y se orienta al bien común, se convierte en un camino concreto hacia la justicia social.

El propósito de este documento es, precisamente, ofrecer una lectura de los desafíos sanitarios actuales en América Latina —estructurales, epidemiológicos, sociales, ambientales y tecnológicos— e iluminar cómo la bioética personalista, la política pública y la enseñanza social de la Iglesia pueden contribuir a una respuesta renovada (Guerra López, R. 2007). La salud es un espacio donde se decide el tipo de sociedad que queremos construir. En un continente marcado por contrastes profundos, la innovación centrada en la dignidad humana puede ser el puente entre la fragilidad presente y el futuro posible.

1. LA ARQUITECTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

En las últimas décadas, América Latina se ha convertido en un espacio donde conviven la innovación y la fragilidad, la alta tecnología y la precariedad estructural. Este contraste, tan característico de la región, se refleja de manera especialmente dramática en los sistemas de salud. A pesar de avances relevantes —como el aumento de la cobertura nominal, reformas institucionales y mejoras en ciertos indicadores clave—, persisten desigualdades profundas en el acceso, la calidad y la continuidad del cuidado.

Los sistemas latinoamericanos suelen estar segmentados entre un sector público insuficiente, servicios de seguridad social focalizados en trabajadores formales y un sector privado de alta especialización. Este mosaico no ofrece una complementariedad virtuosa, sino una *reproducción de desigualdades históricas*. Como muestran algunas investigaciones, la región arrastra una "agenda inconclusa" en su camino hacia la cobertura universal, marcada por brechas territoriales, estratificación social y problemas de sostenibilidad financiera (Atun et al., 2015, p. 1231).

A esta segmentación institucional se suma un problema crónico: *el gasto público en salud sigue siendo insuficiente*. El informe CEPAL–OPS subraya que la inversión estatal es incapaz de responder a las necesidades reales de la población, obligando a millones de familias a depender de sus magros ingresos económicos, una de las principales fuentes de empobrecimiento sanitario en la región (CEPAL/OPS, 2024, pp. 2–3).

El resultado es un entorno donde la experiencia del paciente depende con frecuencia de su lugar de residencia, su nivel socioeconómico o su inserción laboral. En zonas rurales o periurbanas, las personas encuentran hospitales saturados, falta de especialistas, listas de espera prolongadas y escasez de medicamentos. En contraste, quienes pueden costear seguros privados acceden a servicios de mayor calidad.

Aquí es necesario que miremos esta realidad a la luz de una clave antropológica fundamental. Toda persona humana tiene derecho a ser incomercializable. Dicho de una manera más filosófica *toda persona debe ser tratada como fin, nunca como mero medio*. Aplicado a la salud, esto significa que los sistemas sanitarios deben diseñarse pensando en la dignidad concreta del paciente, no en la eficiencia estadística ni en la lógica del descarte.

En América Latina, donde las instituciones sanitarias tienden a deshumanizar por exceso de carga o por falta de recursos, esta perspectiva personalista funciona como un examen de conciencia. La arquitectura del sistema no puede justificarse

por sí misma: debe orientarse al servicio del rostro humano que espera (Guerra López, R. 2002).

En síntesis, la región necesita un rediseño integral que articule financiamiento sostenible, atención primaria robusta, integración público-privada transparente y prioridad para los territorios excluidos. Mientras no se supere la fragmentación, la dignidad del enfermo seguirá siendo vulnerada, es decir, la urgencia de colocar a la persona realmente al centro de la cuestión, se tornará una vez más pospuesta.

2. LA DOBLE CARGA DE ENFERMEDAD: CRÓNICAS E INFECCIOSAS

La particularidad epidemiológica de América Latina se expresa en la coexistencia simultánea de *enfermedades transmisibles* —vinculadas a pobreza, falta de saneamiento y desigualdad ambiental— y *enfermedades no transmisibles (ENT)* —propias de sociedades urbanizadas y con cambios profundos en estilo de vida—. Esta "doble carga" es uno de los desafíos más complejos para los sistemas sanitarios de la región.

Las enfermedades transmisibles, que deberían estar controladas desde hace décadas, continúan golpeando a las poblaciones más vulnerables. La tuberculosis sigue afectando de manera desproporcionada a países como Haití, Guyana y Bolivia, donde las tasas superan los 10 fallecimientos por cada 100,000 habitantes (OECD/The World Bank, 2023, p. 103). El dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores —muy sensibles al cambio climático— se expanden con fuerza en territorios urbanos densos, donde el saneamiento es precario.

Al mismo tiempo, las ENT se han convertido en la principal causa de mortalidad en América Latina. Diabetes, hipertensión arterial, cáncer y enfermedades cardiovasculares representan cerca del 75% de las muertes anuales en la región (OPS, *NCDs at a Glanc*e, 2025, pp. 9–11). El progreso en la reducción de mortalidad prematura se ha estancado desde 2011 (Luciani et al., 2023, e13), revelando una crisis silenciosa pero profunda.

El aspecto ético aparece con claridad cuando consideramos que los grupos de menor ingreso sufren *ambos tipos de enfermedades*: las asociadas a la pobreza extrema y las vinculadas a la urbanización desigual. Este doble peso evidencia que la desigualdad sanitaria no es solo un problema epidemiológico, sino una injusticia estructural. Como se diagnosticó desde hace más de dos décadas, la salud en América Latina está fuertemente condicionada por los determinantes

sociales, un fenómeno que persiste e incluso se ha amplificado (Dachs et al., 2002, pp. 336–338).

La perspectiva personalista ilumina este escenario al recordarnos que el enfermo nunca puede convertirse en un dato anónimo. La persona concreta, con su historia y su sufrimiento, debe ser el centro del análisis epidemiológico y de las decisiones políticas. Si la doble carga se concentra en los pobres, la respuesta pública debe priorizarlos como sujetos de dignidad, no como meras variables.

La doble carga de enfermedad plantea, por tanto, una exigencia ética: fortalecer la prevención, garantizar acceso efectivo al diagnóstico temprano, mejorar las condiciones ambientales y promover políticas intersectoriales. Evidentemente, ninguna estrategia será suficiente si no se coloca a la persona —especialmente a la más vulnerable— como fundamento de toda acción.

3. SALUD MENTAL, VIOLENCIA Y ADICCIONES

Pocas áreas revelan de manera tan directa el estado moral de una sociedad como su atención a la *salud mental*. En América Latina, los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, junto con el suicidio, representan casi una quinta parte de la carga total de enfermedad, según un importante estudio publicado en 2018 (Vigo y col. 2018, p. 17). A pesar de ello, la inversión pública en salud mental es muy limitada y suele concentrarse en grandes hospitales psiquiátricos, dejando desatendidos los servicios comunitarios.

La región enfrenta, además, la influencia corrosiva de la *violencia estructural*, el crimen organizado, los desplazamientos forzados y la inseguridad cotidiana. Estos factores generan estrés postraumático, depresión, ansiedad y trastornos por consumo de sustancias, especialmente entre jóvenes y mujeres. La *New Agenda for Mental Health in the Americas* muestra que la distribución de estos problemas no es uniforme: afecta con mayor intensidad a pueblos indígenas, afrodescendientes, habitantes de periferias y migrantes forzados (PAHO, 2023, pp. 94–98).

La pandemia agravó el panorama, aumentando síntomas de ansiedad y depresión, así como el consumo problemático de alcohol y drogas. Además, los servicios de apoyo emocional quedaron interrumpidos en muchos países.

Frente a esta realidad, la bioética personalista —que subraya el valor irreductible de cada persona— ofrece una luz indispensable. En salud mental, más que en ningún otro ámbito, es fácil caer en la despersonalización: reducir al paciente a un diagnóstico, a un expediente o a un "caso". La norma personalista de la acción nos

recuerda que *siempre tratamos con un "alguien", nunca con un "algo"*. Por eso, la intervención debe incluir escucha, acompañamiento, redes de apoyo y políticas que aborden las causas sociales del sufrimiento.

Las adicciones, lejos de ser simples "conductas de riesgo", suelen ser expresiones de heridas profundas: soledad, violencia, precariedad, falta de sentido. Una política pública personalista no busca solo controlar la conducta, sino sanar las causas. Salud mental, violencia y adicciones constituyen así *un espejo que muestra cuánto nos humanizamos* —o deshumanizamos— como sociedad. La región necesita invertir más, pero sobre todo necesita *cuidar más*.

4. SALUD MATERNA, INFANTIL Y REPRODUCTIVA

Entre los indicadores más sensibles para evaluar la justicia de un sistema de salud, pocos son tan reveladores como la *mortalidad materna* e *infantil.* Cuando una mujer muere durante el embarazo o el parto, o cuando un recién nacido fallece por causas prevenibles, no solo falla el sistema sanitario: *fallamos todos como sociedad*.

Si bien América Latina ha logrado avances importantes desde los años 90, los niveles actuales siguen siendo preocupantes. En 2020, la razón de mortalidad materna fue de *97 muertes por cada 100,000 nacidos vivos*, casi diez veces más que el promedio de la OCDE (OECD/The World Bank, 2023, p. 91). Estas muertes se concentran entre mujeres pobres, rurales, indígenas, afrodescendientes y migrantes, quienes a menudo enfrentan barreras geográficas, económicas y culturales para recibir atención oportuna.

La salud infantil presenta una dinámica similar. Aunque la mortalidad de menores de cinco años ha disminuido significativamente, persisten enormes brechas territoriales y sociales. La pandemia interrumpió servicios esenciales —vacunación, tamizaje, control neonatal— y muchos países han tenido dificultades para recuperar las coberturas perdidas (CEPAL/OPS, 2024, p. 3).

La dimensión reproductiva también revela desigualdades profundas. El embarazo adolescente continúa siendo elevado en numerosos países, reflejo de pobreza, violencia sexual, falta de oportunidades educativas y ausencia de servicios de educación integral. Además, muchas mujeres viven situaciones de **violencia obstétrica**, incluyendo tratos degradantes, procedimientos no consentidos o negligencia institucional.

Aquí, la bioética personalista nos regala un enfoque privilegiado. La "norma personalista de la acción" exige considerar simultáneamente la dignidad de la mujer y la dignidad del hijo por nacer, sin instrumentalizar a ninguno. La maternidad no puede ser reducida a un evento biológico ni la mujer a un "riesgo obstétrico"; ambas son personas que merecen cuidado, respeto y protección.

Por ello, esta mirada inspirada en el personalismo implica:

- Atención prenatal accesible y respetuosa;
- Acompañamiento psicológico y social durante el embarazo;
- Atención culturalmente pertinente para mujeres indígenas;
- Prevención de la violencia sexual;
- Condiciones dignas para el parto y el puerperio;
- Y políticas que apoyen la maternidad y la crianza en contextos de vulnerabilidad.

La salud materna e infantil no es un indicador técnico: es la prueba ética de si nuestras sociedades tratan a las personas como verdaderos fines en sí mismos.

5. ENVEJECIMIENTO, MULTIMORBILIDAD Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

América Latina envejece a una velocidad sin precedentes. En pocas décadas, la región tendrá una proporción de personas mayores comparable a Europa, pero sin contar con los sistemas de cuidados que Europa ha desarrollado durante décadas. En otras palabras, en América Latina el envejecimiento es acelerado, pero *sin redes suficientes* que soporten este incremento.

El aumento de la longevidad —aunque afectado temporalmente por la pandemia— ha generado un fuerte crecimiento de personas con *multimorbilidad*: hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedades respiratorias, deterioro cognitivo y discapacidades que requieren cuidados continuos. Sin embargo, la región carece casi por completo de *sistemas formales de cuidados de largo plazo.* La responsabilidad recae en las familias, especialmente sobre las mujeres, quienes realizan labores de cuidado no remunerado que pueden representar entre 30 y 50 horas semanales.

El informe CEPAL–OPS alerta que los países latinoamericanos no han adaptado sus sistemas sociales y sanitarios al ritmo del envejecimiento, y que la resiliencia

futura dependerá del fortalecimiento de servicios de rehabilitación, cuidados paliativos y apoyo comunitario (CEPAL/OPS, 2024).

La vulnerabilidad de las personas mayores se agrava por factores estructurales: pensiones insuficientes, precariedad laboral, vivienda inadecuada, barreras de movilidad y un fuerte aumento de la soledad no deseada. En muchos países, la vejez puede convertirse en sinónimo de abandono.

Aquí la mirada personalista vuelve a ser clave. Necesitamos ser plenamente conscientes que la dignidad no depende de la productividad o la autonomía. Una persona mayor con dependencia parcial o total sigue siendo *alguien con valor intrínseco*, no un "costo" que deba minimizarse. Por eso, un sistema de salud verdaderamente humano debe garantizar cuidados dignos, acompañamiento emocional y acceso a servicios integrales que permitan envejecer con calidad de vida.

Esto exige políticas de largo plazo centradas en:

- Atención primaria coordinada para multimorbilidad;
- Programas de cuidados domiciliarios;
- Centros de día y redes comunitarias;
- Apoyo a cuidadores informales;
- Infraestructura accesible;
- Y cuidados paliativos universales.

Una sociedad que cuida bien a sus mayores cultiva una ética de *gratitud* y *reciprocidad*. Una que los abandona pierde su *memoria moral.*

6. DETERMINANTES AMBIENTALES Y CAMBIO CLIMÁTICO

La salud humana depende profundamente del entorno donde vivimos. Por eso, los *determinantes ambientales* —aire, agua, vivienda, saneamiento, clima, ecosistemas— constituyen uno de los desafíos más urgentes para América Latina.

La *Agenda de las Américas sobre salud, medio ambiente y cambio climático 2021–2030* señala que más de *un millón de muertes prematuras al año* en la región se deben a riesgos ambientales evitables (PAHO, 2021, p. 1). Estas incluyen contaminación del aire, agua insegura, falta de saneamiento, desechos tóxicos, deforestación, incendios forestales y exposición laboral a sustancias peligrosas.

América Latina y el Caribe todavía cuentan con *19 millones de personas sin acceso a agua potable segura y 84 millones sin saneamiento adecuado*, incluyendo 13 millones que realizan defecación al aire libre (PAHO, 2021, p. 1). Estas condiciones facilitan enfermedades diarreicas, parasitarias y brotes de dengue y zika.

El cambio climático agrava todos estos problemas. El aumento de las temperaturas expande el territorio de mosquitos transmisores, intensifica incendios, provoca olas de calor, altera patrones de lluvia y afecta la seguridad alimentaria. Las poblaciones pobres son las más expuestas a estos riesgos.

Desde la perspectiva personalista, la degradación ambiental no es un asunto técnico, sino una *injusticia contra la persona humana*. Cuando la naturaleza es tratada como un mero recurso explotable, quienes más sufren son los vulnerables. Es importante insistir: dañar el entorno medioambiental donde vive una persona es dañar a la persona misma.

En este punto, converge el enfoque del Papa Francisco en *Laudato si'*, para quien la crisis ecológica y la crisis social son dos dimensiones de una misma realidad interconectada. El cuidado ambiental se convierte, entonces, en condición del cuidado sanitario.

De esta manera, una respuesta integral exige:

- Políticas de vivienda digna;
- Acceso universal a agua y saneamiento;
- Regulación ambiental robusta;
- Transición energética justa;
- Protección de bosques y territorios indígenas;
- Prevención de riesgos climáticos;
- Y urbanismo humano.

La salud en América Latina no será sostenible mientras la casa común permanezca herida.

7. DATOS, GOBERNANZA Y CONFIANZA SOCIAL

Además de los problemas epidemiológicos, estructurales y ambientales, América Latina enfrenta un desafío menos visible, pero decisivo: *la falta de datos confiables, la debilidad institucional y la erosión de la confianza social.* Estos

factores, casi invisibles para el diagnóstico público, condicionan profundamente la eficacia de cualquier política sanitaria.

La *New Agenda for Mental Health in the Americas* destaca que muchos países carecen de sistemas de información robustos, interoperables y transparentes, lo que impide evaluar adecuadamente las desigualdades y diseñar políticas basadas en evidencia (PAHO, 2023, pp. 97–98). La pandemia de COVID-19 mostró que cuando los datos son incompletos o fragmentados, la toma de decisiones se vuelve improvisada y reactiva.

A esto se suma la fragilidad de la *gobernanza sanitaria.* Cambios políticos constantes, tensiones entre niveles de gobierno, falta de coordinación intersectorial, presiones presupuestarias y, en algunos contextos, corrupción, comprometen la estabilidad de políticas públicas. Algunos investigadores advierten que la construcción de sistemas de salud sólidos en América Latina ha dependido excesivamente de dinámicas políticas coyunturales, dificultando la continuidad de reformas estructurales (Atun et al., 2015, pp. 1232–1234).

Pero quizá el desafío más profundo es la *pérdida de confianza* entre ciudadanos, instituciones y profesionales de la salud. La confianza —ese intangible sin el cual no funciona la salud pública— se erosiona cuando las personas perciben inequidad, desinterés, falta de transparencia o tratos deshumanizados.

Aquí la perspectiva personalista nuevamente ofrece una clave decisiva: la confianza surge cuando las personas experimentan que son tratadas como fines en sí mismos, no como medios para objetivos políticos, económicos o estadísticos. En salud, esto significa escuchar a las comunidades, respetar la dignidad del paciente, garantizar transparencia en la gestión y asegurar equidad en la distribución de recursos.

Sin confianza, incluso las mejores políticas fracasan. Con confianza, sistemas frágiles pueden sostener avances significativos. Reconstruirla es, pues, una prioridad ética y política.

8. HACIA UNA RESPUESTA INTEGRAL

Los desafíos sanitarios de América Latina —fragmentación institucional, doble carga de enfermedad, crisis de salud mental, envejecimiento acelerado, daños ambientales, debilidad institucional— no pueden abordarse con intervenciones aisladas. Requieren una *respuesta integral*, interdisciplinaria, ética y profundamente humana.

Esta respuesta debe incluir:

- Un fortalecimiento radical de la atención primaria: la atención primaria es la base sobre la cual se construye cualquier sistema de salud exitoso. Donde la atención primaria es débil, las inequidades se amplían.
- Prevención y promoción de la salud: las ENT, las enfermedades infecciosas y los problemas de salud mental requieren políticas que trasciendan el ámbito médico e involucren educación, urbanismo, transporte y alimentación.
- Cuidados dignos para mujeres, niños y mayores: la salud materna, infantil y geriátrica constituye un termómetro moral. Políticas centradas en la mujer, el niño y la persona mayor revelan el grado de humanización del Estado.
- Ética ecológica y justicia ambiental: cuidar la salud exige cuidar la tierra, el agua, el aire y la casa común. Sin ecología integral no hay salud integral.
- Gobernanza ética y datos confiables: la planificación sanitaria requiere instituciones estables, responsables y transparentes, así como sistemas de información sólidos.
- Una cultura del cuidado: la región necesita pasar de modelos tecnocráticos y fragmentados a una cultura donde el cuidado —personal, comunitario, espiritual— sea el centro.

En todo esto, es preciso subrayar que *toda política sanitaria debe reconocer que la persona humana es un ser ininstrumentalizable.*

9. LA IGLESIA TIENE UNA PALABRA: FRANCISCO Y LEÓN XIV ANTE LOS DESAFÍOS DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

La Iglesia no aborda la salud desde una perspectiva técnica, sino desde su misión pastoral y su comprensión de la dignidad humana. Tanto el Papa Francisco como el Papa León XIV han articulado una visión profundamente humanizadora del cuidado, particularmente relevante para América Latina.

- La dignidad como fundamento: Francisco, en *Fratelli tutti*, subraya que cada persona tiene un valor incondicional, independientemente de su utilidad o situación sanitaria (FT 107). Su mensaje para la Jornada Mundial del Enfermo 2025 recuerda que el cuidado es ante todo encuentro, don

y fraternidad. León XIV retoma esta línea, insistiendo en sus discursos de 2025 en que el enfermo no puede ser reducido a un "caso clínico" ni a un dato administrativo. Critica el riesgo de que la tecnología —especialmente la IA— desplace la mirada humana y favorezca un enfoque instrumental de la vida frágil.

- La cultura del cuidado: El Papa Francisco propuso que el mundo necesita una verdadera "cultura del cuidado", inspirada en el Buen Samaritano: cuidar las heridas, restaurar vínculos, acompañar en el sufrimiento. León XIV, dirigiéndose a los profesionales de la salud (CONFEMEL, 2 octubre 2025), subraya que la medicina requiere ternura, compasión, presencia y respeto profundo por el enfermo.
- Tecnología con alma: el documento *Antiqua et nova* (2025), aprobado por León XIV, aborda con lucidez el uso ético de la IA. Reconoce su potencial, pero advierte sus peligros: despersonalización, algoritmos sesgados y pérdida de control moral. Francisco, en *Laudato si'*, ya había criticado el "paradigma tecnocrático" que convierte todo —incluidas las personas— en objetos de manipulación (LS 106–114). Ambos pontífices coinciden: la tecnología debe servir al encuentro humano, a la cooperación y a la fraternidad. La tecnología no debe constituirse en un reemplazo o en un sucedáneo de estas experiencias humanas fundamentales.
- Familia y comunidad como núcleo del cuidado: Francisco y León XIV subrayan que la familia es el primer espacio de cuidado. De hecho, en el reciente encuentro con el CELAM (19 septiembre 2025), León XIV enfatiza que la crisis social —pobreza, violencia, migración forzada— socava la vida familiar y debilita la red primaria de apoyo emocional y sanitario.
- Ecología integral y justicia sanitaria: en *Laudato si'*, Francisco recuerda que la salud humana depende del equilibrio ecológico. León XIV complementa este enfoque al insistir en la responsabilidad ética de los Estados y empresas para evitar daños ambientales que hieren la salud de los más pobres.
- La Iglesia como hospital de campaña: para Francisco, la Iglesia es un "hospital de campaña" que se acerca a quienes sufren. León XIV retoma esta imagen y recuerda que la caricia, la escucha y la presencia son actos terapéuticos en sí mismos.
- La síntesis personalista: en el fondo de todo lo anteriormente expuesto, se manifiesta la continuidad del carácter personalista de la enseñanza de la

Iglesia y su oportunidad para atender los desafíos del presente. Que todo ser humano es persona, posee dignidad y merece respeto y promoción, es un principio innegociable no sólo para las políticas de salud sino para toda la compleja vida social de nuestros pueblos.

De estas convicciones surgen criterios prácticos:

- La salud como derecho humano;
- La prioridad por los más pobres;
- La centralidad del cuidado;
- La ética en el uso de tecnologías;
- La protección de la familia;
- Y la ecología integral.

No quisieramos terminar estas líneas sin citar al Papa León XIV en el mensaje que dirigió a todos los participantes de este encuentro, hace unos días: es preciso "cambiar nuestra mirada, en percibir el valor del bien con una visión amplia, de mirar, si me permiten, como mira Dios". Esta última expresión, me parece, no es parte de una retórica pía, sino la convicción profunda de que el ser humano no sólo necesita de ciencia y tecnología sino de una mirada sapiencial que permita realizar el "ordo amoris" que necesitamos para no transformarnos en una sociedad suicida. Un mirada sapiencial que reubique nuestras capacidades intelectuales y prácticas en su justa dimensión al momento de entender y atender los desafíos que la salud presenta actualmente en la región latinoamericana y en el mundo entero.

BIBLIOGRAFÍA

Atun, R., et al. "Health systems reform and universal health coverage in Latin America." The Lancet, vol. 385, 2015, pp. 1230–1247.

CEPAL/OPS. La inversión en salud en América Latina y el Caribe: un llamado urgente a la acción. Santiago de Chile, 2024.

Dachs, J., et al. "Inequalities in health in Latin America and the Caribbean." Pan American Journal of Public Health, vol. 11, no. 5/6, 2002, pp. 335–346.

Guerra López, R. Volver a la persona. El método filosófico de Karol Wojtyla, Caparros, Madrid 2002.

Guerra López, R. Afirmar a la persona por sí misma. La dignidad como fundamento de los derechos de la persona, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México 2003.

Guerra López, R. "La persona es fin y no medio. El fundamento normativo de la Bioética personalista", en G. Tomás-E. Postigo (Coords.), Bioética personalista: ciencia y controversias, Eunsa, Pamplona 2007, p.p. 39-69.

León XIV. Discurso al Seminario de Ética en el Gerenciamiento de la Salud. 17 noviembre 2025.

León XIV. Discurso a la CONFEMEL. 2 octubre 2025.

León XIV. Discurso al CELAM y Pontificia Academia para la Vida. 19 septiembre 2025.

OECD / The World Bank. Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023. OECD Publishing, 2023.

OPS. NCDs at a Glance 2025. Organización Panamericana de la Salud, 2025.

PAHO. New Agenda for Mental Health in the Americas. Organización Panamericana de la Salud, 2023.

PAHO. Agenda de las Américas sobre salud, medio ambiente y cambio climático 2021–2030. Organización Panamericana de la Salud, 2021.

Vigo, D., et al. "Estimating the burden of mental disorders in the Americas." The Lancet Psychiatry, 2018, p. 17.

"LA ESPERANZA NO DEFRAUDA" (ROM 5,5)

EN EL MARCO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Conferencia Episcopal Argentina

25 de noviembre de 2025

En el marco del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, hacemos una invitación a la reflexión comunitaria profundamente arraigada en la misión de la Iglesia.

Nos duele la realidad que nos rodea. Nos detenemos a mirar el cansancio y el agobio de las mujeres que cargan, muchas veces en soledad, el peso de una crisis socioeconómica profunda. Es imperativo visibilizar las múltiples violencias que afectan a diario: física, psicológica, económica, además de las violencias estructurales generadas por la falta de oportunidades y la persistente cultura del descarte.

Resulta imprescindible que se reconozca y respete la presencia profética de las mujeres, asumiendo la corresponsabilidad en el cuidado y la participación. **El camino sinodal es aquel donde nadie camina solo, y donde el trato es siempre fraterno. Como nos recuerda el Papa Francisco:** *"Una Iglesia sinodal es una Iglesia de la escucha, con la conciencia de que escuchar es más que oír. Es una escucha recíproca en la cual cada uno tiene algo que aprender..."* (Discurso en la conmemoración del 50º aniversario de la institución del Sínodo de los Obispos, 17 de octubre de 2015).

Honramos y agradecemos la resiliencia de las mujeres. Su capacidad de seguir de pie —ejemplo potente de tantas que hoy sostienen la vida— es un testimonio

de que **la esperanza no defrauda, porque el amor de Dios ha sido derramado en nuestro corazón** y nos interpela a todos.

Asimismo, son indispensables políticas públicas de prevención de las violencias y una justicia efectiva ante los hechos aberrantes que culminan en la pérdida de tantas vidas y causan tanto dolor.

Miremos este presente como un profundo tiempo de esperanza. El aliento del Espíritu Santo, fruto del camino sinodal, nos llama a vivir en plenitud la dignidad bautismal, hermanados en la fe. Así, nos encontramos en diferentes espacios caminando como pueblo de Dios, inspirados en el coraje de las mujeres de la resurrección, para seguir acompañando a quiénes más sufren de estos flagelos.

Que la Virgen de Luján, mujer de esperanza, nos fortalezca para caminar en la fe, en el respeto a la dignidad y en la búsqueda de la plena corresponsabilidad.

Área de las Mujeres
Secretariado de Laicos – SEPLAI
Comisión Episcopal para la Vida, los Laicos, la Familia y Juventud – CEVILAF
Conferencia Episcopal Argentina

CARTA APOSTÓLICA *DISEÑAR NUEVOS MAPAS DE ESPERANZA* CON OCASIÓN DEL LX ANIVERSARIO DE LA DECLARACIÓN CONCILIAR *GRAVISSIMUM EDUCATIONIS*

Papa León XIV

27 de octubre de 2025

Proemio

Diseñar nuevos mapas de esperanza. El 28 de octubre de 2025 se cumple el 60.º aniversario de la Declaración conciliar *Gravissimum educationis* sobre la extrema importancia y actualidad de la educación en la vida del ser humano. Con ese texto, el *Concilio Vaticano II* recordó a la Iglesia que la educación no es una actividad accesoria, sino que constituye el tejido mismo de la evangelización: es la forma concreta con la que el Evangelio se convierte en gesto educativo, relación, cultura. Hoy, ante los rápidos cambios y las incertidumbres que desorientan, ese legado muestra una sorprendente solidez. Allí donde las comunidades educativas se dejan guiar por la palabra de Cristo, no se retiran, sino que se relanzan; no levantan muros, sino que construyen puentes. Reaccionan con creatividad, abriendo nuevas posibilidades para la transmisión del conocimiento y del sentido en la escuela, en la universidad, en la formación profesional y civil, en la pastoral escolar y juvenil, y en la investigación, porque el Evangelio no envejece, sino que «hace nuevas todas las cosas» (*Ap.* 21,5). Cada generación lo escucha como una novedad que regenera. Cada generación es responsable del Evangelio y del descubrimiento de su poder seminal y multiplicador.

Vivimos en un entorno educativo complejo, fragmentado y digitalizado. Precisamente por eso es sabio detenerse y recuperar la mirada sobre la «cosmología de la *paideia* cristiana»: una visión que, a lo largo de los siglos, supo renovarse e

inspirar positivamente todas las poliédricas facetas de la educación. Desde sus orígenes, el Evangelio ha generado «constelaciones educativas»: experiencias humildes y fuertes a la vez, capaces de leer los tiempos, de custodiar la unidad entre la fe y la razón, entre el pensamiento y la vida, entre el conocimiento y la justicia. Han sido, en la tormenta, un ancla de salvación; y en la bonanza, una vela desplegada. Un faro en la noche para guiar la navegación.

La Declaración *Gravissimum educationis* no ha perdido fuerza. Desde su recepción ha nacido un firmamento de obras y carismas que aún hoy orienta el camino: escuelas y universidades, movimientos e institutos, asociaciones laicales, congregaciones religiosas y redes nacionales e internacionales. Juntos, estos cuerpos vivos han consolidado un patrimonio espiritual y pedagógico capaz de atravesar el siglo XXI y responder a los retos más apremiantes. Este patrimonio no está inmovilizado: es una brújula que sigue indicando la dirección y hablando de la belleza del viaje. Las expectativas actuales no son menores que las muchas a las que se enfrentó la Iglesia hace sesenta años. Más bien se han ampliado y se han vuelto más complejas. Ante los muchos millones de niños en el mundo que aún no tienen acceso a la educación primaria, ¿cómo no actuar? Ante las dramáticas situaciones de emergencia educativa provocadas por las guerras, las migraciones, las desigualdades y las diversas formas de pobreza, ¿cómo no sentir la urgencia de renovar nuestro compromiso? La educación —como recordé en mi Exhortación Apostólica *Dilexi te*— «ha sido siempre una de las expresiones más altas de la caridad cristiana» [1]. El mundo necesita esta forma de esperanza.

Una historia dinámica

La historia de la educación católica es la historia del Espíritu en acción. La Iglesia, «madre y maestra» [2], no por supremacía, sino por servicio: genera en la fe y acompaña en el crecimiento de la libertad, asumiendo la misión del Divino Maestro para que todos «tengan vida y la tengan en abundancia» (*Jn* 10,10). Los estilos educativos que se han sucedido muestran una visión del ser humano como imagen de Dios, llamado a la verdad y al bien, y un pluralismo de métodos al servicio de esta llamada. Los carismas educativos no son fórmulas rígidas: son respuestas originales a las necesidades de cada época.

En los primeros siglos, los Padres del desierto enseñaban la sabiduría con parábolas y apotegmas; redescubrieron el camino de lo esencial, de la disciplina de la lengua y de la custodia del corazón; transmitieron una pedagogía de la mirada que reconoce a Dios en todas partes. San Agustín, al injertar la sabiduría bíblica en

la tradición grecorromana, comprendió que el maestro auténtico suscita el deseo de la verdad, educa la libertad para leer los signos y escuchar la voz interior. El monacato ha llevado adelante esta tradición en los lugares más inaccesibles, donde durante décadas se han estudiado, comentado y enseñado las obras clásicas, de tal manera que, sin este trabajo silencioso al servicio de la cultura, muchas obras maestras no habrían llegado hasta nuestros días. «Desde el corazón de la Iglesia» surgieron las primeras universidades, que desde sus orígenes se revelaron como «un centro incomparable de creatividad y de irradiación del saber para el bien de la humanidad» [3]. En sus aulas, el pensamiento especulativo encontró en la mediación de las órdenes mendicantes la posibilidad de estructurarse sólidamente y llegar hasta las fronteras de las ciencias. No pocas congregaciones religiosas dieron sus primeros pasos en estos campos del saber, enriqueciendo la educación de manera pedagógicamente innovadora y socialmente visionaria.

La educación se ha expresado de muchas maneras. En la Ratio Studiorum, la riqueza de la tradición escolar se fusiona con la espiritualidad ignaciana, adaptando un programa de estudios tan articulado como interdisciplinario y abierto a la experimentación. En la Roma del siglo XVII, san José Calasanz abrió escuelas gratuitas para los pobres, intuyendo que la alfabetización y el cálculo son dignidad antes que competencia. En Francia, san Juan Bautista de La Salle, «consciente de la injusticia que suponía la exclusión de los hijos de los obreros y campesinos del sistema educativo» [4], fundó los Hermanos de las Escuelas Cristianas. A principios del siglo XIX, también en Francia, san Marcelino Champagnat se dedicó «con todo su corazón, en una época en la que el acceso a la educación seguía siendo un privilegio de unos pocos, a la misión de educar y evangelizar a los niños y jóvenes» [5]. Del mismo modo, san Juan Bosco, con su «método preventivo», transformó la disciplina en rezonabilidad y proximidad. Mujeres valientes, como Vicenta María López y Vicuña, Francesca Cabrini, Giuseppina Bakhita, María Montessori, Katharine Drexel o Elizabeth Ann Seton, abrieron caminos para las niñas, los migrantes, los últimos. Reitero lo que afirmé con claridad en *Dilexi te*:

> «La educación de los pobres, para la fe cristiana, no es un favor, sino un deber» [6]. Esta genealogía de concreción atestigua que, en la Iglesia, la pedagogía nunca es teoría desencarnada, sino carne, pasión e historia.

Una tradición viva

La educación cristiana es una obra coral: nadie educa solo. La comunidad educativa es un «nosotros» en el que el docente, el estudiante, la familia, el personal

administrativo y de servicio, los pastores y la sociedad civil convergen para generar vida [7]. Este «nosotros» impide que el agua se estanque en el pantano del «siempre se ha hecho así» y la obliga a fluir, a nutrir, a regar. El fundamento sigue siendo el mismo: la persona, imagen de Dios (*Génesis* 1,26), capaz de verdad y relación. Por eso, la cuestión de la relación entre fe y razón no es un capítulo opcional: «la verdad religiosa no es solo una parte, sino una condición del conocimiento general» [8]. Estas palabras de san John Henry Newman —a quien, en el contexto de este *Jubileo del Mundo Educativo*, tengo la gran alegría de declarar copatrocinador de la misión educativa de la Iglesia junto con santo Tomás de Aquino— son una invitación a renovar el compromiso con un conocimiento tan intelectualmente responsable y riguroso como profundamente humano. Y también hay que tener cuidado de no caer en el iluminismo de una *fides* que se contrapone exclusivamente a la *ratio*. Es necesario salir de los bajíos recuperando una visión empática y abierta para comprender cada vez mejor cómo se entiende el ser humano hoy en día, a fin de desarrollar y profundizar su enseñanza. Por eso no hay que separar el deseo y el corazón del conocimiento: significaría romper a la persona. La universidad y la escuela católica son lugares donde las preguntas no se silencian y la duda no se prohíbe, sino que se acompaña. Allí, el corazón dialoga con el corazón, y el método es el de la escucha que reconoce al otro como un bien, no como una amenaza. *Cor ad cor loquitur* fue el lema cardenalicio de san John Henry Newman, tomado de una carta de san Francisco de Sales: «La sinceridad del corazón, y no la abundancia de palabras, toca el corazón de los seres humanos»

Educar es un acto de esperanza y una pasión que se renueva porque manifiesta la promesa que vemos en el futuro de la humanidad [9]. La especificidad, la profundidad y la amplitud de la acción educativa es esa obra, tan misteriosa como real, de «hacer florecer el ser [...] es cuidar el alma», como se lee en la Apología de Sócrates de Platón [30a-b]. Es un «oficio de promesas»: se promete tiempo, confianza, competencia; se promete justicia y misericordia, se promete el valor de la verdad y el bálsamo del consuelo. Educar es una tarea de amor que se transmite de generación en generación, remendando el tejido desgarrado de las relaciones y devolviendo a las palabras el peso de la promesa: «Todo ser humano es capaz de la verdad, sin embargo, el camino es mucho más soportable cuando se avanza con la ayuda de los demás» [10]. La verdad se busca en comunidad.

La brújula de Gravissimum educationis

La declaración conciliar *Gravissimum educationis* reafirma el derecho de todos a la educación y señala a la familia como la primera escuela de humanidad. La

comunidad eclesial está llamada a apoyar entornos que integren la fe y la cultura, respeten la dignidad de todos y dialoguen con la sociedad. El documento advierte contra cualquier reducción de la educación a una formación funcional o a un instrumento económico: una persona no es un «perfil de competencias», no se reduce a un algoritmo predecible, sino que es un rostro, una historia, una vocación.

La formación cristiana abarca a toda la persona: espiritual, intelectual, afectiva, social, corporal. No opone lo manual y lo teórico, la ciencia y el humanismo, la técnica y la conciencia; pide, en cambio, que la profesionalidad esté impregnada de ética, y que la ética no sea una palabra abstracta, sino una práctica cotidiana. La educación no mide su valor solo en función de la eficiencia: lo mide en función de la dignidad, la justicia y la capacidad de servir al bien común. Esta visión antropológica integral debe seguir siendo el eje central de la pedagogía católica. Ella, siguiendo el pensamiento de san John Henry Newman, se opone a un enfoque puramente mercantilista que a menudo obliga hoy en día a medir la educación en términos de funcionalidad y utilidad práctica [11].

Estos principios no son recuerdos del pasado. Son estrellas fijas. Dicen que la verdad se busca juntos; que la libertad no es capricho, sino respuesta; que la autoridad no es dominio, sino servicio. En el contexto educativo, no se debe «alzarse la bandera de la posesión de la verdad, ni en el análisis de los problemas, ni en su resolución» [12]. En cambio, «es más importante saber acercarse que dar una respuesta apresurada sobre por qué ha sucedido algo o cómo superarlo. El objetivo es aprender a afrontar los problemas, que siempre son diferentes, porque cada generación es nueva, con nuevos retos, nuevos sueños, nuevas preguntas» [13]. La educación católica tiene la tarea de reconstruir la confianza en un mundo marcado por los conflictos y los miedos, recordando que somos hijos y no huérfanos: de esta conciencia nace la fraternidad.

La centralidad de la persona

Poner a la persona en el centro significa educar en la mirada larga de Abraham (*Génesis* 15,5): hacerles descubrir el sentido de la vida, la dignidad inalienable, la responsabilidad hacia los demás. La educación no es solo transmisión de contenidos, sino aprendizaje de virtudes. Se forman ciudadanos capaces de servir y creyentes capaces de dar testimonio, hombres y mujeres más libres, que ya no están solos. Y la formación no se improvisa. Recuerdo con agrado los años que pasé en la querida Diócesis de Chiclayo, visitando la Universidad Católica San Toribio de Mogrovejo, las oportunidades que tuve de dirigirme a la comunidad académica,

diciendo: «No se nace profesionales; cada trayectoria universitaria se construye paso a paso, libro a libro, año tras año, sacrificio tras sacrificio» [14].

La escuela católica es un ambiente en el que se entrelazan la fe, la cultura y la vida. No es simplemente una institución, sino un ambiente vivo en el que la visión cristiana impregna cada disciplina y cada interacción. Los educadores están llamados a una responsabilidad que va más allá del contrato de trabajo: su testimonio vale tanto como su lección. Por eso, la formación de los maestros —científica, pedagógica, cultural y espiritual— es decisiva. Al compartir la misión educativa común, también es necesario un camino de formación común, «inicial y permanente, capaz de captar los retos educativos del momento presente y de proporcionar los instrumentos más eficaces para afrontarlos [...]. Esto implica en los educadores una disponibilidad para el aprendizaje y el desarrollo de los conocimientos, para la renovación y actualización de las metodologías, pero también para la formación espiritual, religiosa y el compartir» [15]. Y no bastan las actualizaciones técnicas: es necesario custodiar un corazón que escucha, una mirada que anima, una inteligencia que discierne.

La familia sigue siendo el primer lugar educativo. Las escuelas católicas colaboran con los padres, no los sustituyen, porque «el deber de la educación, sobre todo religiosa, les corresponde a ustedes antes que a nadie» [16]. La alianza educativa requiere intencionalidad, escucha y corresponsabilidad. Se construye con procesos, instrumentos y verificaciones compartidas. Es un esfuerzo y una bendición: cuando funciona, suscita confianza; cuando falta, todo se vuelve más frágil.

Identidad y subsidiariedad

Ya la *Gravissimum educationis* reconocía la gran importancia del principio de subsidiariedad y el hecho de que las circunstancias varían según los diferentes contextos eclesiales locales. Sin embargo, el Concilio Vaticano II articuló el derecho a la educación y sus principios fundamentales como universalmente válidos. Destacó las responsabilidades que recaen tanto en los propios padres como en el Estado. Consideró un «derecho sagrado» la oferta de una formación que permitiera a los estudiantes «evaluar los valores morales con recta conciencia» [17] y pidió a las autoridades civiles que respetaran ese derecho. Además, advirtió contra la subordinación de la educación al mercado laboral y a la lógica, a menudo férrea e inhumana, de las finanzas.

La educación cristiana se presenta como una coreografía. Dirigiéndose a los universitarios en la Jornada Mundial de la Juventud de Lisboa, mi difunto pre-

decesor, el papa Francisco, dijo: «Sean protagonistas de una nueva coreografía que ponga en el centro a la persona humana; sean coreógrafos de la danza de la vida» [18]. Formar a la persona «en su totalidad» significa evitar compartimentos estancos. La fe, cuando es verdadera, no es una «materia» añadida, sino el aliento que oxigena todas las demás materias. Así, la educación católica se convierte en levadura en la comunidad humana: genera reciprocidad, supera los reduccionismos, abre a la responsabilidad social. La tarea hoy es atreverse con un humanismo integral que habite las preguntas de nuestro tiempo sin perder la fuente.

La contemplación de la Creación

La antropología cristiana es la base de un estilo educativo que promueve el respeto, el acompañamiento personalizado, el discernimiento y el desarrollo de todas las dimensiones humanas. Entre ellas, no es secundaria una inspiración espiritual, que se realiza y se fortalece también a través de la contemplación de la Creación. Este aspecto no es nuevo en la tradición filosófica y teológica cristiana, donde el estudio de la naturaleza tenía también como propósito demostrar las huellas de Dios (*vestigia Dei*) en nuestro mundo. En las *Collationes in Hexaemeron*, san Buenaventura de Bagnoregio escribe que «el mundo entero es una sombra, un sendero, una huella». Es el libro escrito desde fuera (*Ez* 2,9], porque en cada criatura hay un reflejo del modelo divino, pero mezclado con la oscuridad. El mundo es, por tanto, un camino similar a la opacidad mezclada con la luz; en ese sentido, es un camino. Así como un rayo de luz que penetra por una ventana se colorea según los diferentes colores de las diferentes partes del vidrio, el rayo divino se refleja de manera diferente en cada criatura y adquiere propiedades diferentes» [19]. Esto también se aplica a la plasticidad de la enseñanza calibrada en función de los diferentes caracteres que, en cualquier caso, convergen en la belleza de la Creación y en su salvaguarda. Y requiere proyectos educativos «interdisciplinarios y transdisciplinarios ejercidos como sabiduría y creatividad» [20].

Olvidar nuestra humanidad común ha generado fracturas y violencia; y cuando la tierra sufre, los pobres sufren más. La educación católica no puede callar: debe unir la justicia social y la justicia ambiental, promover la sobriedad y los estilos de vida sostenibles, formar conciencias capaces de elegir no solo lo conveniente, sino lo justo. Cada pequeño gesto —evitar el desperdicio, elegir con responsabilidad, defender el bien común— es alfabetización cultural y moral.

La responsabilidad ecológica no se agota en datos técnicos. Estos son necesarios, pero no suficientes. Se necesita una educación que involucre la mente, el

corazón y las manos; nuevos hábitos, estilos comunitarios, prácticas virtuosas. La paz no es ausencia de conflicto: es fuerza mansa que rechaza la violencia. Una educación para la paz «desarmada y desarmante» [21] enseña a deponer las armas de la palabra agresiva y de la mirada que juzga, para aprender el lenguaje de la misericordia y de la justicia reconciliada.

Una constelación educativa

Hablo de «constelación» porque el mundo educativo católico es una red viva y plural: escuelas parroquiales y colegios, universidades e institutos superiores, centros de formación profesional, movimientos, plataformas digitales, iniciativas de *aprendizaje-servicio* y pastorales escolares, universitarias y culturales. Cada «estrella» tiene su propio brillo, pero todas juntas trazan una ruta. Donde en el pasado hubo rivalidad, hoy pedimos a las instituciones que converjan: la unidad es nuestra fuerza más profética.

Las diferencias metodológicas y estructurales no son lastres, sino recursos. La pluralidad de carismas, si se coordina bien, compone un cuadro coherente y fecundo. En un mundo interconectado, el juego se desarrolla en dos tableros: el local y el global. Se necesitan intercambios de profesores y estudiantes, proyectos comunes entre continentes, reconocimiento mutuo de buenas prácticas, cooperación misionera y académica. El futuro nos obliga a aprender a colaborar más, a crecer juntos.

Las constelaciones reflejan sus propias luces en un universo infinito. Como en un caleidoscopio, sus colores se entrelazan creando nuevas variaciones cromáticas. Lo mismo ocurre en el ámbito de las instituciones educativas católicas, que están abiertas al encuentro y a la escucha de la sociedad civil, de las autoridades políticas y administrativas, así como de los representantes de los sectores productivos y de las categorías laborales. Se les invita a colaborar aún más activamente con ellas con el fin de compartir y mejorar los itinerarios educativos, para que la teoría se sustente en la experiencia y la práctica. La historia enseña, además, que nuestras instituciones acogen a estudiantes y familias no creyentes o de otras religiones, pero deseosos de una educación verdaderamente humana. Por esta razón, como ya ocurre en la realidad, se deben seguir promoviendo comunidades educativas participativas, en las que laicos, religiosos, familias y estudiantes compartan la responsabilidad de la misión educativa junto con las instituciones públicas y privadas.

Navegando por nuevos espacios

Hace sesenta años, la *Gravissimum educationis* abrió una etapa de confianza: animó a actualizar métodos y lenguajes. Hoy en día, esta confianza se mide con el entorno digital. Las tecnologías deben servir a la persona, no sustituirla; deben enriquecer el proceso de aprendizaje, no empobrecer las relaciones y las comunidades. Una universidad y una escuela católica sin visión corren el riesgo de caer en un "eficientismo" sin alma, en la estandarización del conocimiento, que se convierte entonces en empobrecimiento espiritual.

Para habitar estos espacios se necesita creatividad pastoral: reforzar la formación de los docentes también en el ámbito digital; valorizar la didáctica activa; promover el *aprendizaje-servicio* y la ciudadanía responsable; evitar toda tecnofobia. Nuestra actitud hacia la tecnología nunca puede ser hostil, porque «el progreso tecnológico forma parte del plan de Dios para la creación» [22]. Pero exige discernimiento en el diseño didáctico, la evaluación, las plataformas, la protección de datos y el acceso equitativo. En cualquier caso, ningún algoritmo podrá sustituir lo que hace humana a la educación: la poesía, la ironía, el amor, el arte, la imaginación, la alegría del descubrimiento e incluso la educación en el error como oportunidad de crecimiento.

El punto clave no es la tecnología, sino el uso que hacemos de ella. La inteligencia artificial y los entornos digitales deben orientarse a la protección de la dignidad, la justicia y el trabajo; deben regirse por criterios de ética pública y participación; deben ir acompañados de una reflexión teológica y filosófica a la altura. Las universidades católicas tienen una tarea decisiva: ofrecer «diaconía de la cultura», menos cátedras y más mesas donde sentarse juntos, sin jerarquías innecesarias, para tocar las heridas de la historia y buscar, en el Espíritu, sabidurías que nacen de la vida de los pueblos.

La estrella polar del Pacto Educativo

Entre las estrellas que orientan el camino se encuentra el *Pacto Educativo Global*. Con gratitud recojo esta herencia profética que nos ha confiado el Papa Francisco. Es una invitación a formar una alianza y una red para educar en la fraternidad universal.

Sus siete caminos siguen siendo nuestra base: poner a la persona en el centro; escuchar a los niños y jóvenes; promover la dignidad y la plena participación de las mujeres; reconocer a la familia como primera educadora; abrirse a la acogida y

la inclusión; renovar la economía y la política al servicio del ser humano; cuidar la casa común. Estas «estrellas» han inspirado a escuelas, universidades y comunidades educativas en todo el mundo, generando procesos concretos de humanización.

Sesenta años después de la *Gravissimum educationis* y cinco años después del Pacto, la historia nos interpela con nueva urgencia. Los rápidos y profundos cambios exponen a los niños, adolescentes y jóvenes a fragilidades inéditas. No basta con conservar: es necesario relanzar. Pido a todas las realidades educativas que inauguren una etapa que hable al corazón de las nuevas generaciones, recomponiendo el conocimiento y el sentido, la competencia y la responsabilidad, la fe y la vida. El Pacto forma parte de una Constelación Educativa Global más amplia: carismas e instituciones, aunque diferentes, forman un diseño unitario y luminoso que orienta los pasos en la oscuridad del tiempo presente.

A las siete vías añado tres prioridades. La primera se refiere a la vida interior: los jóvenes piden profundidad; necesitan espacios de silencio, discernimiento, diálogo con la conciencia y con Dios. La segunda se refiere a lo digital humano: formemos en el uso sabio de las tecnologías y la IA, colocando a la persona antes que el algoritmo y armonizando las inteligencias técnica, emocional, social, espiritual y ecológica. La tercera se refiere a la paz desarmada y desarmante: educamos en lenguajes no violentos, en la reconciliación, en puentes y no en muros; «Bienaventurados los pacificadores» (*Mt* 5,9) se convierte en método y contenido del aprendizaje.

Somos conscientes de que la red educativa católica posee una capilaridad única. Se trata de una constelación que llega a todos los continentes, con una presencia particular en las zonas con bajos ingresos: una promesa concreta de movilidad educativa y de justicia social [23]. Esta constelación exige calidad y valentía: calidad en la planificación pedagógica, en la formación de los docentes, en la gobernanza; valentía para garantizar el acceso a los más pobres, para apoyar a las familias frágiles, para promover becas y políticas inclusivas. La gratuidad evangélica no es retórica: es un estilo de relación, un método y un objetivo. Allí donde el acceso a la educación sigue siendo un privilegio, la Iglesia debe abrir puertas e inventar caminos, porque «perder a los pobres» equivale a perder la escuela misma. Esto también se aplica a la universidad: la mirada inclusiva y el cuidado del corazón salvan de la estandarización; el espíritu de servicio reaviva la imaginación y reaviva el amor.

Nuevos mapas de esperanza

En el sexagésimo aniversario de la *Gravissimum educationis*, la Iglesia celebra una fecunda historia educativa, pero también se enfrenta a la necesidad imperiosa de actualizar sus propuestas a la luz de los signos de los tiempos. Las *constelaciones educativas* católicas son una imagen inspiradora de cómo la tradición y el futuro pueden entrelazarse sin contradicciones: una tradición viva que se extiende hacia nuevas formas de presencia y servicio. Las constelaciones no se reducen a concatenaciones neutras y aplanadas de las diferentes experiencias. En lugar de cadenas, nos atrevemos a pensar en las constelaciones, en su entrelazamiento lleno de maravilla y despertares. En ellas reside esa capacidad de navegar entre los desafíos con esperanza, pero también con una revisión valiente, sin perder la fidelidad al Evangelio. Somos conscientes de las dificultades: la hiperdigitalización puede fragmentar la atención; la crisis de las relaciones puede herir la psique; la inseguridad social y las desigualdades pueden apagar el deseo. Sin embargo, precisamente aquí, la educación católica puede ser un faro: no un refugio nostálgico, sino un laboratorio de discernimiento, innovación pedagógica y testimonio profético. Diseñar nuevos mapas de esperanza: esta es la urgencia del mandato.

Les pido a las comunidades educativas: desarmen las palabras, levanten la mirada, custodien el corazón. Desarmen las palabras, porque la educación no avanza con la polémica, sino con la mansedumbre que escucha. Levanten la mirada. Como Dios le dijo a Abraham: «Mira al cielo y cuenta las estrellas» (*Génesis* 15,5): sepan preguntarse adónde van y por qué. Custodien el corazón: la relación está antes que la opinión, la persona antes que el programa. No desperdicien el tiempo y las oportunidades:

> «citando una expresión agustiniana: nuestro presente es una intuición, un tiempo que vivimos y del que debemos aprovechar antes de que se nos escape de las manos» [24]. En conclusión, queridos hermanos y hermanas, hago mía la exhortación del apóstol Pablo: «Deben brillar como estrellas en el mundo, manteniendo en alto la palabra de la vida» (Fil 2,15-16).

Encomiendo este camino a la Virgen María, Sedes Sapientiae, y a todos los santos educadores. Pido a los pastores, a los consagrados, a los laicos, a los responsables de las instituciones, a los maestros y a los estudiantes: sean servidores del mundo educativo, coreógrafos de la esperanza, investigadores incansables de la sabiduría, artífices creíbles de expresiones de belleza. Menos etiquetas, más historias; menos contraposiciones estériles, más sinfonía en el Espíritu. Entonces nuestra constelación no solo brillará, sino que orientará: hacia la verdad que libera

(cf. *Jn* 8, 32), hacia la fraternidad que consolida la justicia (cf. *Mt* 23, 8), hacia la esperanza que no defrauda (cf. *Rm* 5, 5).

REFERENCIAS

[1] LEÓN XIV, Exhortación Apostólica *Dilexi te* (4 de octubre de 2025), n. 68.

[2] Cf. JUAN XXIII, Carta encíclica *Mater et Magistra* (15 de mayo de 1961).

[3] JUAN PABLO II, Constitución Apostólica *Ex corde Ecclesiae* (15 de agosto de 1990), n. 1.

[4] LEÓN XIV, Exhortación *Apostólica Dilexi te* (4 de octubre de 2025), n. 69.

[5] LEÓN XIV, Exhortación *Apostólica Dilexi te* (4 de octubre de 2025), n. 70.

[6] LEÓN XIV, Exhortación *Apostólica Dilexi te* (4 de octubre de 2025), n. 72.

[7] CONGREGACIÓN PARA LA EDUCACIÓN CATÓLICA, Instrucción *«La identidad de la escuela católica para una cultura deldiálogo»* (25 de enero de 2022), n. 32.

[8] JOHN HENRY NEWMAN, *La idea de la Universidad* (2005), p. 76.

[9] Cf. CONGREGACIÓN PARA LA EDUCACIÓN CATÓLICA, *Instrumentum laboris Educar hoy y mañana. Una pasión que serenueva* (7 de abril de 2014), Introducción.

[10] S.E. Mons. ROBERT F. PREVOST, O.S.A., *Homilía en la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo* (2018).

[11] Véase JOHN HENRY NEWMAN, *Escritos sobre la Universidad* (2001).

[12] LEÓN XIV, *Audiencia a los miembros de la Fundación Centesimus Annus Pro Pontifice* (17 de mayo de 2025).

[13] Ibidem.

[14] S.E. Mons. ROBERT F. PREVOST, O.S.A., *Homilía en la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo* (2018).

[15] CONGREGACIÓN PARA LA EDUCACIÓN CATÓLICA, *Carta circular Educar juntos en la escuela católica* (8 de septiembre de2007), n. 20.

[16] CONCILIO ECUMÉNICO VATICANO II, *Constitución pastoral sobre la Iglesia en el mundo contemporáneo, Gaudium et spes* (29de junio de 1966), n. 48.

[17] CONCILIO ECUMÉNICO VATICANO II, *Declaración Gravissimum educationis* (28 de octubre de 1965), n. 1.

[18] PAPA FRANCISCO, *Discurso a los jóvenes universitarios con motivo de la Jornada Mundial de la Juventud* (3 de agosto de2023).

[19] SAN BONAVENTURA DE BAGNOREGIO, *Collationes in Hexaemeron*, XII, en Opera Omnia (ed. Peltier), Vivès, París, t. IX (1867),pp. 87-88.

[20] PAPA FRANCISCO, *Constitución Apostólica Veritatis gaudium*(8 de diciembre de 2017), n. 4c.

[21] LEÓN XIV, *Saludo desde la Logia central de la Basílica de San Pedro tras la elección* (8 de mayo de 2025).

[22] DICASTÉRIO PARA LA DOCTRINA DE LA FE Y DICASTÉRIO PARA LA CULTURA Y LA EDUCACIÓN, *Nota Antiqua et nova* (28de enero de 2025), n. 117.

[23] Cf. *Anuario Estadístico de la Iglesia* (actualizado al 31 de diciembre de 2022).

[24] S.E. Mons. ROBERT F. PREVOST, O.S.A., *Mensaje a la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo con motivo del XVIIIaniversario de su fundación* (2016).

MENSAJE DE SU SANTIDAD EL PAPA LEÓN XIV A LOS PARTICIPANTES EN EL CONGRESO INTERNACIONAL DE LA ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA

"IA Y MEDICINA: EL DESAFÍO DE LA DIGNIDAD HUMANA"

Papa León XIV

10 al 12 de noviembre de 2025

Extiendo mis cordiales saludos, acompañados de mi oración, a todos los que participan en el Congreso Internacional titulado "IA y Medicina: el desafío de la dignidad humana". En particular, deseo expresar mi gratitud y reconocimiento por el tema que han elegido considerar. La revolución digital está desempeñando un papel central en la configuración de lo que el Papa Francisco ha denominado un "cambio de época". Nos encontramos actualmente ante un tiempo de nuevos avances tecnológicos que, en ciertos aspectos, es comparable a la Revolución Industrial, aunque resulta aún más abarcador. Este influye profundamente en nuestra manera de pensar, modificando nuestra comprensión de las situaciones y la forma en que nos percibimos a nosotros mismos y a los demás. Hoy interactuamos con las máquinas como si fueran interlocutores, llegando casi a convertirnos en una extensión de ellas. En este sentido, no solo corremos el riesgo de perder de vista los rostros de las personas que nos rodean, sino también de olvidar cómo reconocer y valorar todo aquello que es auténticamente humano.

No cabe duda de que el desarrollo tecnológico ha aportado, y continúa aportando, beneficios significativos a la humanidad, particularmente en los campos de la medicina y la salud. Para garantizar un progreso auténtico, es imprescindible que la dignidad humana y el bien común permanezcan como prioridades firmes para todos, tanto para los individuos como para las entidades públicas. Resulta

fácil reconocer el potencial destructivo de la tecnología e incluso de la investigación médica cuando son puestas al servicio de ideologías antihumanas. En este sentido, los acontecimientos históricos constituyen una advertencia: los instrumentos de los que disponemos hoy son aún más poderosos y pueden producir efectos todavía más devastadores en la vida de las personas y de los pueblos. Sin embargo, si son orientados y puestos al verdadero servicio de la persona humana, estos efectos pueden también ser transformadores y beneficiosos.

Desde esta perspectiva, considero de gran relevancia su dedicación a explorar el potencial de la Inteligencia Artificial (IA) en la medicina. La fragilidad de la condición humana se manifiesta con frecuencia en el ámbito médico, pero nunca debemos olvidar la "dignidad ontológica que pertenece a la persona en cuanto tal, simplemente por existir y por ser querida, creada y amada por Dios" (Declaración *Dignitas Infinita*, 7). Precisamente por ello, "los profesionales de la salud tienen la vocación y la responsabilidad de ser custodios y servidores de la vida humana", especialmente en sus etapas más vulnerables (Nota *Antiqua et Nova*, 71). Lo mismo puede afirmarse de quienes tienen la responsabilidad en el uso de la IA en este ámbito. En efecto, cuanto mayor es la fragilidad de la vida humana, tanto mayor es la nobleza exigida a quienes han sido confiados a su cuidado.

El objetivo de brindar atención a las personas pone de relieve el carácter insustituible de las relaciones humanas en este contexto. El profesionalismo médico, en efecto, exige no solo la competencia técnica específica necesaria, sino también la capacidad de comunicar y de estar cercano a los demás. Nunca puede reducirse simplemente a la resolución de un problema. De igual modo, los dispositivos tecnológicos no deben en ningún caso menoscabar la relación personal entre pacientes y profesionales de la salud. Antes bien, si la IA ha de estar al servicio de la dignidad humana y de una atención sanitaria eficaz, es necesario asegurar que contribuya verdaderamente a fortalecer tanto las relaciones interpersonales como la calidad del cuidado brindado.

Dada la magnitud de los intereses económicos que con frecuencia están en juego en los ámbitos de la medicina y la tecnología, así como las consiguientes disputas por su control, resulta esencial promover una amplia colaboración entre todos aquellos que trabajan en el ámbito sanitario y en la política, que trascienda ampliamente las fronteras nacionales. Por esta razón, me complace saber que en su Conferencia participan ponentes provenientes de distintos continentes y contextos.

Con estos sentimientos, queridos amigos, les aseguro mis oraciones para que este Congreso dé abundantes frutos para ustedes, sus colegas y las numerosas personas que se beneficiarán de su competente y generoso compromiso. Les agradezco a todos y les imparto, a ustedes y a sus familias, la Bendición de Dios todopoderoso.

DISCURSO DEL SANTO PADRE LEÓN XIV A LOS PARTICIPANTES EN EL SEMINARIO DE ÉTICA EN EL GERENCIAMIENTO DE LA SALUD

Papa León XIV

17 de noviembre de 2025

En el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo. La paz esté con ustedes.

Muchas gracias. Bienvenidos a todos. Saludo a Mons. Bochatey, Director de este Seminario de Ética en el Gerenciamiento de Salud, y a todos los participantes en dicho Seminario que han querido encontrarse, bajo los auspicios de la Pontificia Academia para la Vida, para dialogar sobre la ética en salud, la inteligencia artificial y las innovaciones tecnológicas y digitales.

Con todo, al acercarse a las tumbas de los apóstoles Pedro y Pablo en el marco de este año de Jubileo, su encuentro no tiene sólo un valor formativo, sino que se convierte en una peregrinación, en la cual, la reflexión sobre el valor ético de nuestras propuestas se convierte en una hermosa etapa del camino que como sociedad y como Iglesia estamos llamados a recorrer. Hoy la Iglesia losacoge como peregrinos de esperanza, considerando valiosos sus distintos enfoques, competencias y propósitos, para entablar un diálogo de vida y acción en la tarea común del cuidado del enfermo.

Muchos son los aspectos interesantes que se desgranan de los temas que van a afrontar, tal vez demasiados para abordarlosjuntos en este breve saludo, sin embargo, me permito evidenciar un concepto que me parece los acomuna. Me refiero a laposibilidad de un sesgo, de la introducción de una condición, una premisa, una nota que falsea, tronca, excluye de formafraudulenta la percepción

que tenemos de la realidad de la sociedad y del enfermo concreto, creando una situación de injusticiaen la gestión de los recursos necesarios para la recta administración de la salud.

Si como individuos y como sociedad estamos llamados a defender activamente la inequívoca dignidad de todo ser humano, entodas las etapas y facetas de su existencia, lamentablemente, ello no siempre es real. Instrumentos tan eficaces como lainteligencia artificial pueden ser manipulados, entrenados, orientados para que, por razones de oportunidad o interés, ya seaneconómicas, políticas o de otra índole, se genere ese sesgo a veces imperceptible en la información, en la gestión y en la maneraen la que nos presentamos o nos acercamos al otro.

Las personas entrarán así en una perversa manipulación que las clasificará en virtud de los tratamientos necesarios y su coste, lanaturaleza de sus enfermedades, convirtiéndolas en objetos, en datos, en estadísticas. La manera de evitarlo pienso que está encambiar nuestra mirada, en percibir el valor del bien con una visión amplia, de mirar, si me permiten, como mira Dios, para no quedarnos en el lucro inmediato, sino en lo que será mejor para todos, sabiendo ser pacientes, generosos y solidarios, creando lazos y tendiendo puentes, para trabajar en red, para optimizar los recursos, para que todos puedan sentirse protagonistas y beneficiarios del trabajo común.

Al mismo tiempo, Dios nos enseña que esa visión amplia nunca se debe desligar del trato humano, de la caricia, delreconocimiento de la persona concreta, en su fragilidad y en su dignidad. Es una visión profunda, una visión que llega al corazóndel otro y ensancha el nuestro. Estas dos visiones serán el mejor antídoto para que nuestras estructuras gestionales no pierdan devista lo importante: el bien que estamos llamados a custodiar. Que el Señor nos ayude a ser fieles en este servicio.