

VIDA Y ÉTICA

Publicación semestral del Instituto de Bioética

- **PROCESO DE TOMA DE DECISIONES EN LA TRANSICIÓN AL CUIDADO HOSPICE. HOSPITALIDAD COMPASIVA EN EL FINAL DE LA VIDA.**
- **¿QUÉ ES EL HOMBRE? LA RESPUESTA ANTROPOLÓGICA DE PETER SINGER**
- **CUANDO YA NO ES POSIBLE CURAR**
- **FRATELLI TUTTI: BIOÉTICA Y FRATERNIDAD UNIVERSAL**

ISSN 1515-6850



UCA

AÑO 23

Nº 1

JUNIO

2022

VIDA Y ÉTICA

A Ñ O 2 3

N ° 1

2 0 2 2

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

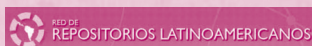
TELÉFONO / FAX
(+5411) 4338-0634

E-mail
bioetica@uca.edu.ar

Web
bioetica.uca.edu.ar

PERIODICIDAD
SEMESTRAL

INDEXADA EN



DIRECCIÓN Rubén O. Revello

**COORDINACIÓN
PERIODÍSTICA** Noelia M. Coedo

**DISEÑO
Y EDICIÓN** María Alejandra Ferrice

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

AÑO 2022

ISSN 1515-6850

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

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

SUMARIO

| | | |
|-----------------------------------|-----------------|--|
| ARTÍCULOS | pág. 09 | PROCESO DE TOMA DE DECISIONES EN LA TRANSICIÓN AL CUIDADO HOSPICE. HOSPITALIDAD COMPASIVA EN EL FINAL DE LA VIDA. <i>Dr. Cristian Viaggio; Lic. Lorena Patricia Etcheverry; Lic. Paula Regina Olaizola; Dra. Marisol Rodríguez Goñi</i> |
| | pág. 35 | ¿QUÉ ES EL HOMBRE? LA RESPUESTA ANTROPOLÓGICA DE PETER SINGER <i>Dr. Mg. Enrique Banti</i> |
| | pág. 57 | CUANDO YA NO ES POSIBLE CURAR <i>Mg. Lic. María de la Victoria Rosales</i> |
| | pág. 69 | FRATELLI TUTTI: BIOÉTICA Y FRATERNIDAD UNIVERSAL <i>Dra. María Elizabeth De los Ríos Uriarte</i> |
| OPINION Y COMENTARIOS | pág. 93 | UNA ESPIRITUALIDAD PARA LA VIDA- CARLO CASINI <i>Dra. Marina Casini</i> |
| DOSSIER | pág. 103 | ANÁLISIS PRELIMINAR DEL FALLO "DOBBS" DE LA SUPREMA CORTE DE LOS ESTADOS UNIDOS <i>Dr. Jorge Nicolás Lafferriere</i> |
| | pág. 111 | UNA MIRADA A DOBBS V. JACKSON WOMEN'S HEALTH ORGANIZATION <i>Mg. Dr. Leonardo L. Pucheta</i> |
| DOCUMENTOS NACIONALES | pág. 121 | HOMILÍA JORNADA DE ORACIÓN POR LA VIDA Monseñor Jorge Vázquez https://episcopado.org/ver/3256 |
| | pág. 125 | DÍA MUNDIAL DEL AMBIENTE |
| | pág. 127 | ENTREVISTA A LA DRA. GRACIELA MOYA <i>Encuentros lejanos, Fundación Jaime</i> |
| DOCUMENTOS INTERNACIONALES | pág. 133 | DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LOS PARTICIPANTES EN UN ENCUENTRO ORGANIZADO POR EL CONSORCIO INTERNACIONAL DE MEDIOS CATÓLICOS "CATHOLIC FACT-CHECKING" <i>Santo Padre Francisco</i> |
| | pág. 137 | MENSAJE DEL SANTO PADRE FRANCISCO PARA LA XXX JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO <i>Santo Padre Francisco</i> |
| | pág. 143 | POR UNA RESPUESTA CRISTIANA A LOS RETOS DE LA BIOÉTICA <i>Santo Padre Francisco</i> |
| | pág. 145 | DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LA LIGA ITALIANA PARA LA LUCHA CONTRA LOS TUMORES <i>Santo Padre Francisco</i> |
| | pág. 149 | DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LOS PARTICIPANTES EN UN CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE LA PROTECCIÓN DE LA BIODIVERSIDAD <i>Santo Padre Francisco</i> |
| | pág. 151 | MENSAJE DEL SECRETARIO GENERAL CON OCASIÓN DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA MADRE TIERRA <i>Naciones Unidas</i> |

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

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

Rector
Dr. Miguel Ángel Schiavone

Vicerrectores
Dra. María Clara Zamora
Pbro. Gustavo Boquín

Decano a cargo
Facultad de Ciencias Médicas
Mg. Dr. Lenin de Janon Quevedo

Director
Instituto de Bioética
Pbro. Lic. Rubén Revello

Coordinador
Instituto de Bioética
Mg. Dr. Gerardo Perazzo

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

In memoriam

+R.P. Domingo Basso, O.P. 1929-2014
+Edmund Pellegrino, MD, Ph. D. 1920-2013
+P. Dr. Angelo Serra, S.I. 1919-2012
+S.E. Card. Elio Sgreccia 1929-2019
+Dra. María Celestina Donadio Maggi de Gandolfi 1944-2020



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

VIDA Y ÉTICA COMITÉ EDITORIAL

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

Dr. Antonio Cabrera
Universidad Anáhuac, Mexico

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

Jorge José Ferrer, S. J., Th. D.
Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico

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

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

Rab. Dr. Fernando Fishel Szlajen
*Asociación Mutual Israelita Argentina,
Argentina*

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

COMITÉ CIENTÍFICO

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

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

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

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

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

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

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

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

EDITORIAL

Muy queridos lectores, es otra vez un placer poder ofrecerles un nuevo número de nuestra revista. Los tiempos se suceden rápidamente y los temas se van ampliando con el mismo vértigo. La bioética, si bien se centra en la vida humana y la medicina, no descuida los temas vinculados con la ecología y el medio ambiente, tema éste cada vez más preocupante y cuyos efectos negativos son crecientes en frecuencia y gravedad.

Nuestro Instituto ha querido dar relieve a cada una de éstos tópicos que conforman a nuestra ciencia, para lo cual ha creado **áreas específicas**, cada una de ellas a cargo de docentes que por su experiencia y preferencia han asumido el desarrollo de diversas actividades muy específicas y diversas, a fin de promover cada temática especial. Pretendemos con esta acción, que cada una de estas temáticas se vean reflejadas en diversos números y artículos de nuestra revista. Son ellas **Genética e inicio de vida**, a cargo de la Dra. Mg. Graciela Moya; **Inteligencia artificial y Gobernanza de datos en Salud**, a cargo de la Dra. María Isabel Íñigo Petralanda, **Ética en Investigación**, coordinada por el Mg. Dr. Gerardo Perazzo; **Ecología y Medio Ambiente**, que estará a cargo de la Mg. Dra. Silvia Birnbaum, **Neuroética y Salud Mental**, cuyos responsables serán el Dr. Carlos Castro y la Mg. Lic. María de la Victoria Rosales y **Final de Vida**, asumida por el Mg. Dr. Lenin de Janón Quevedo.

Vayamos al contenido de este número. En la sección de artículos hemos querido comenzar con un tema de meta-bioética desarrollado por el Dr. Banti: cuál es la antropología de un autor con mucho peso en la opinión pública como es Peter Singer. El autor de *Liberación animal, Derechos animales y obligaciones humanas, Práctica ética, Democracia y desobediencia civil*, ha ido filtrando su pensamiento hasta lograr en alguno ámbitos equipara los derechos humanos a los derechos animales, claro ejemplo de esto son los grupos animalistas radicalizados. Aquí el Dr. Banti, con gran precisión presenta el pensamiento de Singer y señala los criterios que considera cuestionables de ese sistema ético.

La Licenciada y Magister en bioética, María de la Victoria Rosales trata el tema del humanismo médico en el final de vida. Concentrará su artículo en el arte de cuidar. Ella rescata una condición médica tan esencial como olvidada: el cuidado del paciente ante el "fracaso terapéutico", la acción del médico en la etapa terminal de la vida y el necesario humanismo médico que se requiere del profesional.

El artículo de la Dra. María Elizabeth de los Ríos, de la universidad Anáhuac de México amplía este concepto antropológico del cuidado y lo hace analizando el texto oculto detrás de la encíclica "*Fratelli tutti*". La corresponsabilidad, la fraternidad universal, la dignidad humana presente en cada persona, son puestas de relieve con gran capacidad docente en

un texto al mismo tiempo profundo y esperanzador.

Quisimos, en este número rendir un homenaje a un miembro de la Pontificia Academia para la Vida, defensor de la dignidad humana y comprometido docente en temas de Bioética recientemente fallecido, el Dr. Carlo Cassini. Entendemos que quien mejor podía cumplir ésta misión era su hija, colaboradora y discípula de su pensamiento, su hija la Dra. Marina Cassini quien amablemente aceptó el desafío de concentrar en una pocas página la vida y obra de éste gran hombre.

Por estamos frente a un movimiento que pretende instalar la legalización de la eutanasia en Argentina y ya se van perfilando los grupos en favor y en contra de este tipo de prácticas. Es verdad que se ha avanzado en una legislación que instale definitivamente los cuidados paliativos en el sistema de Salud de Argentina, pero esto solo no basta para contener la agravante embestida contra la dignidad de la vida humana.

Como sucedió al momento de la cuestión del aborto, el diálogo se vuelve difícil porque quienes defienden la eutanasia, recurren a argumentos emotivistas y no a los cuestionamientos filosóficos-antropológicos-médicos, y caen en la paradoja de "matar por compasión" como si tal cosa fuese moralmente válida.

Esto fomenta la cultura de la muerte, cómo anticipó San Juan Pablo II en la *EVANGELIUM VITAE* o, en un lenguaje

más propio del Papa Francisco, la CULTURA DEL DESCARTE, donde las personas vulnerables son rápidamente dejadas de lado por la sociedad y abandonadas a su suerte. De allí, la vigencia de los documentos emanados durante el presente

pontificado que llaman constantemente a la fraternidad universal, (*FRATELLI TUTTI, SAMARITANUS BONUS*).

Espero que disfruten este número de nuestra revista.

PROCESO DE TOMA DE DECISIONES EN LA TRANSICIÓN AL CUIDADO HOSPICE HOSPITALIDAD COMPASIVA EN EL FINAL DE LA VIDA

Fecha de recepción: 31/08/2021
Fecha de aceptación: 20/09/2021

Dr. Cristian Viaggio
Lic. Lorena Patricia Etcheverry
Lic. Paula Regina Olaizola
Dra. Marisol Rodriguez Goñi

Contacto: viaggiocristian@gmail.com

- Dr. Cristian Viaggio Medico (UBA); Especialista en Oncología y Cuidados Paliativos; Magister en Ética Biomédica (UCA), Director Médico del Hospice Madre Teresa, Responsable a Cargo de Docencia e Investigación Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer.

Palabras clave

- Cuidados Paliativos
- Hospice
- Necesidades Paliativas
- Hospitalidad compasiva

Key words

- Palliative Care
- Hospice
- Palliative Needs
- Compassionate Hospitality

RESUMEN

El acceso a los Cuidados Paliativos y al Cuidado Hospice es muy restringido. La OMS señala que a nivel mundial sólo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben. La internación para el cuidado de fin de vida está indicada para pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles que no tienen acceso a un cuidado paliativo de calidad o cuando la complejidad clínica y los factores psicosociales superan la capacidad de manejo en el hogar. El Hospice Madre Teresa es una organización social, sin fines de lucro, que brinda hospedaje (internación) para el cuidado compasivo en el final de la vida. Debido a que el Cuidado Hospice es un recurso escaso y la demanda supera la capacidad asistencial de la institución se debe realizar un proceso de toma de decisiones, centrado en cada situación clínica y social, que permita un discernimiento prudente para la asignación de un recurso escaso de forma equitativa. Esta situación no está exenta de dilemas éticos debido a que todas las personas tienen el mismo derecho de recibirlo. En función de la evidencia científica y la experiencia clínica, social y ética proponemos un sistema de evaluación en tres fases para la asignación del cuidado hospice como bien escaso. En la primera fase, valoramos las características clínicas y las necesidades paliativas desde la pericia clínica y la evidencia científica. En la

ABSTRACT

Access to palliative and hospice care is very restricted. WHO reports that globally only 14% of people who need palliative care receive it. Hospice for end-of-life care is indicated for patients with Chronic Non-Communicable Diseases who do not have access to quality palliative care or when clinical complexity and psychosocial factors exceed the ability to manage at home. Mother Teresa Hospice is a social, non-profit organization that provides hospice (inpatient) housing for compassionate end-of-life care. Because hospice care is a scarce resource and demand exceeds the institution's capacity to provide care, a decision-making process, focused on each clinical and social situation, must be carried out to allow prudent discernment in allocating a scarce resource in an equitable manner. This situation is not free of ethical dilemmas, since everyone has the same right to receive it. Based on scientific evidence and clinical, social and ethical experience, we propose a three-phase evaluation system for the allocation of hospice care as a scarce good. In the first phase, we assess clinical characteristics and palliative needs based on clinical expertise and scientific evidence. In the second phase, we consider the assessment of palliative needs in the psychosocial dimension, and finally, in the third phase, we allocate the

segunda fase, consideramos la evaluación de las necesidades paliativas en la dimensión psicosocial, para finalmente, en la tercera fase, asignar el recurso de forma equitativa según la valoración de los principios y valores del personalismo ontológico y los recursos sanitarios disponibles para administrar un recurso escaso.

resource equitably according to the assessment of the principles and values of ontological personalism and the health resources available to manage a scarce resource.

1. INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENT) como aquellas de larga duración, incurables y de lenta progresión. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT, seguidas del cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes. Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT¹. La mayoría de pacientes con enfermedades crónicas deberán atravesar diferentes etapas evolutivas, cada una de ellas con sus propias necesidades y complejidades de cuidado. El CP se puede brindar durante todo el proceso de una enfermedad crónica hasta el fallecimiento, incluyendo también la etapa del duelo². En la actualidad, este paradigma es muy dinámico y está en una transición conceptual, tratando de responder a la pregunta sobre cuándo debe intervenir un equipo de cuidados paliativos en el desarrollo de una enfermedad crónica³. Nuestra intención en este artículo no es plantear la discusión sobre las competencias entre las diferentes especialidades médicas dedicadas a la asistencia del paciente crónico, sino plantear la necesidad de colaboración entre las especialidades intervinientes. La prioridad es lograr una asistencia médica de calidad, sinérgica, integrada y no fragmentada. En este orden de ideas, consideramos que

1 OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

2 MONOGRAFÍA SECPAL SOBRE CRONICIDAD AVANZADA, Sociedad Española de Cuidados Paliativos, año 2018. [en línea], disponible en: <<http://www.secpal.com/Documentos/Blog/Monografia%20Cronicidad.pdf>> [Consulta: 23 de febrero de 2021]

3 MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS: ASPECTOS GENERALES, Editores: Xavier Gómez Batiste; Carles Blay; Jordi Roca; Dulce Fontanals; Elsevier, España, 2015, pp. 7

los equipos o profesionales que asisten a los pacientes crónicos deberían realizar consultas apropiadas y oportunas a un equipo de cuidados paliativos cuando el paciente comienza a tener necesidades paliativas (NP). Luego los pacientes pueden continuar siendo asistidos y acompañados por los profesionales tratantes. Es evidente y muy recomendable que el acompañamiento y el cuidado, especialmente durante el proceso final de la enfermedad esté realizado por un equipo de cuidados paliativos porque se ha demostrado que contribuyen a mejorar la calidad del cuidado⁴.

El acceso a los Cuidados Paliativos es muy restringido. La OMS señala que, a nivel mundial, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben⁵. Esto es consecuencia de una compleja situación de desequilibrio sanitario, social y económico. El Hospice Madre Teresa (HMT), fundado en el año 2005, es una institución que aborda de forma solidaria esta realidad socio-sanitaria⁶. Desafortunadamente este tipo de cuidado compasivo, profesional, humanístico y de calidad también se ha transformado en un recurso escaso generando dilemas éticos al momento de asignarlo.

La evidencia científica ha demostrado que las personas, en la fase final de la enfermedad, presentan un alto impacto de sufrimiento debido a que sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales están poco satisfechas⁷. También, es cierto que, la medicalización excesiva en la fase final de la vida tampoco logra aliviar el sufrimiento de los enfermos. Es necesario brindarles un cuidado paliativo de calidad y personalizado que esté adecuado a su situación clínica, personal, familiar y social. Una asistencia paliativa temprana reduce los tratamientos desproporcionados, mejorando la racionalización de los recursos sanitarios, evitando las hospitalizaciones innecesarias. No obstante, cuando la enfermedad se encamina hacia su fin natural, las personas pueden fallecer institucionalizadas o con asis-

4 Ibidem.

5 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, [en línea], disponible en: < <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> > [Consulta: 23 de febrero de 2021]

6 El *Hospice Madre Teresa* (HMT) es una Asociación Civil sin fines de lucro y Entidad de Bien Público. Brinda *Cuidados Paliativos* de forma gratuita y solidaria a todas las personas, sin distinción de credo religioso, que padezcan una enfermedad progresiva e incurable como es el cáncer. El Hospice está ubicado en la ciudad de Luján, Provincia de Bs. As.

7 Cfr. CRISTIAN VIAGGIO, et. al., VIDA Y ÉTICA Año 18 / No 1 / junio de 2017, ¿DÓNDE MUEREN LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES PROGRESIVAS E INCURABLES QUE SE ENCUENTRAN EN LA FASE FINAL DE SU VIDA? EXPERIENCIA EN EL HOSPICE MADRE TERESA Y EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL SOMMER, pp. 9-29.

tencia en el hogar. La internación está indicada y es inevitable en un porcentaje de personas cuando no tienen acceso a un cuidado paliativo de calidad o cuando la complejidad clínica y los factores psicosociales superan la capacidad de manejo en el domicilio. La mayoría de estas internaciones se realizan en los hospitales y sanatorios, sabiendo que la mayoría de estas instituciones no cuentan con equipos de cuidados paliativos. Otra posibilidad es que las personas puedan fallecer en las Unidades Cuidados Paliativos⁸ y en los Hospices, pero estas modalidades no están disponibles en todos los sistemas de salud. Sin embargo, aún se necesitan más evidencias para comparar si hay diferencias significativas, en el cuidado de fin de vida, entre instituciones especializadas en CP y la atención domiciliaria⁹.

La demanda que recibe el HMT supera la capacidad asistencial que posee la institución para dar una respuesta adecuada. Por esta razón, para poder internar (hospedar) a los enfermos, se debe realizar un proceso de toma de decisiones que requiere de una minuciosa evaluación multiprofesional, centrada en cada situación clínica y social en particular, no exenta de dilemas éticos, para asignar el recurso de forma equitativa. Con el advenimiento de la pandemia de Covid-19, estas dificultades se han agravado y han generado un aumento en la demanda de CP y CH, haciendo que este recurso solidario y complementario dentro del sistema de salud local sea aún más escaso¹⁰. Es evidente, que frente a estas circunstancias, debemos asegurar un acceso equitativo al CH. Las dificultades se nos presentan con la limitada cantidad de camas que el sistema de salud, público y privado, poseen para los pacientes con necesidades paliativas. Como comunidad compasiva y asumiendo que el cuidado hospice es un bien escaso, debemos profundizar en el discernimiento médico, ético y social para poder gestionar de forma equitativa el cuidado hospice para quien más lo necesite. El equipo profesional que participa en la gestión de este proceso complejo, deben poseer conocimientos (saber), habilidades (saber hacer) y una competencia emocional que lo ayude a tomar

8 Unidad de cuidados paliativos es de una unidad de hospitalización específica de cuidados paliativos que puede ubicarse en hospitales de agudos.

9 Cfr. JORDI AMBLÀS, MODELO CONCEPTUAL: IDENTIFICACIÓN PRECOZ, DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA. MONOGRAFÍA SECPAL SOBRE CRONICIDAD AVANZADA, Sociedad Española de Cuidados Paliativos, año 2018. [en línea], disponible en: < <http://www.secpal.com/Documentos/Blog/Monografia%20Cronicidad.pdf> > [Consulta: 23 de febrero de 2021], p. 27.

10 OPS: "La pandemia por COVID-19 revela la creciente necesidad de servicios de cuidados paliativos", [en línea], disponible en: <<https://www.paho.org/es/noticias/14-10-2020-pandemia-por-covid-19-revela-creciente-necesidad-servicios-cuidados-paliativos>>, [Consulta: 10 de febrero 2021]

conciencia de sus propias emociones para poder discernir de forma prudente¹¹. El compromiso del equipo terapéutico no debe limitarse solo a la evaluación profesional, sino que debe brindar una asistencia humanística integral que brote del corazón, para que cada persona recibida experimente la dignidad humana como valor intrínseco esencial y trascendente¹².

En este artículo reflexionaremos sobre la complejidad clínica, antropológica, social y ética de la hospitalidad compasiva en el final de la vida. Intentaremos proponer, a partir del encuentro compasivo, fundado en la evidencia científica y la reflexión bioética, un proceso de toma de decisiones basado en tres fases, que nos ayude a gestionar de forma prudente el cuidado hospice como un bien escaso.

La entrevista de admisión, como instancia primordial en la transición al CH, se transforma, entonces, en un encuentro compasivo y en un proceso de toma de decisiones complejo, que debe implementar criterios flexibles y superar barreras administrativas para evitar generar más sufrimiento a la familia solicitante. En las entrevistas realizamos una evaluación personalizada, integral, y multidimensional, que nos permite considerar cada situación clínica en particular, a través de un espíritu fraterno.

2. HOSPITALIDAD COMPASIVA

La hospitalidad comienza cuando el cuidador principal o algún familiar de la persona enferma concurren al hospice para solicitar ayuda. Esta solicitud no consiste en un simple formalismo administrativo sino que adquiere las características de un encuentro compasivo. Sabemos que en esta primera instancia es muy difícil elaborar una propuesta de cuidado, no obstante, es necesario comenzar con un proceso de comunicación que permita aproximarnos al sufrimiento y a las necesidades de cada situación familiar.

Este proceso de escucha activa se debe desarrollar en un lugar adecuado y en el tiempo que requiera cada situación en particular, procurando un contexto de cordialidad, empatía, comprensión y paciencia que faciliten la comunicación.

11 Cfr. BERMEJO, JOSÉ CARLOS; MUÑOZ, CRISTINA, *Humanizar la gestión de calidad*, Ed. Sal Terrae, España, 2014, pp. 36-37.

12 Cfr. BENEDICTO XVI, *Carta Encíclica Deus Caritas Est*, Ciudad del Vaticano, 2005, n. 31 a.

Muchas veces, ese primer encuentro con el familiar que solicita ayuda al HMT es el único contacto que tendremos con el caso, por lo que es primordial ser muy metódicos ya que puede transformarse en la única y principal manifestación de amor y solidaridad hacia quienes se encuentran sufriendo¹³. Por consiguiente, la hospitalidad compasiva adquiere las características de un modelo profesional cuya formación ética y académica es imprescindible.

El proceso de comunicación nos conduce hacia un encuentro profundo y personal, introduciéndonos paulatinamente en la intimidad de la unidad de tratamiento (UT) paciente y familia. Este encuentro nos permite evaluar las necesidades paliativas (NP) según cada situación clínica y social y guiar la relación de ayuda.

La persona que solicita ayuda suele presentar mucha incertidumbre con respecto a la evolución natural de la enfermedad y también con relación al hospice, y puede verse invadida por diversas emociones y miedos según su experiencia, costumbres y creencias religiosas. Diferentes situaciones como la irreversibilidad de la enfermedad y el posible final de vida; la frustración por la incapacidad de cuidar de su ser querido; la preocupación por no saber cómo manejar la comunicación; y las diferentes reacciones emocionales (ansiedad, tristeza, culpa, vergüenza, impotencia, enojo y miedo), le generan al cuidador un gran impacto emocional. Nuestras palabras pueden llegar al corazón y tener un efecto compasivo sanador. La delicadeza y la paciencia que brotan de la caridad fraterna son virtudes que debemos cultivar para poder comprender cada situación clínica y familiar con mucha sabiduría, incluso ante exigencias que pueden ser desmedidas. Asimismo, la prudencia nos conducirá por un camino de discernimiento acerca de cuáles son las intervenciones más adecuadas para mejorar la calidad de vida.

En este marco, la empatía es condición necesaria para iniciar el encuentro compasivo pero no es suficiente. Debemos conmovernos y hacernos prójimo de la persona que sufre. Quien busca ayuda necesita de acciones concretas que lo puedan aliviar en su sufrimiento. La compasión nos ayuda a comprender los sentimientos, los defectos, las exigencias y también las contradicciones que expresan las personas con alto impacto de sufrimiento. En la compasión hay voluntad de hacer el bien a quien se encuentra sufriendo. Por consiguiente, esta experiencia profunda nos hace tomar conciencia del sufrimiento del otro, pero también, nos interpela sobre el verdadero sentido de la vida, de la muerte y del propio sufrimiento. El encuentro compasivo será pleno si logramos superar las simples rela-

13 Cfr. JUAN PABLO II, *Carta Encíclica Salvifici Doloris*, Ciudad del Vaticano, 1984, n.28.

ciones de conveniencia y así compartir bienes y recursos que no estén sujetos al esquema básico del intercambio comercial, como el que naturalmente propone el sistema clásico de usuarios y prestadores¹⁴. La hospitalidad guiada por la ética de la parábola del buen samaritano, nos enseña que no se puede pasar con desinterés ante el sufrimiento ajeno. Por esta razón cada miembro del hospice debe ser capaz de ese don de sí mismo para ser solidarios en el final de la vida¹⁵.

Finalmente, consideramos que la hospitalidad compasiva no es un modelo ético y profesional cerrado, sino todo lo contrario, está abierto a la originalidad de cada persona y su familia. Asimismo se puede enriquecer y complementar con otras visones y modelos de cuidados, en la medida que respeten la vida y la dignidad de la persona hasta su fin natural.

3. ANTROPOLOGÍA Y NECESIDADES PALIATIVAS

Una antropología de referencia es primordial y necesaria para desarrollar el cuidado paliativo. No se puede prescindir del estudio filosófico del hombre cuando tenemos que abordar la complejidad del ser humano, el sufrimiento y la muerte. La valoración de las necesidades paliativas, que realizan los diferentes equipos de cuidados paliativos, se desprende de una cosmovisión antropológica multidimensional pero sin una antropología definida. Preguntarse por la naturaleza y la esencia del hombre para determinar la finalidad de su existencia debería incorporarse como objeto de estudio en los cuidados paliativos. La esencia de la hospitalidad compasiva es humanizar el cuidado en el final de la vida integrando la dimensión técnico- científica con la dimensión ética y humanística de la persona enferma. Humanizar es reconocer la vulnerabilidad y las necesidades en la unidad de tratamiento: paciente-familia. Comprender las necesidades paliativas desde la antropología personalista ontológicamente fundada, nos permite profundizar en las múltiples dimensiones de la naturaleza humana para la comprensión de la persona que sufre.

Una necesidad paliativa es la autopercepción que tiene una persona de una carencia, en algunas de sus múltiples dimensiones. Las necesidades que el paciente y su familia presentan se expresan habitualmente como demandas o solicitudes. No es sencillo identificar cuáles de estas necesidades son prioritarias de atención

14 Cft. LUIGINO BRUNI Y ANOUK GREVIN, *La economía silenciosa*, Ciudad Nueva, 2017, pp. 238-240.

15 Cft. JUAN PABLO II, *Carta Encíclica Salvifici Doloris*, Ciudad del Vaticano, 1984, n.61.

paliativa, sobre todo, en el periodo final de la vida. Existen pocos criterios de identificación objetivos o herramientas validadas para apoyar a los profesionales de la salud a identificar las necesidades paliativas¹⁶. Por ello, es necesario que el equipo terapéutico o el profesional que realice la entrevista puedan acompañar a la unidad de tratamiento en el descubrimiento de lo que en verdad necesitan. Este proceso le permitirá adecuar sus expectativas a las posibilidades reales y le ayudará a que puedan aceptar sus necesidades con las limitaciones y pérdidas que ello significa¹⁷.

La antropología personalista ontológicamente fundada nos permite una mayor comprensión filosófica sobre la naturaleza del hombre y su forma de obrar en orden al fin último natural y sobrenatural. El hombre tiene un alma que es espiritual y es una unidad sustancial de cuerpo y espíritu. Esta unidad sustancial determina la naturaleza y esencia del hombre. El *personalismo ontológico* propone una ética del cuidado, centrado en el *ser persona* y basado en el "imperativo del amor al prójimo, que está grabado en la misma naturaleza del hombre"¹⁸. Considera al hombre como *espíritu encarnado*, es decir, como unidad sustancial, formado por la unión de dos co-principios, uno espiritual y otro corporal, con apertura hacia lo trascendente. La trascendencia está determinada por el alma espiritual, que es única en cada persona e inmortal, permitiéndole superar la finitud de su ser y de su existencia terrena. La búsqueda de la trascendencia, es una necesidad natural muy compleja del ser humano y está fundamentada desde lo ontológico y lo axiológico por la esencia y la naturaleza del ser persona. Si algo define el personalismo ontológico es su defensa a ultranza de la *vida* y la *dignidad* de la persona humana, haciendo clara referencia al orden moral con sus normas y valores que orientan al hombre hacia su fin último trascendente. La antropología es importante para comprender la vida física, psíquica y espiritual del hombre en su realidad existencial y el sufrimiento se manifestará conforme al dinamismo interno de esta unidad sustancial. La enfermedad puede comenzar en el cuerpo (respuesta fisioló-

16 RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES O CONDICIONES CRÓNICAS AVANZADAS Y PRONÓSTICO DE VIDA LIMITADO EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES: NECPAL CCOMS-ICO 3.1 (2017) La utilidad más relevante del NECPAL o de los instrumentos similares consiste en identificar precozmente a personas con necesidades de atención paliativa y pronóstico de vida relativamente limitado con el objetivo de mejorar activamente su atención y su calidad de vida, con una atención integral y centrada en la persona que responda a todas las necesidades y que combine una evaluación multidimensional.

17 Cfr. BERMEJO, JOSÉ CARLOS; MUÑOZ, CRISTINA, *Humanizar la gestión de calidad*, Ed. Sal Terrae, España, 2014, p. 43.

18 BENEDICTO XVI, *Deus...*, *Op. Cit.*, n.31.

gica), atravesar la dimensión psicológica (emociones y pensamientos) e integrarse en la dimensión espiritual: inteligencia y voluntad (respuesta espiritual). Las necesidades surgen de la carencia en las diferentes dimensiones de la persona: física, psíquica, social y están integradas a nivel moral y espiritual. Por eso, no debemos reducir las necesidades sólo a las carencias físicas o subjetivas, sino que, debemos ayudar a cada persona enferma y su familia a descubrir también esas necesidades no reconocidas. Estas necesidades están muy frecuentemente ocultas y son aquellas que no se presentan con una demanda explícita sino que, es identificada por el profesional o equipo asistencial. Asimismo, una vez pesquisadas las carencias, es necesario que el equipo profesional analice cuál es el significado que le dan, qué impacto tienen en la vida cotidiana y cómo piensan ellos sus posibles soluciones. Muchas veces, estas necesidades ocultas y potenciales están enraizadas en la espiritualidad y no son percibidas, pero sabemos que de ser satisfechas, podrían ayudarles a vivir activamente este proceso hacia un desarrollo más integral.

En este contexto complejo y multifactorial de las necesidades paliativas, también es importante diferenciar una necesidad paliativa fundamental de las preferencias o deseos. Los deseos no se configuran como verdaderas NP, pero también pueden demandar ser atendidos, generando tensiones o angustia tanto en la UT como en el equipo terapéutico. Las necesidades ocultas y las necesidades reconocidas generalmente no se las elige tener a modo de preferencias, sino que son situaciones o estados que no dependen de la elección de la persona. Son necesidades que no se pueden evitar tener y si no son debidamente satisfechas generan un perjuicio en la salud y la calidad de vida de la persona enferma. Los deseos una persona se da cuenta que los tiene porque se manifiestan de manera consciente, mientras que, una necesidad, es posible que no se haya dado cuenta que la tiene o incluso puede negar tenerla. Es decir, la satisfacción de las necesidades fundamentales y urgentes es el mínimo al que hay que atender para evitar un daño (*primun non nocere*), mientras que, las necesidades no urgentes pueden presentar límites para su satisfacción, sobre todo, cuando el recurso es escaso y hay que compartirlo con otros pacientes. Es imprescindible priorizar las necesidades para su satisfacción, en función de la urgencia y amenaza real o potencial que puedan generar para evitar un mayor sufrimiento en la persona enferma y su familia.

Otra valoración que nos ayuda a discernir la estrategia de cuidado es el concepto de complejidad en cuidados paliativos¹⁹. Es un concepto multifactorial que depende de un conjunto de elementos relacionados entre sí. Para poder evaluar la complejidad de cada situación clínica es indispensable haber realizado la EMD porque la complejidad estará determinada por diferentes elementos: a) elementos dependientes del paciente: antecedentes, situación clínica, situación psico-emocional, b) elementos dependientes de la organización sanitaria: acceso y disponibilidad de medicamentos, recursos materiales; c) elementos dependientes de la familia y el entorno: cuidadores, vivienda precarias, claudicación familiar²⁰. La evidencia hace referencia que alrededor del 60-65% de los pacientes que necesitan CP presentan mayor complejidad paliativa y requieren ser atendidos por equipos especializados en CP, Unidades de Cuidados Paliativos y Hospices²¹.

4. PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

La ética de la hospitalidad y el encuentro compasivo están guiados por un minucioso y complejo proceso de toma de decisiones cuyo objetivo es determinar la internación del paciente en el hospice. Este acto profesional debe integrar de forma virtuosa el conocimiento científico con la comprensión humanística para poder realizar la valoración clínica de cada paciente. El saber médico-profesional es un conjunto de conocimientos y habilidades específicos que se desarrollan a través del estudio, la experiencia clínica y la valoración ética de cada situación clínica. Esta valoración *médico-científica* y ética no es un proceso unilateral donde sólo intervienen el médico o equipo terapéutico bajo una visión médico hegemónica centrada en un modelo paternalista, sino que debe respetar la participación de diferentes disciplinas y el respeto por la *autonomía responsable* del enfermo.

Es importante ayudar a comprender al familiar o al cuidador principal la importancia de respetar el derecho que posee la persona enferma a *tomar sus propias decisiones*. Tomar decisiones sobre el paciente sin su consentimiento es no respetar sus derechos fundamentales. La hospitalidad compasiva debe estar fun-

19 MARTIN-ROSELLÓ ML, FERNÁNDEZ-LÓPEZ A, SANZ-AMORES R, GÓMEZ-GARCÍA R, VIDAL-ESPAÑA F, CIARRAMOS R. IDC-Pal (Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos), Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. Fundación CuDeca. [En línea], Accesible en: <<http://www.juntadeandalucia.es/salud/IDCPal> y <http://goo.gl/dVZh3l>>

20 Ibidem.

21 Ibidem.

dada en la ética del respeto por los derechos humanos. Respetar las decisiones del paciente, sus valores, sus creencias y considerar su vulnerabilidad hacen de la hospitalidad compasiva un testimonio de amor en el sufrimiento. El respeto por la *vida* y la *dignidad* de la persona enferma hasta su fin natural es un imperativo para un cuidado humanístico integral. No es ético internar en el hospice a una persona engañándola. El paciente debe saber que el HMT es un hogar de cuidado, una comunidad compasiva, donde no se realizan tratamientos para curar la enfermedad, sino que se brindan cuidados proporcionados para aliviar el sufrimiento y mejorar su calidad de vida, y aceptar la internación.

La *proporcionalidad* del cuidado compasivo integral consiste en establecer lo *adecuado* desde un punto de vista médico-técnico y ético para aliviar el sufrimiento. El cuidado compasivo será *proporcionado* en la medida que conserve la capacidad de lograr la finalidad específica de aliviar el sufrimiento y de satisfacer las necesidades paliativas esenciales. El cuidado compasivo debe respetar la escala de valores del enfermo y ser integral, personalizado, y planificado en el contexto general de su existencia. No debe generar daño y debe presentar una eficacia terapéutica que produzca un beneficio significativo para el paciente y su familia²². Ahora bien, no es simple lograr este cometido porque es difícil lograr visualizar los mínimos satisfactores, dado que, habitualmente, no existe una correspondencia directa entre necesidades y satisfactores. Un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades o una necesidad puede requerir diversos satisfactores para ser satisfecha. Estas relaciones pueden variar según el momento, el lugar y las circunstancias del paciente. Por ejemplo, un trastorno adaptativo puede generar una crisis de angustia en el paciente, quien a su vez la autopercebe y manifiesta como crisis de dolor físico. Esta situación va implicar no sólo controlar el dolor con analgésicos, sino también, abordar de forma integral las otras dimensiones de la persona²³. Es evidente que el vínculo de las necesidades con sus satisfactores podría no correlacionarse de forma directa, ya que un satisfactor puede contribuir simultáneamente al bienestar de diversas necesidades.

Para gestionar la hospitalidad compasiva en el final de la vida con eficacia y asignar el cuidado hospice con equidad, proponemos un modelo específico de actuación, basado en tres fases: una primera fase de evaluación clínica; seguida

22 Cfr. CALIPARI, Mauricio, *Curar y Hacerse Curar*, EDUCA, Buenos Aires, 2007, pp. 197 y 198.

23 MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS: ASPECTOS GENERALES, Editores: Xavier Gómez Batiste; Carles Blay; Jordi Roca; Dulce Fontanals; Elsevier, España, 2015, pp. 13.

de una segunda fase de valoración psico-social; para finalmente en la fase tres, asignar la internación y realizar una propuesta de cuidado compasivo.

5. MODELO DE ACTUACIÓN EN 3 FASES:

Este modelo está guiado por la evidencia científica, la experiencia asistencial, la valoración bioética y los recursos técnicos-profesionales disponibles en el Hospice²⁴. Es un evento dinámico y complejo²⁵ que busca establecer y mantener una relación terapéutica empática, de confianza y de respeto, para tomar decisiones compartidas con el paciente y su familia.

La evaluación clínica es integral, está enraizada en la antropología personalista ontológicamente fundada y centrada en las necesidades paliativas. Estas necesidades están interrelacionadas y conforman un sistema muy complejo.

Solamente por una cuestión didáctica abordaremos las fases por separado. En la primera fase desarrollaremos la valoración clínica y la evaluación de las NP que realiza el médico desde su pericia clínica y la evidencia científica. En la segunda fase, completaremos la evaluación multidimensional con la evaluación de las NP que realiza el área psicosocial, las principales dificultades que se presentan y las intervenciones que realiza el equipo interdisciplinario desde la evidencia científica. En la tercera fase, haremos el análisis ético para la asignación de la internación en el hospice, sabiendo que debemos administrar un recurso escaso.

1. PRIMERA FASE: EVALUACIÓN MÉDICA

El objetivo de esta primera fase es evaluar si realmente estamos frente a una persona con una enfermedad en su etapa final y determinar cuáles son las necesidades médicas y las dificultades que presentan para el cuidado en el hogar. Hospedar un paciente para su cuidado en el final de la vida implica te-

24 Cfr. JORDI AMBLÀS, MODELO CONCEPTUAL: IDENTIFICACIÓN PRECOZ, DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA. MONOGRAFÍA SECPAL SOBRE CRONICIDAD AVANZADA, Sociedad Española de Cuidados Paliativos, año 2018. [en línea], disponible en: <<http://www.secpal.com/Documentos/Blog/Monografia%20Cronicidad.pdf>> [Consulta: 23 de febrero de 2021], pp. 17-21

25 CAREY, C., CHANNING, T., BROADFOOT, K., TSANTES, A., MATLOCK, D., & KUTNER, J. Behavioral Sciences, *Designing Effective Interactions for Concordance around End-of-Life Care Decisions: Lessons from Hospice Admission Nurses*. JOURNAL LIST, BEHAVIORAL SCIENCES, Vol. 7 (2) junio 2017, pp.7-22. [En línea], Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5485452/> [Consulta: 23 de agosto 2021]

ner la certeza médica que estamos frente a una enfermedad en su fase final, porque todas las decisiones médicas y éticas que se tomen durante el cuidado hasta el fallecimiento dependerán de esta valoración. Una enfermedad en fase terminal se define como toda enfermedad crónica, progresiva e incurable que, habiéndose realizado los tratamientos específicos según la evidencia médica disponible, no tiene posibilidades razonables de revertir su evolución natural. Para poder aproximarnos a este diagnóstico es importante conocer bien la evolución de la enfermedad y analizar los parámetros pronósticos, específicamente validados para cada enfermedad, sobre el tiempo de supervivencia y la posibilidad de fallecer²⁶. Intentar establecer un pronóstico médico es importante para guiar el proceso de toma de decisiones. Nos permite brindar información adecuada al paciente y familiares para planificar el cuidado acorde a las necesidades del paciente-familia y según los recursos disponibles. En tal sentido, es conveniente que la información sea la adecuada para evitar la incertidumbre y las contradicciones que puedan presentarse debido a una comunicación deficiente o a un error en la evaluación clínica. Conocer el pronóstico y la irreversibilidad de la enfermedad también nos ayuda a evitar tratamientos desproporcionados y fútiles. Sin embargo, proponer un pronóstico de vida preciso es muy difícil. Los pronósticos sobre tiempo de supervivencia erróneos pueden tener consecuencias negativas tanto para el enfermo como para los familiares. La exactitud del pronóstico y la buena comunicación con el paciente influyen en el ejercicio de su autonomía para la toma de decisiones que mejoren su calidad de vida²⁷. Habitualmente, durante este proceso de toma de decisiones es necesario realizar repetidas valoraciones médicas que nos permitan una mayor precisión pronóstica. La estimación de supervivencia clínica realizada por los médicos es más exacta cuando es más cercana a la muerte del paciente, que las estimaciones por encima de los 6 meses. La Asociación Europea de Cuidados Paliativos recomienda la predicción clínica y su uso en conjunto con escalas de valoración funcional y datos bioquímicos²⁸. Según

26 CUIDADOS PALIATIVOS NO ONCOLÓGICOS: ENFERMEDAD TERMINAL Y FACTORES PRONÓSTICOS, SECPAL, Disponible en: <https://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-NO-ONCOLÓGICOS-ENFERMEDAD-TERMINAL-Y-FACTORES-PRONÓSTICOS>, [Consulta: realizada 5 de julio 2021]

27 MERCEDES FORCANO GARCÍA, NURIA QUILEZ SALAS, RAQUEL VIAL ESCOLANO, SOFÍA SOLSONA FERNÁNDEZ Y PALOMA GONZÁLEZ GARCÍA, *Predicción de supervivencia en el paciente con cáncer avanzado*, Medicina Paliativa, 2015; 22(3):106-116

28 ELENA ÁVILA, HELENA CARRETERO, PABLO SASTRE, JOSÉ CARLOS BERMEJO Y MARTA VILLACIEROS, *Análisis de concordancia entre el pronóstico vital esperado y la supervivencia real en una unidad de cuidados paliativos*, Medicina Paliativa, 2020; 27(2):114-120

la evidencia disponible, para una correcta evaluación pronóstica es importante considerar: a) el juicio clínico, aunque por sí solo tiene limitaciones; b) pedir una segunda opinión pronóstica a otro colega, porque a veces, la implicación afectiva y prolongada en el tiempo de la relación médico-paciente podría incrementar el error; c) la valoración del estado funcional a través del *Performance Status* (PS)²⁹; d) la evaluación de los síntomas y su relación con la predicción pronóstica: el deterioro cognitivo (delirium), anorexia-caquexia con pérdida mayor al 10% del peso corporal, disfagia y disnea han demostrado su relación con una esperanza de vida acortada³⁰; e) Los parámetros bioquímicos que han demostrado una relación con la supervivencia acortada han sido la leucocitosis, la linfopenia, la elevación de la proteína C reactiva, hiponatremia, e hipoalbuminemia. Considerando estas variables e instrumentos, los estudios demuestran diferentes grados de precisión en la concordancia entre el pronóstico vital esperado (PVE) y el tiempo real de supervivencia (TS). El pronóstico es más confiable cuando el fallecimiento se prevé que es más cercano (menor a 3 meses), cuando es realizado por especialistas en cuidados paliativos y es en pacientes oncológicos. Los pronósticos más largos, generalmente mayores a 6 meses y en pacientes no oncológicos son más inciertos³¹. Luego de realizada la valoración pronóstica de la enfermedad, el diagnóstico de las necesidades paliativas médicas –no psicosociales–, nos queda por analizar el nivel de complejidad paliativa al que nos enfrentamos para poder evaluar cuándo es necesaria la internación en el hospice. La institucionalización está indicada en un grupo determinado de personas, especialmente, cuando no tienen acceso a un cuidado paliativo de calidad en el hogar. Esto está determinado por la complejidad clínica y los factores psicosociales que superan la capacidad de manejo en su casa

29 Solo mencionaremos los más utilizados en el hospice para los pacientes oncológicos. *El Índice de Karnofsky* (KPS), el *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG), el *Palliative Performance Scale* (PPS) y el *Palliative prognostic* (PaP) score. La escala de KPS fue diseñada para evaluar la capacidad funcional y la autonomía de los pacientes con cáncer. La precisión de la valoración para predecir el pronóstico de vida cuando es menor a los 6 meses es del 84% y las puntuaciones inferiores a 50 se correlacionan con una supervivencia menor a 8 semanas. El (ECOG), medida de 0 a 5, desde actividad normal (0) a defunción (5). El PPS es muy útil para valorar la funcionalidad y el pronóstico porque utiliza la deambulación, nivel de actividad, ausencia de enfermedad, capacidad de autocuidado, ingesta oral y nivel de conciencia. El PaP, es una escala que evalúa la predicción clínica de supervivencia (CPS) a los 30 días, a través del KPS, anorexia, disnea, recuento leucocitario y porcentaje de linfocitos. En los pacientes geriátricos se le suma la valoración de las actividades de la vida diaria (Barthel e Índice de Katz).

30 *Ibidem*.

31 Cft. ELENA ÁVILA, HELENA CARRETERO, PABLO SASTRE¹, JOSÉ CARLOS BERMEJO Y MARTA VILLACIEROS, *Análisis de concordancia entre el pronóstico vital esperado y la supervivencia real en una unidad de cuidados paliativos*, *Medicina Paliativa*, 2020; 27(2):114-120.

y requieren de recursos avanzados y específicos de CP. Los elementos que determinan la complejidad médica están relacionados con los síntomas de difícil control y las urgencias en CP (delirium, disnea, hipercalcemia, riesgo de compresión medular, entre otros). Los síntomas, independientemente de su naturaleza o dimensión de pertenencia, pueden variar o cambiar con el tiempo, al igual que su tratamiento, razón por la que es preciso actualizar o reiterar la evaluación periódicamente a lo largo de todo el proceso de discernimiento si hace en varios días o semanas. Todos los síntomas deben valorarse en relación a su causa, su intensidad y su repercusión en la situación de bienestar de los pacientes. Otros motivos de internación pueden ser: el incumplimiento de los tratamientos indicados de forma ambulatoria, infecciones severas que requieren administración de antibiótico parenteral, alta demanda de cuidados de enfermería por úlceras, escaras y tumores sangrantes, falta de un equipo terapéutico que pueda asistir durante la agonía y el fallecimiento y la decisión fundada del paciente y su familia de no querer fallecer en su hogar³². Otra cuestión importante que debemos abordar y explorar en las entrevistas previas a la internación es el tema de la muerte. El cuidador o familiar a cargo debe aceptar que el fallecimiento ocurrirá en el hospice. Motivo por el cual se realizarán los tratamientos proporcionados para el alivio del sufrimiento, no se lo trasladará a una unidad de terapia intensiva y no se le realizará reanimación cordiorrespiratoria. Comprendemos que frente a esta situación de sufrimiento es primordial el cuidado compasivo y el respeto por las tradiciones culturales y religiosas de los fallecidos y sus familiares³³. También se les brinda asesoramiento sobre los trámites del sepelio. Todos estos factores deberán ser evaluados durante el proceso de toma de decisiones para la internación y asignación del cuidado hospice.

2. SEGUNDA FASE: VALORACIÓN PSICO-SOCIAL

Realizar una valoración desde una antropología personalista y considerar a la persona en todas sus dimensiones, implica contemplar aspectos que van más allá del estado de la enfermedad. Una evaluación integral debe considerar los aspectos antropológicos, cómo interactúan e influyen en la evolución de la enfermedad,

32 Cfr. VIAGGIO, CRISTIAN; MINATEL, MARIA DE LOS ANGELES; ETCHEVERRY, LORENA; TEDESCHI, VALERIA; ¿Dónde mueren las personas con enfermedades progresivas e incurables que se encuentran en la fase final de su vida? VIDA Y ÉTICA Año 18 / No 1 / junio de 2017, pp. 21-27.

33 Cft. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Infection prevention and control for the safe management of a dead body in the context of COVID-19: interim guidance*; 24 March 2020. [en línea], Disponible en: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331538>> [Consulta realizada: 13de mayo de 2020].

y reconocer a la persona en su subjetividad, como un ser en relación con otras personas, con una historia de vida, con creencias y valores que, desde la premisa de hospitalidad compasiva, será fundamental tener en cuenta y respetar. Asimismo, el encuentro compasivo requiere habilidades de comunicación, comprensión empática, conocimiento médico, psicológico, ético y capacidad psico-espiritual para hacer frente a situaciones de gran sufrimiento. Por eso, además de la preparación profesional se necesita también y, sobre todo, una "formación del corazón" que permita detenernos frente al que sufre para poder escucharlo, acogerlo e identificar sus dudas, que habitualmente le generan ansiedad, incertidumbre o falsas expectativas. Este encuentro compasivo, humanístico y clínico adquiere una perspectiva narrativa, o punto de vista, que debe desarrollarse con humildad, para poder comprender la realidad y distintos aspectos del sufrimiento de cada paciente y su familia.

Es importante que durante la evaluación, tanto médica como psicosocial, se mantenga una actitud de escucha atenta a cada familia, sin prejuicios o juicios morales que conduzcan a decisiones arbitrarias. De la misma forma, el respeto por la intimidad moral, debe preservarse como un derecho inalienable de cada persona y su familia. La intimidad moral está relacionada con los valores de la persona, sus creencias religiosas, su vida sexual y sus convicciones ideológicas. Del derecho a la intimidad surge la confidencialidad como valor y como imperativo ético, constituyéndose en un deber profesional que deberá guiar, tanto el proceso de admisión al HMT, como el cuidado y la asistencia, cuando la persona enferma ya se encuentre hospedada.

La evaluación psicosocial es parte de esa evaluación multidimensional, que consiste en identificar y evaluar las necesidades paliativas (NP) o problemas activos de la dimensión psicológica, social, familiar y espiritual. La evaluación comprende a la UT paciente familia en su complejidad e integralidad, teniendo en cuenta que cada uno enfrentará el proceso de enfermedad y muerte de diferentes formas, de acuerdo con sus experiencias previas, su nivel educativo y sus creencias religiosas y personales. Los elementos que determinan la complejidad de la situación clínica psicosocial están relacionados con los antecedentes personales (psicológicos y cognitivos), familiares y su situación social.

La evaluación de la dimensión psicológica y cognitiva deberá considerar la competencia del paciente para poder iniciar una comunicación acorde a su situación clínica y para tomar sus propias decisiones con libertad y responsabilidad. También, se deberá indagar sobre antecedentes personales psicopatológicos; el grado de sufrimiento psicológico y espiritual e identificar las estrategias de afron-

tamiento que posee para la adaptación a la enfermedad. Esta evaluación inicial es básica para considerar la internación en el hospice, ya que permite dimensionar si existen situaciones que, por su complejidad, requieren recursos sanitarios de los cuales el hospice carece y, por ende, no puede brindar. Estas situaciones complejas suelen presentarse, por ejemplo, con personas que sufren adicciones severas, trastornos psicóticos o riesgo de suicidio que, además del cuidado paliativo, requerirán una atención especializada en salud mental. Asimismo, es importante tener en cuenta en la evaluación el grado de conocimiento que la persona enferma tiene acerca de su condición de salud, si conoce su diagnóstico, su pronóstico y cuáles son sus expectativas con respecto a la asistencia que brinda el HMT. Esto implica, además, valorar la comprensión y aceptación de la información que tengan de la enfermedad, tanto el paciente como su familia. Por otra parte, es fundamental detectar la existencia de ocultamientos o mentiras (cerco de silencio) acerca de la situación clínica debido a que muchas personas consideran que haciéndolo evitarían mayor sufrimiento al paciente. Este obstáculo comunicacional puede generar mayor dificultad en el proceso de adaptación a la enfermedad y también cercenar el derecho que posee la persona enferma a tomar sus propias decisiones, como puede ser el ingreso al HMT. La evidencia muestra que uno de los principales aspectos que dificultan la planificación de los cuidados es el modo en que se revela información a los pacientes sobre su condición de salud. El desconocimiento por parte de los pacientes supone una limitación para iniciar conversaciones sobre las preferencias de cuidado³⁴.

Cuando tenemos la certeza que la persona es competente, que tiene capacidad de comprender, que solicita información y que no tiene riesgo de recibirla, podemos acordar con la familia avanzar hacia un proceso de comunicación centrado en la verdad acerca de su situación clínica, de manera progresiva y soportable. El consentimiento informado (CI) es un deber ético y legal en la relación médico-paciente³⁵. Es un documento mediante el cual queda explícito en la historia clínica del paciente que éste ha comprendido la información que el médico le suministró sobre su enfermedad y las alternativas terapéuticas, y ejerciendo su autonomía

34 Macchi, M., Pérez, M. d., & Alonso, J. P. (2020). *Planificación de los cuidados en el final de la vida. Perspectivas de profesionales de oncología y cuidados paliativos. Sexualidad, Salud y Sociedad*, Revista Latinoamericana. Nº 35, Agosto de 2020, pp. 218-236. [en línea], Disponible en: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludYSociedad/article/view/52901/35144>>> [Consulta realizada: 23 de agosto de 2021]

35 LEY 26.742: *Ley sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado*. Mayo 2012. Disponible en: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>> [Consulta realizada el 26/05/2020].

y capacidad, expresa su voluntad de aceptar, o no el tratamiento, conociendo los riesgos que ello implica, por lo que requiere evaluar siempre la capacidad de comprensión del paciente y administrar la información de manera que pueda ser razonada. El CI es el resultado de un proceso continuo que debe estar fundado en valores como la honestidad, veracidad y respeto. Este proceso se debe acompañar con respeto, con paciencia, sin coaccionar, entendiendo que el enfermo -o su representante legal- puede encontrarse en una situación de vulnerabilidad que no le permite tomar la mejor decisión de manera libre y voluntaria. En este contexto complejo, decidir por el Hospice como opción de cuidado en el final de la vida, no resulta sencillo para el paciente como así tampoco para su familia, porque para aceptar la internación deberán conocer el pronóstico de la enfermedad y el tipo de cuidado que se les brindará.

La evaluación desde el punto de vista social, deberá valorar la estructura familiar con la que cuenta la persona enferma para la tarea de cuidado. La capacidad de adaptación de la familia para asumir el cuidado del paciente y hacer frente a la crisis, es uno de los factores limitantes para poder sostener el cuidado en el hogar. Asimismo, será parte de evaluación social detectar la presencia de problemáticas en el funcionamiento familiar, valorar el grado de sobrecarga física y psicológica derivada del cuidado y de la ejecución de las tareas que conlleva, ya que también son limitantes para perseverar en el cuidado. Una de las causas frecuentes de internación en el HMT es la claudicación familiar, que es "la manifestación implícita o explícita, de la pérdida de capacidad de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las demandas y necesidades del enfermo a causa de un agotamiento o sobrecarga"³⁶. Identificar miembros de la familia afectados a la tarea de cuidado con riesgo potencial de claudicación, será fundamental.

Otro de los factores que imposibilitan el cuidado por parte de la familia puede ser la presencia de miembros con psicopatología, viviendas precarias, vivir en zonas rurales, falta de acceso a recursos básicos, detección de factores de riesgo para un duelo complicado o patológico y, especialmente niños pequeños que deban enfrentar la muerte de un ser querido. Es importante indagar si hay niños en el núcleo familiar porque también hay que elaborar con la familia estrategias de comunicación. A menudo, los padres no saben cómo manejar la comunicación y

36 Novellas, A. , Pajuelo Valsera, M. *La familia de la persona enferma. Guía temática SECPAL*. Disponible en: <<https://secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-LA-FAMILIA-DE-LA-PERSONA-ENFERMA>> [Consulta realizada el 26/05/2020].

quieren proteger a sus hijos de las malas noticias. Sin embargo, habitualmente los niños reciben información en forma indirecta, escuchan las conversaciones de los adultos, son sensibles a sus reacciones emocionales y a sus preocupaciones. Ante la enfermedad de un familiar se preguntan, intuyen y conocen de alguna forma la existencia de la misma. Si no obtienen respuestas o éstas son confusas, elaborarán sus propias teorías y podrán angustiarse. Hay que brindarles a los niños información honesta para ayudarlos y evitar falsas interpretaciones. El profesional a cargo de la entrevista deberá asesorar adecuadamente para que información sobre la enfermedad de un ser querido pueda ser brindada al niño por los padres o adultos significativos, en un contexto de respeto, comprensión y confianza. La información debe ser clara y adecuarse a la capacidad de comprensión del niño según su edad³⁷. En caso que esto resulte dificultoso, será conveniente pedir ayuda al equipo de salud asumirá la tarea de informar al niño. Es importante denominar la enfermedad por su nombre, para evitar mayor confusión y permitir que el niño realice preguntas. En caso de que el niño no quiera continuar hablando sobre el tema, será conveniente no forzar y suspender ahí la conversación, que seguir hablando con el niño.

Este análisis metódico e integral realizado durante este proceso de admisión nos permitirá conocer las necesidades paliativas básicas y urgentes de todas las dimensiones de la persona, como así también, la complejidad paliativa y los recursos materiales necesarios para poder afrontar desde el hospice un nuevo cuidado compasivo, competente y solidario.

La EMD requiere de un trabajo integrado y colaborativo por parte del equipo interdisciplinario para evaluar con precisión cada situación clínica y social, y asignar el recurso con equidad. Asimismo, una eficiente EMD, genera un desgaste profesional menor al que habitualmente se produce en una práctica basada en la intervención individual y fragmentada³⁸.

Es necesario conocer los límites que el hospice posee para el cuidado, no sólo desde el punto de vista profesional sino también material, para no crear falsas expectativas que generen mayor sufrimiento al paciente e impacto negativo en el equipo tratante. Ofreceremos la internación sólo si contamos con los recursos

37 Instituto Nacional del Cancer, MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA CUIDADORES, ETCHEVERRY, Patricia Lorena, ¿Qué y cómo hablar con los niños? Cap. 2, pp. 28-31.

38 Bruera, E, Hui, D, *Palliative care and supportive care, Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care*. Second Edition. pp 97 - 101. Taylor & Francis Group, Boca Raton US. 2016. [en línea] Disponible en: <Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care>

proporcionados para elaborar un plan terapéutico eficaz y holístico, si tenemos la certeza que podremos dar una respuesta adecuada a las múltiples necesidades que el paciente y su familia tienen. Toda información que brindemos en este terreno extremadamente vulnerable requiere de explicaciones que sean comprensibles para quien solicita el CH, que se transmita con delicadeza y actitud compasiva, sobre todo cuando se trate de informar que el HMT no podrá dar una respuesta adecuada a la solicitud, ya que en muchos casos, cuando no es posible ofrecer otras alternativas, decir que no, puede ser angustiante y doloroso.

3. TERCERA FASE: ASIGNAR UN BIEN ESCASO

Una vez completadas las fases de evaluación médica y psicosocial se avanza en el proceso de toma de decisiones hacia la tercera fase, que es la asignación del recurso. Ahí, se acuerda con la familia y la persona enferma la internación en el HMT. Como hemos mencionado, la internación especializada para el cuidado de final de vida es un recurso escaso. El sistema de salud está compuesto por diferentes sectores: el sector público, las obras sociales, el sector privado y las diferentes organizaciones sociales (ONGs). Todos estos sectores aportan recursos materiales y humanos en cuidados paliativos, pero funcionan de forma poco integrada entre los diferentes subsistemas. Algunos de estos sectores también están fragmentados en su interior generando una ausencia, déficit o superposición de los recursos. Estas dificultades generan un acceso inequitativo disminuyendo la eficacia de los cuidados paliativos, sobre todo, en la fase final de la enfermedad.

El HMT, como asociación libre, está fundado en los principios sociales de subsidiaridad y solidaridad. Estos principios son una exigencia y un deber moral para la concreción del bien común, es decir, de la hospitalidad compasiva y el cuidado de final de vida. El principio de subsidiaridad establece que debemos ayudar más a quienes tengan más necesidades paliativas insatisfechas. Es un imperativo cuidar más a quién está más desprotegido y necesitado de cuidados en el final de la vida. La subsidiaridad se complementa con la solidaridad para lograr un cuidado compasivo integral, justo y equitativo para todas y cada una de las personas que concurren al HMT. A su vez, el principio de subsidiaridad se orienta al desarrollo integral de cada persona y encuentra su complemento con el principio de solidaridad, que atiende a lo que el de subsidiaridad no se ocupa, al cuidado comunitario de todos sus miembros. Sin esta ayuda social comunitaria es muy difícil para las familias y los pacientes alcanzar de forma rápida y efectiva el bien anhelado, es decir, el cuidado de final de vida. Cuando en una comunidad se fragmentan los

derechos humanos se pueden generar severas iniquidades e ineficiencias³⁹. Nuestro objetivo es gestionar una asistencia integral e integrada para lograr un acceso a un CP de calidad. Todas las personas que están en condiciones de recibir el CH merecen las mismas oportunidades de beneficiarse del recurso sanitario y el beneficio no debe establecerse con criterios médicos, sociales, económicos y religiosos arbitrarios o basados en prejuicios.

Las diferencias en el acceso a los CP la hemos observado entre los diferentes grupos sociales de la población, como así también en diferentes áreas geográficas dentro de la misma ciudad. Las distancias alejadas dificultan el traslado, las viviendas en zonas rurales, la ausencia de prestadores, la calidad deficiente de las instalaciones en las áreas menos favorecidas y la escasez de profesionales con experiencia en CP, hacen más difícil el acceso a los CP y la integración dentro del sistema de salud. Es indudable que estos grupos más desfavorecidos tienen prioridad porque sufren una carga más pesada de la enfermedad⁴⁰.

Desde el HMT comprendemos que no podemos erradicar todas las injusticias e inequidades evitables, no sólo porque no podemos, sino porque es responsabilidad primordial del estado garantizar el derecho universal a la salud. La solidaridad en el HMT empieza donde el sistema de salud no logra brindar un servicio de cuidado paliativo básico y de calidad. Nuestra misión es intentar disminuir esta escasez y algunas de las causas evitables e injustas que sufren las personas que tienen poca o ninguna posibilidad de elección o acceso a un cuidado paliativo básico. No obstante, siempre hay que hacer elecciones entre las diferentes necesidades y situaciones clínicas. Nunca se podrán satisfacer todas las necesidades existentes en el sistema de salud porque se caracterizan por ser potencialmente ilimitadas. Los recursos no son infinitos, pero tampoco, están disponibles bajo un criterio rígido y arbitrario para su asignación. Entonces, dentro de un marco de referencia y con un criterio prudente podemos considerar varias posibilidades para su asignación. Es en este punto donde cobra relevancia la EMD como un instrumento imprescindible y necesario porque nos permite realizar una evaluación personalizada para poder discernir cuáles son las necesidades paliativas mínimas, urgentes y prioritarias.

39 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina para 2011*, Disponible en: <<https://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/EI%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf>>.

40 Cfr. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), MARGARET WHITEHEAD, *Conceptos y principios de la equidad en salud*, diciembre 1991.

Empleando este enfoque holístico podemos aproximarnos de forma equitativa para que los enfermos tengan la misma posibilidad de acceso a la internación en el hospice frente a iguales necesidades paliativas y no por la influencia social o el nivel socioeconómico. Es evidente que el ser humano, por su propia naturaleza carental, no puede proveerse todos los bienes para satisfacer sus necesidades, precisa de la reciprocidad social. Este principio ha sido fundante en el desarrollo de la ética de la solidaridad en el hospice para la concreción del bien común⁴¹. Este principio de organización institucional y social no es un simple intercambio de bienes en el marco de una necesidad concreta, sino que se transforma en una relación de reciprocidad donde todas las personas intervinientes, profesionales, voluntarios, paciente y familiares comienzan a experimentar la cultura de la fraternidad⁴². Asumir la ética del bien común significa considerar un orden social no sólo más justo sino también fraterno, por eso, es que realizamos una propuesta cristiana superadora que considere la actividad asistencial más allá del lucro, del intercambio, de la rentabilidad y de reglas comerciales⁴³. La fraternidad es la buena relación y es el lazo de unión entre los hombres basada en el respeto a la dignidad de la persona humana y en la igualdad de derechos de todos los seres humanos.

Muchas veces, a pesar de todas las declaraciones internacionales, percibimos que los derechos humanos no son iguales para todos. Cuando se respeta la dignidad del hombre, y sus derechos son reconocidos y tutelados, florece también la creatividad y el ingenio para proponer y concretar múltiples iniciativas en favor del bien común⁴⁴. Nuestra iniciativa ha surgido para dar respuesta a la necesidad de hospedaje y cuidado en el final de la vida, a través de un modelo asistencial centrado en la persona, en el respeto por su dignidad y en la *gratuidad*. El no lucrar con el servicio no significa que no tiene costo generarlo, sino que se brinda a la persona que lo necesita en carácter de "don". Este servicio donado, especializado y de calidad está fundado en la caridad fraterna y el amor al prójimo, tratando de evitar que los beneficiarios tengan sentimientos de humillación por ser considerados "objetos de compasión"⁴⁵. La filosofía hospice no reduce al paciente y su familia a meros receptores pasivos de la compasión, poniéndolos en una situación

41 VIAGGIO, Cristian, *Hospice Madre Teresa-Solidaridad en el final de la vida*. - 1a ed. - Luján: el autor, 2015.

42 ZAMAGNI, Stefano, *Por una economía del bien común*, Ed. Ciudad Nueva, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, año 2013, pp. 69-71.

43 ZAMAGNI, Stefano, *Por una economía del ...*, *Op. Cit.*, p. 251.

44 FRANCISCO, *Carta Encíclica Fratelli Tutti*, Ciudad del Vaticano, 2009, n.22.

45 ZAMAGNI, Stefano, *Por una economía del bien común,...*, *Op. Cit.*, pp. 272-273.

de inferioridad, sino que los valora como huéspedes respetándolos como personas activas en una relación de comunión fraterna. Debido a estos prejuicios, es que la *gratuidad* a través de las décadas ha perdido prestigio por considerarse una práctica asistencialista y paternalista, que impide a las personas conducirse hacia su propio desarrollo y bienestar. Nosotros, consideramos que la supremacía de la *gratuidad cristiana*, fundada en la caridad, es fruto de la reciprocidad y el "bien donado". Este bien donado no es solo un bien de justicia que nace como un deber ético (dar por deber) para satisfacer las necesidades materiales, sino que es un bien integral que también supera la utilidad material del intercambio comercial (dar para recibir)⁴⁶. La reciprocidad genera un vínculo de comunión haciendo que las personas involucradas en el servicio no esperen otro bien a cambio. Entendemos que el principio de gratuidad nos moviliza a compartir estos bienes y recursos como expresión de la fraternidad, permitiéndonos así extender la solidaridad y la responsabilidad por la justicia y el bien común⁴⁷. Es cierto que todas las personas debemos reclamar nuestros derechos, pero sabiendo que nuestros enfermos debido a las necesidades urgentes y a la expectativa de vida corta no tienen tiempo de exigirlos, es importante comprender que sin la gratuidad no se alcanza ni siquiera la justicia⁴⁸.

CONCLUSIÓN

En la actualidad el acceso a los Cuidados Paliativos sigue siendo muy restringido y el cuidado hospice es también un bien escaso. La evidencia científica ha demostrado que las personas, en la fase final de la enfermedad, presentan un alto impacto de sufrimiento, por eso, es imperioso promover y desarrollar los cuidados paliativos y el cuidado hospice a través de la implementación de políticas de Salud Pública. Los sistemas nacionales de salud son responsables de incluir los cuidados paliativos en el proceso continuo de atención de quienes padecen enfermedades crónicas que ponen en peligro la vida, integrando dichos cuidados con los programas de prevención, detección precoz y tratamiento. Asimismo es necesaria la educación en los profesionales de la salud para que comprendan las necesidades y los derechos que tienen las personas con ECNT. También es importante contar con más centros y equipos de cuidados paliativos y, sobre todo, profesionales de la

46 Cfr. *Ibidem*, p. 312.

47 Cfr. BENEDICTO XVI, *Caritas in Veritate*, Ciudad del Vaticano, 2009, n. 38

48 *Ibidem*.

salud que desarrollen habilidades y competencias específicas en el cuidado compasivo. El sistema de salud tiene el mismo deber ético y legal de atender a todos los enfermos sin discriminación.

La internación en CP está indicada en personas que presentan determinada complejidad clínica y cuando las necesidades psicosociales superan la capacidad de manejo en el domicilio. Es habitual observar que los familiares quieren cuidar a su ser querido, pero las necesidades familiares y recursos económicos limitados le generan límites para poder hacerlo. El hospice es una organización social que ha surgido para dar respuesta esa necesidad de cuidado en el final de la vida, a través de un modelo asistencial centrado en la persona, en el respeto por la vida y su dignidad hasta su fin natural.

La filosofía de la hospitalidad compasiva, solidaria y fraterna se consume con el principio de gratuidad y nos moviliza a compartir bienes y recursos de forma desinteresada. Todas las personas tienen derecho a los CP, independientemente de su situación socioeconómica, de la enfermedad que padezcan, de su edad y del tipo de cobertura que tengan en salud. Decidir internar un paciente para cuidados de final de vida en el hospice no es un trámite administrativo, sino que consiste en un proceso de toma de decisiones complejo y personalizado. Además, se le suma que la demanda que recibe el HMT supera la capacidad asistencial que posee la institución para dar una respuesta adecuada. Por esta razón, en función de la evidencia científica, la experiencia clínica y social proponemos un sistema de evaluación en tres fases para la gestión y asignación del CH como bien escaso. En la primera fase, evaluamos las características clínicas y las necesidades paliativas desde la pericia clínica y la evidencia científica. En la segunda fase, consideramos la evaluación de las NP en la dimensión psicosocial y finalmente, en la tercera fase, proponemos la asignación del recurso escaso como resultado del análisis ético realizado en función de los principios, valores y los recursos sanitarios de los que disponemos para administrar un recurso escaso. Las decisiones deben tomarse desde una perspectiva prudente que evite las desigualdades en el acceso al CH. Es un imperativo ético darles la prioridad a las personas de mayor vulnerabilidad social, con las necesidades paliativas básicas no satisfechas y con una mayor complejidad paliativa.

Todos los seres humanos al ser iguales en dignidad tenemos el derecho a una consideración personal⁴⁹. Es imprescindible actuar con conocimiento científico y también con conocimiento ético y humanístico para encontrar soluciones equilibradas que nos permitan gestionar una internación con criterios de equidad.

El sistema de salud junto a las diferentes comunidades debería asumir el compromiso de cuidar a los enfermos crónicos y con mayor vulnerabilidad con una *visión solidaria*. La sociedad actual parecería no tener interés en cuidar a las personas que padecen una enfermedad progresiva e incurable y lo que es peor aún, consideran esta situación como un sin sentido. Esta realidad es alarmante porque llevan a la sociedad a legitimar acciones como la eutanasia, como "éticamente correctas", cuando en realidad, atentan contra la vida y la dignidad de las personas enfermas.

49 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, Art. 1, 2,3. París, 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <<https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>> [Consulta realizada el 13/05/2020].

¿ES EL HOMBRE? LA RESPUESTA ANTROPOLÓGICA DE PETER SINGER

Fecha de recepción: 18/02/2022

Fecha de aceptación: 24/05/2022

Mg. Dr. Enrique Banti

Contacto: enriquebanti@gmail.com

- Director de la Carrera de Médico Especialista en Medicina Legal de la Universidad del Salvador

Palabras clave

- Singer
- Antropología
- Persona
- Utilitarismo Preferencial
- Personitas
- Personalismo Ontológico

Key words

- Singer
- Anthropology
- Person
- Preferential Utilitarianism
- Little Persons
- Ontological Personalism

RESUMEN

En el presente trabajo presentamos el pensamiento antropológico filosófico de Peter Singer. Su propuesta sobre qué es el hombre impone numerosas discusiones bioéticas que a su vez permiten nuevos debates actuales porque involucran cuestiones específicas en la vida diaria de las personas. El análisis de su mirada se relaciona con las consecuencias éticas que presenta esta antropología. En función de lo planteado, seguimos el lineamiento de la filósofa Jenny Teichman y el sustento de la Bioética Personalista Ontológica como saberes que redireccionan el camino que valora al ser humano en su totalidad desde el inicio de la vida hasta su muerte en contraposición a la visión excluyente y condenatoria de la persona en el filósofo australiano.

ABSTRACT

In this work we present the reflection of the philosophical anthropological thought of Peter Singer. His interest in what man is imposes numerous bioethical discussions that in turn open new current debates because they involve specific issues in people's daily lives. This is why the analysis of his gaze is related to the ethical consequences that this anthropology presents. Based on what has been proposed, we follow the guideline of the philosopher Jenny Teichman and the support of Ontological Personalist Bioethics as knowledge that redirects the path that values the human being as a whole and from the beginning of life until his death in contrast to the exclusionary and condemnatory vision of the person in this Australian philosopher.

INTRODUCCIÓN

Las maneras de pensar son maneras de existir.

Iris Murdoch

Desde el conocimiento filosófico, la pregunta por el hombre adquiere un protagonismo especial porque de acuerdo con el marco de referencia antropológico en el que coloquemos la respuesta será el estatus ontológico que le asignamos. Desde esta disciplina considerar al humano como persona humana es manifestarse sobre las condiciones que están involucradas en su constitución esencial y que se aplicarán en relación con su mundo. Esta perspectiva tiene amplia repercusión a nivel de diversas cuestiones relacionadas con los actos de nuestra vida en común como, por ejemplo, el aborto y la ubicación del anciano mayor con deterioro cognitivo por mencionar solo dos aspectos.

El pensamiento antropológico que caracterizó al ser humano por sus notas esenciales presentó a lo largo de la Historia de la Filosofía numerosas variantes. Es así como desde las concepciones clásicas que reflexionaron en forma anterior a Sócrates hasta nuestros días han sufrido modificaciones en el significado dado a la palabra hombre.

En este sentido, el pensamiento de Martín Buber es revelador cuando nos dices que el hombre permaneció solo en su interioridad para la búsqueda de su propia antropología:

A esta reflexión sobre sí, propende sobre todo el hombre que se siente solitario y él es el más capacitado para ejercerla, el hombre, por tanto, que, por su carácter o por su destino, o por ambas cosas a la vez, se halla a solas y con su problematismo, y que en esta soledad que le queda consigue topar consigo mismo y descubrir en su propio yo al hombre y en sus propios problemas los del hombre¹.

Para Buber hacer Antropología es construir la historia del hombre sobre el hombre mismo porque él es su objeto de estudio y se investiga en su sentido más auténtico. De esta manera, afirma que la Antropología sería debe considerar al hombre en su totalidad, en un "lugar especial del hombre en el cosmos, en su relación con el destino y con el mundo de las cosas, en la comprensión de sus

1 Buber, M.; ¿Qué es el hombre? 1° ed. México: Fondo de la Cultura Económica, 1950, pp. 13- 26.

congéneres, en su existencia como ser que sabe que ha de morir"². Reafirma que lo que se pretende en una verdadera Antropología "es sencillamente conocer al hombre"³.

De esta manera se entiende que atribuir notas esenciales para definirlo dependerá del pensamiento predominante del antropólogo. Para llevarlo a cabo, según Buber, el antropólogo tiene como misión permanecer dentro de su yo observador y de relacionarse con su memoria para registrar el recuerdo porque "la memoria del antropólogo competente posee con respecto a sí mismo y a los demás, un poder concentrador que le sabe preservar lo esencial"⁴.

Si tuviéramos que ubicar un punto remoto en esta temática, como lo hace Giorgio Colli⁵, tendríamos que remontarnos a la inscripción que se encontraba en el Oráculo de Delfos, sede de Apolo: "Conócete a ti mismo"⁶. Este paradigma constituyó el emblema de una raíz filosófica que estimulaba el autoconocimiento del hombre como punto de partida de su vida y, por lo tanto, de su Antropología.

A partir de allí, hicieron su aparición varias corrientes que se alinearon en proponer características del hombre especiales. Es el caso de Hans Georg Gadamer, discípulo de Heidegger, que tomando de su Maestro el concepto de la Hermenéutica la hace aparecer como una dimensión intrínseca del humano. En este sentido, como lo expresa Reale, "Gadamer va más allá cuando propone que se debe poner el acento en el significado ontológico positivo de la misma"⁷. Decir esto equivale a sostener que lo verdaderamente representativo del hombre y que lo conforma como tal es el acto interpretativo.

Según Gerard Vilar, en el prólogo a la obra de Gadamer "Arte y verdad de la palabra"⁸, la obra de este filósofo pone a "la Hermenéutica como una visión de

2 Ibid., p. 27.

3 Ibid., p. 28.

4 Ibid., p. 25.

5 Colli, G.; El nacimiento de la Filosofía. 1° ed. Buenos Aires: Tusquets, 2010, p. 15.

6 Scott, M.; Delfos. 1° ed. Barcelona: Ariel, 2015, p. 34.

7 Reale, G., Antiseri, D. Historia del pensamiento filosófico y científico. 1° ed. Tomo III. Barcelona: Herder, 1988, p. 557.

8 Gadamer, H. G. Arte y verdad de la palabra. 1° ed. Barcelona: Paidós, 2012, pp. 16-17.

la Filosofía y de los problemas filosóficos para interpretar a la cultura y como una defensa del neohumanismo sobre las bases de la palabra, de la escritura, la lectura y de la interpretación⁹. En este sentido, Gadamer sostiene que el lenguaje nos abre a la verdad del mundo y que la palabra tiene un significado colectivo e implica una relación social que concibe al lenguaje como una determinación del ser.

En el mismo camino, Villacañas Berlanga interpreta que cuando Gadamer propone "un mundo cuyo "ser" es la historia efectual de las interpretaciones y que la sustancia de ese mundo es el lenguaje está diciendo que todo es iluminado por esa concepción reduccionista sustancial del individuo que se construye en la tradición lingüística"¹⁰.

Otra propuesta contemporánea es la de Charles Taylor con su obra "Las fuentes del yo". En ella propone hablar del hombre como una historia de identidad moderna en la cual se quiere significar al "conjunto de comprensiones de lo que significa ser como un agente humano: los sentidos de interioridad, de libertad, de individualidad y de estar encarnado en la naturaleza, que encuentran cabida en el occidente moderno"¹¹.

Peter Singer desarrolló una idea que lo condujo por un peligroso y polémico marco antropológico de referencia. Bajo su visión, este filósofo asume un lineamiento que autoriza la eliminación de personas por no presentar los atributos que él considera necesarios para lograr dicho estatus ontológico. Las preguntas a partir de estas afirmaciones presentan un matiz especial cuando algún "ser humano" no califica con esas cualidades.

En el presente trabajo, nos proponemos desarrollar los siguientes objetivos:

- 1) Analizar el aspecto antropológico del pensamiento de Peter Singer.
- 2) Caracterizar las notas esenciales del hombre propuestas por este pensador para considerarlo persona y luego deducir las repercusiones en las acciones de la vida práctica.

9 *Ibid.*, p. 9.

10 Villacañas Berlanga, J.L. Historia de la Filosofía contemporánea. 2º ed. Tomo IV. Director: Félix Duque. Madrid: Akal, 2001, p. 305.

11 Taylor, C. Las fuentes del yo. 1º ed. Barcelona: Paidós, 1996, p. 11.

- 3) Confrontar el pensamiento de Jenny Teichman y el de la Bioética Personalista Ontológica con el de Peter Singer.

Para ello, desarrollaremos en primer lugar el marco de referencia antropológico de nuestro filósofo, luego expondremos la postura opuesta de Jenny Teichman y de la Bioética Personalista Ontológica para, finalmente, desarrollar la discusión del tema y arribar a las conclusiones.

EL MARCO DE REFERENCIA ANTROPOLÓGICO DE PETER SINGER

No niego que, si se acepta el aborto, las razones a favor de matar a otros seres humanos, en determinadas circunstancias, llegan a ser sólidas.

Peter Singer

Peter Singer nació el 6 de julio de 1946 en Australia. Es un utilitarista graduado en las Universidades de Melbourne y de Oxford. Comenzó a trabajar en varias universidades en Estados Unidos e Italia y obtuvo un puesto como profesor de Filosofía en la Universidad Monash de Melbourne. En esa misma época, tuvo varios acercamientos con el Centro para la Bioética Humana de Monash y llegó a asumir el cargo de director desde el año 1991. El australiano es un reconocido racionalista del siglo XX que durante sus años de trabajo se ha interesado por las cuestiones éticas implicadas en la experimentación embrionaria, ingeniería genética, aborto y eutanasia. En 2004 se reconoció su labor al concederle el Australian Humanist of the Year por el Council of Australian Humanist Societies y en junio de 2012 obtuvo el Companion of the Order of Australia por sus servicios a la filosofía y bioética. Además, en 2006 formó parte de la lista de los diez intelectuales públicos más influyentes de Australia¹².

Su idea antropológica se encuentra desarrollada en el libro "Ética Práctica"¹³, específicamente, en el capítulo 4 que lleva el sugestivo y provocativo título de *¿Qué hay de malo en matar?* Toma como antecedente filosófico a John Locke quien definió a la persona humana en su "Ensayo sobre el entendimiento humano" como

12 Biografía de Peter Singer. Historia-Biografía. En línea: <https://historia-biografia.com/peter-singer/> Consultado: 15 de enero 2022.

13 Singer, P. *Ética práctica*. 1° ed. Cambridge University Press, 1984.

aquella que es "un ser pensante e inteligente que tiene razón y reflexión y puede considerarse a sí mismo como sí mismo, la misma cosa pensante, en diferentes tiempos y lugares"¹⁴.

En un primer momento, Singer se identifica con Locke al pensar que la nota esencial del hombre y por el cual este hace su distinción en el mundo circundante es la capacidad de tener autoconciencia; en un segundo momento procede, a partir de su perspectiva, a modificarlo y ofrecer su planteo.

Su proyecto de persona se encuadra dentro de las siguientes ideas:

- 1) Dice que la mayoría de las sociedades consideran que la vida humana es sagrada. A partir de allí, concluye que se le otorga a la misma un valor superior y muy especial en relación con la vida de otros seres vivos de otras especies.
- 2) Expresa que el tema de la vida humana sagrada se encuentra tan firmemente arraigado en nuestras sociedades que por eso numerosas leyes positivas la protegen.

Para ejemplificar de una manera concreta esta idea presenta el siguiente caso:

En diciembre de 1976, una profesora de un colegio de Pensilvania se encontraba embarazada de 24 semanas cuando la sorprendió un parto prematuro. A raíz del mismo el recién nacido tenía pocas posibilidades de sobrevivir, sin embargo, los médicos que lo asistían utilizaron todos los esfuerzos para su condición y para mantenerlo con vida durante seis meses al cabo del cual falleció. Se mantuvo con vida a un niño que presentaba un enorme costo económico y un sufrimiento desmedido para él y sus padres¹⁵.

A partir de este ejemplo manifiesta que "el tratamiento brindado a este ser humano bebé contrasta de forma notable con la forma tan natural en que

14 Locke, J. Ensayo sobre el entendimiento humano. 2° ed. México: Fondo de cultura económica, 1999, p. 324.

15 Singer, P., óp. cit., p. 105.

le quitamos la vida a perros callejeros, monos experimentales y ganado, ¿qué justifica la diferencia?"¹⁶.

- 3) Cuando habla del ser humano hay que diferenciar dos cosas: por un lado, al miembro de la especie *Homo sapiens* que hace referencia exclusivamente al aspecto biológico cromosómico y, por el otro, al uso que le da el teólogo protestante Joseph Fletcher¹⁷ al significado de la palabra humano. En este sentido, Fletcher utiliza lo que denomina indicadores de condición humana. Para ello, propone los siguientes:
 - El control de uno mismo.
 - El sentido del futuro.
 - El sentido del pasado.
 - La capacidad para relacionarse con otros.
 - La preocupación por los demás.
 - La comunicación y la curiosidad¹⁸.
- 4) Singer adopta estos indicadores de Fletcher, pero se los atribuye a la persona y no al humano.
- 5) Superpone ambos contextos, tanto el biológico como los indicadores de condición humana/persona para establecer el rango correspondiente al ser humano. Este es un momento clave de su reflexión antropológica porque considera que "si bien ambos se pueden superponer, sin embargo, no coinciden"¹⁹. Pone como ejemplo que el embrión, el feto, el neonato, el niño profundamente discapacitado psíquicamente y el geronte dementizado pertenecen biológicamente a la especie *Homo sapiens* (aspecto biológico), pero que, ninguno de ellos es conscientes de sí mismo, ninguno presenta conciencia del futuro ni tienen capacidad de relacionarse con los demás (parámetros de condición humana de Fletcher), por lo cual, ninguno de ellos integra la categoría de persona.

16 Ibid.

17 Joseph Fletcher fue profesor estadounidense que fundó la ética situacional en la década de 1960, fue ordenado sacerdote, pero luego se hizo ateo. Nació en 1905 en Nueva Jersey y falleció en 1991 en Virginia.

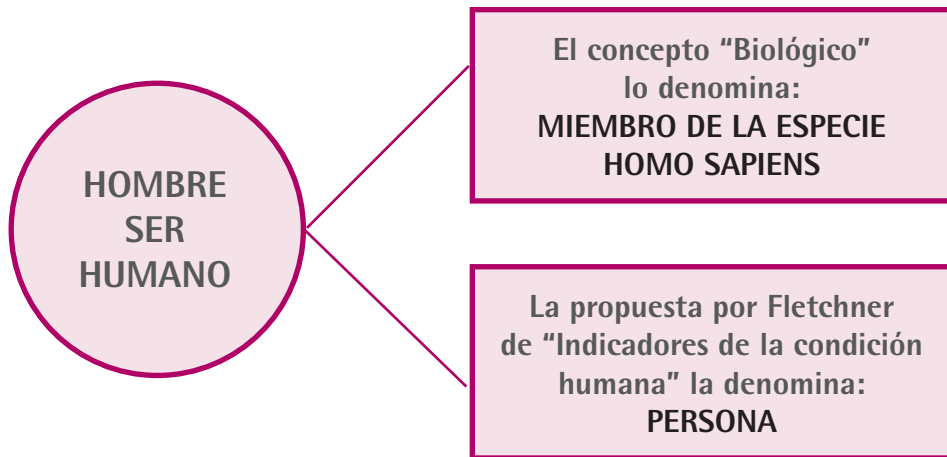
18 Fletcher, J. Citado en: Singer, P., óp. cit., p. 107.

19 Singer, P., óp. cit., p. 108.

En este sentido, Singer nos ilustra diciendo que:

No sería razonable estipular que utilicemos la palabra "humano", por ejemplo, en el primero de los dos sentidos descriptos y que digamos, por lo tanto, que el feto es un ser humano y el aborto es inmoral. Tampoco sería lógico escoger el segundo sentido y argumentar sobre esta base que el aborto es aceptable²⁰.

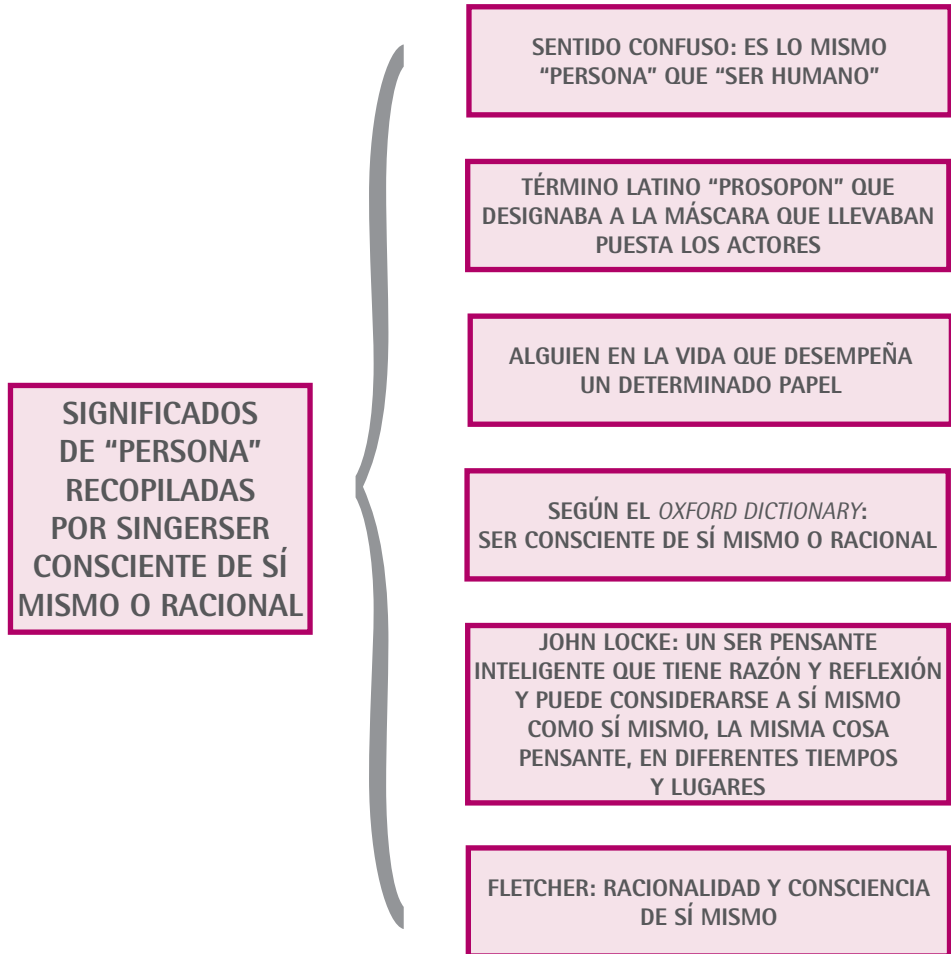
A continuación, podemos observar esta postura en el siguiente gráfico elaborado para que resulte más clara la explicación:



- 6) Bajo estos lineamientos, comienza a delimitar su antropología escindiendo en dos categorías al ser humano: como miembro de la especie Homo sapiens y como persona. Conclusión: No todos los integrantes de la especie Homo sapiens son personas.
- 7) Cuando se aproxima a la definición de persona hace referencia a varias acepciones hasta alcanzar aquella que sigue la tradición de Locke y de Fletcher y, en la cuales, se fundamenta su teoría. En forma esquemática:

20 Ibid.

CUADRO DE LOS SIGNIFICADOS DE "PERSONA" EN SINGER



- 8) Busca como antecedente un Utilitarismo que él denomina "clásico"²¹. Con respecto a este punto manifiesta que:

²¹ Singer, P., óp. cit., p. 113.

Según el utilitarismo clásico no existe ninguna pertinencia directa en el hecho de que los deseos en el futuro se queden sin realizar cuando la gente se muere. Si uno muere de forma instantánea, que tenga o no deseos sobre el futuro no es pertinente con respecto a la cantidad de placer o dolor que experimente. Así, para el utilitarismo clásico la condición de 'persona' no tiene una conexión directa con la que hay de malo en matar"²².

Lo que nos está diciendo es que si un ser humano es incapaz de tener consciencia de sí mismo no es necesario tener en cuenta la interrupción deliberada de su vida dado que no tiene consciencia de su propio futuro.

Como punto de partida de este pensamiento sustentado en un Utilitarismo clásico, el filósofo ofrece el denominado Utilitarismo de preferencia. En este "no se juzgan las acciones por su tendencia a maximizar el placer sino por la medida en que están de acuerdo con las preferencias de cualquier ser afectado por la acción o sus consecuencias"²³. En otras palabras, para el utilitarismo de preferencia toda acción contraria a la preferencia del ser humano es mala.

De acuerdo a esto, matar a una persona que quiere seguir viviendo es injusto, pero, "quitar la vida de una persona será normalmente peor que quitar la vida de cualquier otro ser ya que las personas están muy orientadas hacia el futuro en sus preferencias"²⁴. De lo anterior deducimos que los seres humanos que no se pueden ver a sí mismos con futuro no pueden tener una preferencia sobre su propia existencia presente o futura.

- 9) En el mismo rumbo, invoca el pensamiento del filósofo estadounidense Michael Tooley²⁵ quien afirma que "los únicos seres que tienen derecho a la vida son aquellos que pueden percibirse a sí mismos como entidades distintas existentes en el tiempo"²⁶. Esta afirmación se basa en asegurar que existe una conexión entre los deseos que un ser es capaz de poseer

22 Ibid.

23 Singer, P., óp. cit., p. 117.

24 Singer, P. óp. cit., p. 118.

25 Filósofo nacido en el año 1941 emérito de la Universidad de Colorado y trabajó en filosofía de la ciencia, de la religión y en metafísica.

26 Tooley, M. Citado en: Singer, p., óp. cit., p. 120.

y los derechos que ese ser presenta. La tenencia de un derecho debe estar relacionada de alguna manera con tener deseos o, en su defecto, con la capacidad de tener deseos. Por eso, la posibilidad de existir no se puede encontrar en un ser humano que nunca tuvo la consciencia de un continuo. El ejemplo característico es un recién nacido que nunca pudo concebirse a sí mismo como existente en el tiempo y, por lo tanto, un posible continuo de vida.

Veamos sus palabras que reflejan este pensar:

La existencia continuada no puede estar en los intereses de un ser que nunca ha tenido el concepto de un continuo yo, es decir, nunca ha podido concebirse a sí mismo como existente en el tiempo. Si el tren hubiera matado instantáneamente al niño, la muerte no habría sido contraria a sus intereses porque el niño nunca habría tenido el concepto de existir en el tiempo²⁷.

10) Su proyecto se agudiza cuando llega a la siguiente afirmación: "para tener derecho a la vida, uno debe tener o al menos haber tenido alguna vez, el concepto de tener alguna existencia continuada"²⁸. Observamos que el resultado es sorprendente porque de acuerdo a esta antropología existen muchos seres humanos que por no ser conscientes de sí mismos debido a cuestiones biológico temporales, no son considerados como personas.

11) Agrega otra nota esencial para que el ser humano alcance el estatus de persona: la de ser poseedor de autonomía. Desde este punto de vista, la entiende como:

La capacidad de elegir, de hacer y de actuar según las propias decisiones. Los seres racionales y conscientes de sí mismos tiene presumiblemente esta capacidad, mientras que los seres que no pueden considerar las alternativas que se

27 Singer, P., óp. cit., p. 122.

28 Singer, P., óp. cit., p. 123.

les ofrecen no son capaces de elegir en el sentido requerido y, por lo tanto, no pueden ser autónomos²⁹.

12) En resumen: para Singer los seres humanos para ser considerados "personas" deben presentar tres notas esenciales:

- Consciencia de sí mismo.
- Consciencia del futuro.
- Autonomía.

DOS REFLEXIONES CONTRARIAS LE RESPONDEN A SINGER

La tesis de que la vida humana tiene un valor extraordinario está muy arraigada en nuestra sociedad y se encuentra consagrada por nuestras leyes.

Peter Singer

Frente a la postura de Peter Singer es de imaginar que numerosas voces se alzarán para oponerse a él. Una es la reflexión de Jenny Teichman y la otra es la toma de posición de la Bioética Personalista Ontológicamente Fundamentada.

POSICIÓN DE JENNY TEICHMAN³⁰

Como lo comentamos anteriormente para Singer no todos los seres humanos son personas. Se deben adquirir determinadas características para lograrlo y podemos descartar a quienes no las alcanzan. Esta postura es llamada por Teichman como personitas porque todos aquellos que creen en esta doctrina y en la distinción que establecen "viene siempre abanderada por la palabra persona"³¹.

29 Singer, P., óp. cit., p. 124.

30 Fue una filósofa australiana nacida en 1930 y fallecida en 2018. Sus trabajos son principalmente sobre ética.

31 Teichman, J., Ética social. 1° ed. Madrid: Cátedra, 1998, p. 48.

Dice que ellos:

[...] establecen una distinción entre dos clases diferentes de seres humanos, y lo hacen como sigue: las personas humanas son aquellas que poseen generalmente ciertas capacidades mentales, mientras que no son personas otros seres humanos como, por ejemplo, los niños, que no han desarrollado todavía esas capacidades mentales, o los viejos y los enfermos, que las han perdido. [...] yo califico de personitas a aquellos que creen en esta doctrina, pues la distinción que establecen viene siempre acompañada de la palabra persona [...] y denomino humanistas a aquellos que se oponen al personismo y sostienen que el ser humano es un hecho moralmente significativo³².

Manifesta en su obra que:

a- "Una nueva moral muy influyente recomienda que abandonemos la idea que los seres humanos tienen derechos naturales y una dignidad especial"³³.

b- La incorrección de matar a seres no tiene nada que ver con el hecho de que sean humanos o no.

c- Bajo esta mirada de la nueva moral, la esencia se circunscribe en admitir que los seres humanos individuales tienen derecho a la vida sí y solo sí son personas que presentan desde su antropología determinadas características que se basan en cualidades mentales. Las habilidades perdidas o no alcanzadas son consideradas como irrelevantes y por esto, las "personitas" consideran que los recién nacidos, los niños y los ancianos con deterioro cognitivo pueden ser eliminados.

d- Humanismo y religión: en este tópico, nuestra filósofa, argumenta que las personitas dicen que cuando la sociedad se refiere a la vida humana como sagrada en realidad no utilizan un argumento racional, sino que se apoyan en dogmas estrictamente religiosos. En realidad, Teichman afirma que "todas las

32 Ibid.

33 Teichman, J., óp. cit., p. 9.

vidas humanas son valiosas en forma intrínseca y eso no tiene nada que ver con la religión"³⁴.

e- La filosofía de Locke: Teichman remarca que ya Locke había anticipado la distinción entre persona y ser humano donde la primera tiene relación con las capacidades mentales y la segunda como una sustancia viviente. La moralidad, como en toda esta doctrina, se divide entre los humanos que son considerados personas y los humanos que no lo son.

f- La definición de persona: hace referencia a los distintos usos que se le da al término persona en la doctrina de Singer, pero aclara que "si bien la palabra persona no es en modo alguno unívoca. Sin embargo, resulta bastante obvio que en la vida ordinaria se consideran como una misma cosa las personas y los seres humanos"³⁵. Luego de realizar algunas consideraciones filosóficas aclara que "centrarse en los problemas relativos de la identidad sería algo peligroso y arbitrario apropiarse de las grandes cuestiones de la dignidad humana y de los derechos naturales sobre la base de una definición antropológica especializada que ignora el uso ordinario"³⁶.

Teichman defiende que el sentido predominante de esta palabra es el ser humano en forma general. Por eso dice que, desde el punto de vista ético, "adueñarse de una definición especializada y restrictiva de sus notas esenciales que lo identifiquen es algo que se considera arbitrario"³⁷. Se adueñan no solo de la definición sino también de cuestiones de la dignidad humana y de derechos naturales que ella trae ínsita. En la misma línea, esta filósofa distingue éticas que responden a reconocer que las vidas tienen valor por sí y "otras que consideran que el valor y los derechos pertenecen en exclusiva a aquellos seres que son normalmente capaces de realizar estos o aquellos ejercicios de inteligencia, de memoria u otras actividades mentales escogidas al azar"³⁸.

34 Teichman, J., óp. cit., p. 52.

35 *Ibid.*, p. 55.

36 Teichman, J., óp. cit., p. 56.

37 *Ibid.*

38 Teichman, J., p. 60.

En sus conclusiones resalta que las diferencias entre las personas en cuanto a su diverso nivel de inteligencia y entre presentar consciencia de sí o no se reduce finalmente a una cuestión de grado y no de especie. Cada una de las notas necesarias para considerar a un ser humano como persona son estrictamente de cantidad y como sabemos el tiempo es necesario para que ellas se encuentren presentes³⁹.

POSICIÓN DE LA BIOÉTICA PERSONALISTA ONTOLÓGICAMENTE FUNDAMENTADA

En el mismo sentido crítico se hace escuchar la voz de la Bioética. Muchos temas y cuestionamientos planteados desde esta disciplina implican un análisis profundo a partir de la reflexión antropológica. Tan importante es esta relación entre Antropología y Bioética que la existencia de diferentes corrientes del pensamiento bioético se encuentra enmarcados dentro de las diversas antropologías de referencia.

Frente a temáticas como el análisis de una acción humana, como son la racionalidad, la noción de persona, la identidad personal, la conexión entre el ser humano y la tecnología, la eutanasia, la eugenesia y otro tipo de cuestiones, el marco de referencia antropológico que se adopte es fundamental para establecer un camino bioético. En concordancia será la respuesta que esta disciplina podrá brindar en el área de la salud, de la vida y de la biología.

Es importante conocer qué consecuencias tienen estas visiones en el ser humano y cómo se construye la idea de persona mediante un diálogo enriquecedor entre la Antropología y la Bioética, en el cual cada una de ellas es, en definitiva, deudora de la otra. La Bioética Personalista Ontológica mediante sus principios que giran en torno a la persona humana promueve el bien íntegro del ser humano considerándolo como persona desde su nacimiento hasta su muerte.

Es así como por medio del Principio de Respeto por la Vida Física, de Totalidad o Terapéutico, de Libertad/Responsabilidad y de Sociabilidad/Subsidiariedad hunde sus raíces en una antropología de referencia específica que define un marco ético moral universal que marca y es referente del camino

39 Ibid., p. 59.

asumido para la valoración de todas las acciones humanas. Este Personalismo Ontológico no concibe un subjetivismo que hace del hombre un ser libre pero donde la responsabilidad no es su cualidad intrínseca. Presenta una raíz filosófica y antropológica centrada en la dignidad humana que permite una apertura de respeto y de diálogo con el mundo que lo rodea. Por esta cuestión, no pierde de vista el conjunto de valores universales que son portadores de un anclaje moral sólido y que no está sujeto a la dispersión temporal ni a la voluntad personal.

De la misma manera, Elio Sgreccia, en su ya famosa obra "Manual de Bioética" nos ofrece una clarísima concepción en este tema al proponer que la Bioética no es una disciplina con opiniones diversas, sino que debe sustentarse exclusivamente en un marco de referencia "que se comprometa a brindar respuestas objetivas sobre criterios racionalmente válidos"⁴⁰. La misma no puede alejarse de aquella que manifieste "una mayor justicia al significado real y objetivo del hombre y que contribuye a su valoración"⁴¹. La Bioética Personalista Ontológica custodia el estricto valor de la persona y aleja cualquier intento de manipulación e instrumentalización arbitraria de toda la vida humana cuyo sustento es la dignidad.

En relación a la idea anterior, Rubén Revello dice que la Bioética es "La Verdad que busca el Bien"⁴². En el título de su obra está utilizando dos palabras claves para este tema como son verdad y bien. Ambas se comprenden con la connotación de un paradigma antropológico y ético definido, inalterable e inmutable. Estas características le permiten mantener, a pesar de la instancia temporal y de las singularidades, una concepción de la persona y de su acontecer en el mundo por el cual se es hombre y persona a la vez desde la fecundación hasta la muerte.

DISCUSIÓN

En el momento de ofrecer un marco antropológico para el hombre hay que tener prudencia para saber si esa visión específica es abarcadora de todos los indi-

40 Sgreccia, E. Manual de Bioética. 1° ed. Madrid: Biblioteca de autores cristianos, 2009, p. 29.

41 Ibid.

42 Revello, R. Bioética: La verdad que busca el bien. 1° ed. Buenos Aires: Educa, 2010.

viduos de la misma especie, en nuestro caso, del Homo sapiens. Si esto no ocurre adjudicamos una caracterización por notas esenciales a un grupo delimitado de seres humanos y se lo privamos a otros. Como puede deducirse, esta situación conduce a un terreno difícil y hostil que presenta una impronta peligrosa para todas aquellas personas que no se encuentran englobados bajo esa perspectiva.

Darle un significado restrictivo al ser humano, como lo hace Singer, caracterizándolo por ser consciente de sí mismo, por su autonomía y por presentar consciencia del futuro significa dos cosas:

Que se excluyen a los que aún no alcanzaron ese estatus como, por ejemplo, los embriones, fetos, recién nacidos.

- Que se excluyen a aquellos que los perdieron como los seres humanos psíquicamente discapacitados y a las personas mayores con problemas mentales.

Por eso, las preguntas que nos plantea esta mirada son:

¿Es aceptable?

¿Es este marco de referencia antropológico éticamente conveniente?

¿Qué hacemos con los seres humanos que no alcanzaron todavía esas condiciones pero que son miembros de la especie humana?

¿Qué hacemos con una persona de edad avanzada y con aptitudes psíquicas alteradas por lo cual no tiene posibilidades de tener conocimiento de sí mismo ni de relacionarse?

¿Son vidas humanas descartables?

¿Es una antropología segregatoria?

¿Hay dentro de esta antropología hombres valiosos y otros que no lo son?

¿Podemos considerarla como una antropología subjetivista y, por lo tanto, que no permite englobar a la totalidad?

¿Las notas esenciales que caracterizan a la persona de Singer no son en realidad los accidentes y por lo tanto no sustanciales?

Como es de imaginar las derivaciones ético morales inmersas en este marco antropológico son muchas y variadas. Singer frente a cada uno de estas dudas nos responde que:

Se puede argumentar la respuesta a esta pregunta de manera afirmativa de la siguiente forma. Un ser consciente de sí mismo tiene consecuencia de sí mismo como entidad distinta de los demás, con su pasado y futuro. Un ser consciente de sí mismo será en este sentido capaz de tener deseos sobre su propio futuro [...] Quitar la vida de cualquiera de estas personas, sin su consentimiento, es frustrar sus deseos futuros. Matar a un caracol o a un bebé de un día no frustra deseo alguno, ya que ni los caracoles ni los bebés son capaces de tener esos deseos⁴³.

Por eso uno de los aspectos que genera numerosos debates es el de considerar el valor diferente que Singer le asigna a la vida del Homo sapiens y a la persona humana. Para ello, no tiene en cuenta que la designación del hombre como persona se refiere a su constitución esencial como ya lo expresó Boecio en forma de sustancia individual de naturaleza racional, por medio de la cual, la persona ejerce sus funciones como la racionalidad, la autoconsciencia, la memoria, etc. Desconoce que es la persona quien sostiene a todas esas funciones. Vamos ejerciendo nuestras cualidades dentro de la comunidad a la que pertenezco y en función de la madurez biológica que progresivamente voy desarrollando.

La propuesta de Singer es la consecuencia de cierta forma moderna de entender al hombre bajo una línea antropológica que autoriza a prescindir de aquellos seres humanos que por la variable del tiempo o por la coordenada de salud/enfermedad no han podido, no pueden o simplemente no se encuentran aún en una etapa biológica adecuada que les permita acceder a la racionalidad y a desplegar las demás características que de ella derivan. La percepción de sí mismo y ser consciente del futuro son parámetros arbitrarios para definir un marco antropológico.

En nuestro país conocemos que numerosas normativas legales se hacen eco de la antropología de Singer. Aquellos encargados de custodiar el bien común se encaminan bajo ese mecanismo de un pensar que pareciera se presenta como una tendencia dominante. La ley 27610 de interrupción voluntaria y legal del

43 Singer, P., óp. cit. P. 112.

embarazo sancionada en diciembre del año 2020 es un claro ejemplo de una forma de legalidad que intenta defender a la persona en desmedro de terminar con la vida de un ser humano por voluntad de otro ser humano.

Como contrapartida y en respuesta a estos planteos, Caponnetto afirma que "la noción de persona es introducida a fin de subrayar el hecho de que el sujeto de los actos humanos es la persona en su total unidad e integridad a lo que se añade una defensa y exaltación de la dignidad de la persona puesta como el fundamento de la Ética"⁴⁴. Con ello está reforzando la idea de la existencia de una valoración moral permanente y de una antropología que incluye a todos los niveles biológicos del hombre que presenta como nota esencial, además de la racionalidad, la dignidad.

En el mismo sendero espiritual, Karol Wojtyła, decía que:

Cuando decimos que el hombre es un ser racional, ya estamos afirmando que es una persona. El hombre es por naturaleza persona [...] Solo y exclusivamente esta naturaleza racional puede constituir el fundamento de la moralidad [...] la noción de moralidad está unida con el bien y con el mal moral, con el manifestarse de este bien o de este mal moral en un determinado objeto, es decir en la persona [...] Así como la racionalidad es atributo de la naturaleza humana, la libertad es atributo de la naturaleza humana. La una y la otra constituyen un síntoma de personalidad⁴⁵.

CONCLUSIONES

Ya no se necesita más demostración histórica que la aparición de antropologías en la historia está condicionada por el hartazgo ocasionado por una filosofía de la historia de rasgos muy marcados o por una concepción equivalente a ella de lo que es posible con el ser humano.

Hans Blumenberg

44 Caponnetto, M. Curso introductorio a la Bioética, 1° ed. Argentina: Escipión, 2017, p. 58.

45 Wojtyła, K. Mi visión del hombre. 7° ed., Madrid: Biblioteca Palabra, 2010, pp. 281-285.

Singer propone un cambio de paradigma que involucra un giro mucho más radical y profundo como es diferenciar a los seres humanos de las personas. Bajo esta concepción que plantea existen personas humanas que no se encuentran en condiciones de serlo y, por lo tanto, están excluidas. Las consecuencias morales y bioéticas son inimaginables.

Uno de los desafíos de la Bioética Personalista Ontológica es derribar esa diferencia ontológica propuesta por el filósofo australiano en pos de evitar un avasallamiento sobre el hombre y posibilitar todo tipo de mecanismos que atenten contra su dignidad. Como bien lo expresa García Cuadrado la dignidad de la persona "designa cierta preeminencia o excelencia por la cual algo resalta entre otros seres por razón del valor que le es exclusivo o propio"⁴⁶. De esta forma, el embrión humano, el feto, las personas con capacidades diferentes y los adultos mayores con modificaciones de sus facultades mentales tienen dignidad desde el comienzo hasta la finalización de su vida y merecen que se los proteja de cualquier supuesta exclusión mientras que todas las restantes personas tenemos deberes y obligaciones con ellos.

No solo el pensamiento de Jenny Teichman sino también las enseñanzas de la Bioética Ontológicamente Fundamentada se oponen abiertamente al proyecto antropológico de Singer y afirman sin dubitaciones que de ninguna forma es posible la separación radical entre ser humano- persona. Por lo tanto, ratifican que el hombre es persona desde su inicio biológico hasta su muerte.

Para finalizar y frente a las perspectivas que ponen el acento en la disociación entre humano/persona es necesario recordarles la verdadera y única respuesta a ¿Qué es el hombre? Esta pregunta aún en el siglo XXI nos persigue incansablemente.

46 García Cuadrado, J.A. Antropología filosófica. 1° ed. España: Eunsa, 2018, p. 136.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buber, M. ¿Qué es el hombre? México. Fondo de Cultura Económica. Año 1950.
2. Caponnetto, M. Curso de introducción a la Bioética. Argentina. Escipión. Año 2017.
3. Colli, G. El nacimiento de la Filosofía. Buenos Aires. Tusquets. Año 2010.
4. Gadamer, H. G. Arte y verdad de la palabra. Buenos Aires. Paidós. Año 1988.
5. García Cuadrado, J.A. Antropología filosófica. Una introducción a la filosofía del hombre. España. Eunsa. Año 2008.
6. Wojtyla, K. Mi visión del hombre. 7° ed., Madrid: Biblioteca Palabra. Año 2010.
7. Locke, J. Ensayo sobre el entendimiento humano. México. Fondo de Cultura Económica. Año 2013.
8. Peter, S. (2019). Biografía de Peter Singer. Historia-Biografía, s.d. <https://historia-biografia.com/peter-singer/> Consultado el: 15 de enero de 2022.
9. Peter, S. Ética Práctica. Cambridge University Press. Año 1984.
10. Reale, G.; Antiseri, D. Historia del pensamiento filosófico y científico. España. Herder. Año 1988.
11. Revello, R., Bioética: La verdad que busca el bien. Buenos Aires. Educa. Año 2010.
12. Sgreccia, E.; Manual de Bioética. Madrid. Biblioteca de Autores Cristianos. Año 2009.
13. Taylor, C. Las fuentes del yo. Buenos Aires. Paidós. Año 2016.
14. Teichman, J. Ética social. España. Cátedra. Año 1998.
15. Villacañas Berlanga, J.L. Historia de la filosofía contemporánea. España. Akal. Año 2001.

CUANDO YA NO ES POSIBLE CURAR

Fecha de recepción: 01/02/2022

Fecha de aceptación: 20/04/2022

Lic. María de la Victoria Rosales

Contacto: mariarosales@uca.edu.ar

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

Palabras clave

- Eutanasia
- Salud Mental
- Libertad y Responsabilidad
- Ternura-Cuidados

Key words

- Euthanasia
- Mental Health
- Freedom and Responsibility
- Tenderness-Care

RESUMEN

Se trazan tres coordenadas: Concepto de riesgo para sí mismo, Libertad y Responsabilidad y Ternura; a partir de las cuales comenzar a pensar acerca de la intervención del profesional de Salud Mental en la atención del enfermo en situación terminal, que pide la eutanasia.

El psicólogo interviene con recursos terapéuticos excepcionales (internación involuntaria) cuando ha dictaminado previa evaluación, que el paciente presenta riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. La ley de Salud Mental subraya la importancia de buscar todas las alternativas eficaces para el tratamiento del enfermo, señala la importancia de fundar en un examen interdisciplinario la declaración de inhabilitación e incapacidad de una persona, especificando funciones y actos que se limitan y cuidando siempre la no afectación de la autonomía del paciente. Frente a la opción de la eutanasia, es tarea del profesional de la Salud Mental detectar que no siempre el paciente podrá tener la lucidez y el valor para manifestar un auténtico sentir en relación a su muerte. Requiere una especial consideración la etapa de la enfermedad o el estado del paciente, que hacen diferencias en la valoración de su capacidad para tomar decisiones con plena autonomía, asumiendo que es ésta una de las escenas posibles donde se encuentra en riesgo para sí. Es tarea del psicólogo, intervenir en un

ABSTRACT

Three coordinates are drawn: Concept of risk to oneself, Freedom and Responsibility and Tenderness; From which to begin to think about the intervention of the Mental Health professional in the care of the patient who requests euthanasia.

The psychologist intervenes with exceptional therapeutic resources (involuntary hospitalization) when he has ruled after an evaluation that the patient presents a certain and imminent risk to himself or to third parties. The Mental Health law underlines the importance of looking for all effective alternatives for the treatment of the patient, points out the importance of founding in an interdisciplinary examination the declaration of disqualification and incapacity of a person, specifying functions and acts that are limited and always taking care not affecting the autonomy of the patient. Faced with the option of euthanasia, it is the task of the Mental Health professional to detect that the patient may not always have the lucidity and courage to express an authentic feeling in relation to her death. The stage of the disease or the patient's condition requires special consideration, which make differences in the assessment of their ability to make decisions with full autonomy, assuming that this is one of the possible scenes where they

marco interdisciplinario, revisando y evaluando las condiciones psíquicas y emocionales del paciente cuando pide su muerte: es eso lo que literalmente solicita?, es necesario interrogarse: está en condiciones de decidir plena y cabalmente? Es precisamente porque esa habilidad expresiva se encuentra disminuida en el enfermo grave, que se vuelve indispensable decodificar las formas de comunicación y explorar la existencia de vínculos afectivos, buscar la participación de la familia y del equipo médico tratante y extender la responsabilidad de una decisión que el enfermo, por falta de capacidad de dominio sobre sus propios impulsos, no puede tomar por sí mismo y en soledad. Cuidar cuando ya no es posible curar, hacerse cargo del otro en su vulnerabilidad extrema, custodiar y cuidar la vida y promover verdaderas decisiones libres, se proponen como herramientas terapéuticas en el cruel escenario de la eutanasia.

are at risk for themselves. It is the task of the psychologist to intervene in an interdisciplinary framework, reviewing and evaluating the psychic and emotional conditions of the patient when he asks for his death: is that what he is literally asking for? it is necessary to ask oneself: is he in a position to decide fully and completely? It is precisely because this expressive ability is diminished in the seriously ill, that it becomes essential to decode the forms of communication and explore the existence of affective ties, seek the participation of the family and the treating medical team and extend the responsibility of a decision that the patient, for lack of ability to control his own impulses, cannot take by himself and alone.

Caring when it is no longer possible to cure, taking charge of the other in their extreme vulnerability, guarding and caring for life and promoting true free decisions, are proposed as therapeutic tools in the cruel scenario of euthanasia.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la clínica en Salud Mental, la palabra y la escucha modifican el sufrimiento de quienes acuden por alivio ante diversos padecimientos psíquicos. Es sabido, en el escenario de lo psicológico, que sólo dando voz a lo que duele, es posible iniciar el camino de una cura. El trabajo clínico se realiza con intervenciones psicoterapéuticas basadas en un proceso previo de exploración psíquica, que presenta la dificultad grave de discernir acabadamente qué tan objetiva es

la percepción que el paciente tiene de la realidad y cuánto está marcada por la alteración que el cuadro psicopatológico provoca.

En situación de enfermedad terminal y frente a un padecimiento insoportable, un paciente solicita ayuda para morir, de modo de poner fin al sufrimiento que considera inútil. La eutanasia pretende presentarse como la opción privada libre e individual de un sujeto para poder morir con dignidad y tranquilidad y sostener que el fin de suprimir el dolor justifica el medio de acabar con la vida, ocultando en su presentación que tal decisión compromete y repercute a otros, negando el carácter de reto social y responsabilidad colectiva que ésta conlleva, negando el valor fundamental de la vida humana y olvidando que, en tanto bien común, todo ser humano es responsable de su vida y la de los otros. (1)

La importancia de este cuidado esencial para con los demás, exige revisar la tarea psicoterapéutica en una escena que erróneamente vincula la petición del paciente al concepto de dignidad humana y muestra cómo se ha roto el equilibrio entre la autonomía del paciente y el criterio médico del profesional a cargo, quien fiel a las buenas prácticas de su arte, es llamado siempre a curar o paliar el dolor, y jamás a dar muerte *ni siquiera movido por las apremiantes solicitudes de cualquiera*. Para ello, se trazan a continuación, tres coordenadas: Concepto de *riesgo para sí mismo*, Libertad y Responsabilidad y Ternura; a partir de las cuales comenzar a pensar una adecuada y correcta intervención.

RIESGO CIERTO E INMINENTE

En el tratamiento de diferentes formas clínicas en las que se manifiestan conductas suicidas, el profesional de la Salud Mental actúa enmarcado en la ley vigente e interviene con recursos terapéuticos excepcionales (internación involuntaria) cuando ha dictaminado, previa evaluación, que el paciente presenta *riesgo cierto e inminente para sí o para terceros*. El marco legal subraya la importancia de buscar todas las alternativas eficaces para el tratamiento del enfermo, indica fundar en un examen interdisciplinario la declaración de inhabilitación e incapacidad de una persona, especificando funciones y actos que se limitan y cuidando siempre la no afectación de la autonomía del paciente. Es obligación informar al enfermo, de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales. (2)

Cuando una persona enferma voluntariamente solicita que lo ayuden a morir con el fin de aliviar sus tormentos, cuando expresa el deseo de terminar con su vida, provocando su muerte, manifiesta una decisión cuyo enunciado dice de un *riesgo cierto e inminente para sí mismo*. ¿Cuales serán los *recursos terapéuticos excepcionales*, al momento de determinar la autonomía del paciente en la instancia de la eutanasia? ¿Cuál es el modo de evaluar que el paciente comprende la información relevante que se maneja en el transcurso de su tratamiento, que está preparado para afrontar las consecuencias de la decisión que comunica, que tiene la capacidad para elaborar razonamientos a partir de la información que se le transmite y de su escala de valores? ¿Por qué es diferente a la indefensión detectada en el intento de suicidio?

Para realizar dicha evaluación, es preciso considerar no solo el contexto de extrema vulnerabilidad de la persona enferma, sino también el grado de incertidumbre (en muchas ocasiones compartida por el equipo terapéutico) y el desconocimiento que acentúa sus sentimientos de dependencia excesiva y la percepción de falta de control; se trata de una labor diagnóstica que supone la valoración comprensiva y biográfica de su estructura de personalidad entendida como unidad intencional e histórica; diagnóstico que permitirá la revisión de sus sistemas de significados y sus disposiciones globales desde donde interpreta y da sentido a sus acciones. (3)

Frente a la opción de la eutanasia, es clave advertir que no siempre el paciente podrá tener la lucidez y el valor para manifestar un auténtico sentir en relación a su muerte; para poder protegerlo hay que procurar comprender lo que le ocurre, descifrando en su discurso aquello que la comunicación oculta o no puede expresar. Las intervenciones que revisen y evalúen las condiciones psíquicas y emocionales de la persona enferma que pide morir, deberán por un lado, interrogar la literalidad de lo solicitado y las verdaderas condiciones de la persona para decidir plena y cabalmente y por otro, brindar respuestas que permitan encarar con mayor entereza las circunstancias.

De este modo, queda trazada la primer coordenada que indica el marco legal en el cual posicionarse para evaluar la autonomía del paciente, realizar un diagnóstico y diseñar estrategias de intervención.

LIBERTAD Y RESPONSABILIDAD

El segundo eje señala la mutua relación de responsabilidad de dos personas distintas: médico y paciente, cuyas decisiones y acciones afectan a uno y a otro recíprocamente.

Entre los reparos del despliegue de un dispositivo clínico psicoterapéutico, se encuentra la búsqueda del grado de libertad y responsabilidad que el paciente puede ejercer, ya que la cura es escuchar y es compromiso con eso *otro* que hay en cada decir, es ayudar a entenderse con contradicciones y fracturas y es también hacerse agente del Bien objetivo de la persona, lo que implica volverse distribuidor de las preguntas que aumenten su libertad.

Resulta de particular utilidad señalar que el bien de la libertad de la persona está subordinado al bien de la vida, nadie puede ser libre si no tiene vida. Queda indicado que la persona es responsable de cuidar su salud y de elegir los medios para hacerlo (para lo cual es importante que posea toda la información necesaria, previo a tomar una decisión con respecto a su salud o a un determinado tipo de tratamiento médico). Esto destaca la importancia que reviste el consentimiento informado y el establecimiento de una adecuada relación médico-paciente; es en el marco que involucra la libertad y la responsabilidad de ambos, donde se indica que el médico tiene sobre el paciente sólo los derechos que él mismo le concede; en todo caso, el médico no puede tener mayores derechos de los que el paciente mismo tiene y es importante destacar que el médico puede, en nombre de su conciencia, refutarse de actuar según los deseos del enfermo e interrumpir la *alianza terapéutica* con él. (4)

Pacto de alianza terapéutica que surge diferenciándose de antiguas formas de relacionarse en el encuentro clínico, cuando era costumbre pensar a la persona enferma en una posición de sufrimiento e invalidez, dependiente y vulnerable, desvalida no solo físicamente sino también emocionalmente, incapaz por lo tanto de tomar decisiones complejas y donde el médico era ubicado en el lugar de guía, dueño de decidir en el lugar de su paciente, dueño del saber para determinar e indicar el mejor remedio; hoy es posible otra concepción, donde ocuparse del sufrimiento del paciente implica involucrarlo, considerar su *yo consciente y libre* (5), suponer allí un sujeto con capacidad de aceptar o rechazar la cura, responsable de sus decisiones en cuanto al tratamiento que recibe (incluidos psicofármacos y medidas psicoterapéuticas indicadas), implica suponer una persona que puede responsabilizarse de sus elecciones y que puede historizarlas y proyectarlas a futu-

ro, encuentro que implica emprender y asumir la responsabilidad de una cura cuya dimensión clínica remita a *inclinarse ante el otro* y darle la palabra¹.

Por lo tanto, queda claro que atender el sufrimiento del paciente no es posible sin respetar sus decisiones. Sin embargo, cuando el enfermo pide su muerte, cuando solicita ayuda para morir debido a los sufrimientos insoportables que le causa su enfermedad, se despliega una de las escenas posibles donde su vida es puesta en riesgo a partir de una decisión personal y quizá sea un momento en donde tanto médico como psicólogo deban actuar incluso contra su voluntad, destacando su propia responsabilidad en sus actos y decisiones. Es un momento en el que no es suficiente con tomar en especial consideración la etapa de la enfermedad y el estado emocional del enfermo, la utilidad de la intervención psicoterapéutica debe extender su alcance para que la persona pueda advertir con conciencia de enfermedad, cómo el sentido de su responsabilidad frente a la propia vida, incluye al otro. Aún considerando que en el enfermo grave han disminuido tanto la capacidad expresiva como la capacidad de dominar los propios impulsos y que el sufrimiento psíquico ha sobrepasado el umbral de tolerancia, se debe promover el fundamental cuidado de su vida, reconociendo a la persona como un fin en sí mismo, respetando al paciente de modo absoluto, independientemente de cualquier otra consideración.

Revisar y afirmar la autonomía del paciente, implica que no pueden estar ausentes dos condiciones esenciales: la libertad del sujeto de actuar intencionadamente y la independencia de cualquier influencia externa. La autonomía supone actos libres del sujeto, que respeten la intangibilidad del otro, supone la no manipulación del otro, supone no herir su honra. Para decir de la autonomía de un sujeto será preciso comprobar que la persona actúa con un propósito, con conocimiento de las consecuencias de sus actos y en ausencia de influencias externas que pretendan controlar y determinar estos últimos. Para decir de la libertad y la responsabilidad con que actúa un sujeto, en el escenario de la eutanasia, será necesario establecer un terreno terapéutico que no solape preguntas acerca de la exclusión, la impotencia frente a lo incurable, la precariedad de ciertos recursos, la obsesión de algunos métodos terapéuticos.

No es difícil encontrar en el capital psíquico del que pide morir, junto a la angustia, el miedo y el dolor insoportable, la sensación de ser un estorbo y un problema, la percepción de estar abandonado. Establecer una relación de mutua

1 Instituto de Bioética / UCA - Vida y Ética año 21 n° 2 diciembre 2020

responsabilidad, aspira a poner a trabajar ese capital y ayudar a *tejer un nuevo tapiz con hilos viejos*, ofrecer un espacio y un tiempo a la persona que padece, para que pueda hablar con voz propia, donde el malestar, los síntomas y los dolores puedan ser tratados como novedades inéditas, tanto para el paciente como para el terapeuta (6). El objetivo terapéutico apunta a resignificar el pedido de muerte y la enfermedad que se padece, dejando en claro que para ser atendido no hay que despojarse de lo que es más propio de cada quien, es posible ofrecer una mirada distinta a partir de la cual se pueda *extrañar* lo establecido como cotidiano. Un marco psicoterapéutico con estas características, permite indicar la existencia de una multiplicidad de sentidos que asumen las manifestaciones del sufrimiento y que cada persona puede reconocer y hacer propias. Es un marco que posibilita acentuar la preciosidad y la dignidad de la vida humana y ubicar a la persona como criterio esencial para todo discernimiento ético.

Las consecuencias afectivas de un diagnóstico de enfermedad terminal en el ámbito familiar y social, la percepción del sentimiento de finitud y muerte, el impacto psicológico del dolor que muerde el alma, conducen a considerar prioritario el buen trato en el encuentro clínico. Es sabido que el tratamiento del cuerpo está íntimamente ligado a la condición emocional del sujeto humano como individuo social, se encuentre éste sano o sufriendo enfermedad, ocupe la posición de tratante o de quien recibe algún tratamiento; pero sobre todo para quien se enfrenta con una enfermedad que no ofrece cura. Es en estos procesos de enfermedad, estrechamente ligados a las emociones, donde el buen trato puede llegar a obtener resultados sorprendentes, incluso antes de buscar (como dicta la ley) *todas las alternativas eficaces e intervenir con recursos terapéuticos excepcionales*, sobre todo en la práctica psicoterapéutica con un paciente en situación terminal, donde el objetivo principal de la asistencia no es ya la curación del enfermo sino su bienestar, contención, acompañamiento y cuidado.

TERNURA

La última de las coordenadas muestra que en tanto alguien se inclina atento, con empatía y miramiento ante quien reposa su dolor en el lecho real o metafórico que el proceder clínico le ofrece, es posible aliviar con la sola presencia, ese dolor que se vivencia sin salida ante la idea de sufrir una enfermedad grave o de tener un pronóstico de muerte.

Buscando los antecedentes más remotos de la clínica, resulta de utilidad detenerse en la observación de la ternura materna. Dentro de los suministros básicos

de la ternura se incluyen, además del abrigo y el alimento, el buen trato (de donde proviene etimológicamente, *tratamiento*). Buen trato que habrá de superar la primitiva ley del más fuerte, frente a todo ser humano más débil o debilitado por el sufrimiento que lo enferma. Buen trato como actitud, se diferencia de las buenas maneras que por sí solas no garantizan tratamiento en el sentido que aquí se lo expresa. La ternura materna que se menciona es desglosada en dos escenarios principales: la empatía y el miramiento. Desde la empatía la madre sabe acerca de la necesidad del hijo y puede atender su demanda garantizando el suministro adecuado. Es en este sentido que la empatía materna constituye un antecedente de la intuición clínica, el ojo clínico y otros términos con los que suele hacerse referencia a ese saber que va más allá del saber formal y que caracterizó desde siempre el buen tratamiento médico. Por otra parte, el miramiento, consiste en mirar con interés afectuoso a alguien entrañablemente próximo, como es el hijo, pero a quien la madre puede impulsar en su gradual desarrollo de sujeto autónomo. Si la empatía garantiza el suministro, el miramiento, en la ternura y en la clínica habrá de garantizar, como principio ético, la autonomía de quien demanda ser tratado, aunque se encuentre invalidado por su enfermedad.

Suele asociarse equivocadamente a la ternura en la mayoría de las oportunidades, con la debilidad y no con la fortaleza. Alrededor de su desarrollo conceptual, es posible encontrar diversos matices entre los cuales se destacan su carácter fundacional y creativo. A partir del ejercicio de la ternura, alguien que pudo vivir la existencia y la bondad de un suministro ajeno a él, puede confiar en su existencia, se hace sensible a lo que es y no es justo, para sí y para los demás, y puede confiar en sus propias posibilidades de otorgarlo a otros. Es importante destacar que la ternura, también puede (y debe) ser ejercida a lo largo de la vida de un sujeto, inmerso en una sociedad, por los distintos actores e instituciones que la compongan y representen. Su ejercicio, por parte de los recién mencionados, promueve eficacia subjetiva y ética, así como su malogro, produce estrago. En relación al cotidiano hacer clínico, el alcance de la conceptualización de la ternura no es menor: la observancia clínica, que compete al profesional de la salud mental reside en advertir la situación de invalidez subjetiva (ya no estructural) del paciente frente al sufrimiento que lo apremia. Por lo tanto, es posible deducir que el contrapunto de la invalidez del enfermo, es el ejercicio de la ternura, que promueve efectos subjetivos y éticos por parte de quien tiene que asistirlo (7).

Cabe preguntarse ¿cómo puede el profesional *psí*, desde su función, utilizar la ternura como suministro, integrándola a la técnica? En primer lugar y esencialmente, deberá sentirse afectado, en el sentido de resonancia íntima, por quien demande ayuda para morir; de esta forma, podrá reposicionarse frente al su-

frimiento de a quién debe asistir y asumir en este encuentro la responsabilidad primera de cuidar la vida. Por otro lado, será relevante que tenga en cuenta cómo los señalamientos y las intervenciones que fundan sujetos deseantes más justos consigo mismos y con los otros, dotados de un basamento ético que por distinguir valores mejoran sus vidas y las de sus semejantes, son precisamente aquellas que se alejan de la indolencia, que se ejercen con ternura y buen trato.

A esta estrecha y comprometida relación con el paciente hace referencia el modelo del Buen Samaritano (8) que lejos de abandonar, instala la regla de oro positiva: «todo lo que deseáis que los demás hagan con vosotros, hacedlo vosotros con ellos»² y la dimensión de *arte terapéutica* inseparablemente unida a los actos clínicos y al cuidado, sobre todo en las fases críticas y terminales de la vida. El samaritano del relato bíblico no es un intelectual ni un beato, es un comerciante, da la impresión de pertenecer a un grupo de personas que no tiene de que jactarse, un hombre material, práctico, que lo ve ahí tirado porque tiene el espíritu alerta, se reconoce en ese hombre herido a la orilla del camino, podría haber sido él... Al tomarlo a su cargo, ha *dado*.

Vale la pena detenerse en ese don, puro acto de amor, puro acto de dar. Potencia enigmática del amor cuya transmisión simbólica del don le permite al sujeto darse a sí mismo (9). Dar de sí mismo, de lo más precioso que se tiene, de la propia vida, de todas las manifestaciones de lo que está vivo en cada quién: alegría, comprensión, conocimiento, humor, tristeza.

Interesante que, para el hombre molido a palos, el prójimo es el samaritano y esto le revela qué es el amor a aquel que ha sido salvado, amar al samaritano que le ha salvado y amarlo como a sí mismo. El samaritano (*excepcional* en su acto) deja libre al otro y así la deuda de amor y reconocimiento puede ser saldada haciendo lo mismo con otros.

Se nos ha propuesto cuidar y custodiar la vida humana hasta su cumplimiento natural (8), haciéndose cargo del otro, acompañando y propiciando la renovación del sentido de la existencia cuando ésta está marcada por el sufrimiento y la enfermedad. Una perspectiva que posiciona en el ejercicio de la ética del cuidado, ética que inicia en la vulnerabilidad humana y es entendida como responsabilidad hacia quienes necesitan no solo atención física sino también psicológica y espiritual.

2 Mt 7,12.

Las coordenadas trazadas, inician la tarea de diseñar una alternativa frente a la eutanasia en el campo de la Salud Mental. Definen una posición clínica, con especiales intervenciones y recursos psicoterapéuticos, que permite pasar de la consideración de la enfermedad a la consideración de la persona; cuidar al otro, cuando ya no es posible curarlo; convertir la técnica en *servicio*. La propuesta es transformar el encuentro clínico en un acto solidario y responsable, habilitar y sostener con los cuidados un espacio de comunicación intersíquica (10) creado por el sentimiento de empatía, brindarse abnegadamente al otro atendiendo su vulnerabilidad y dependencia. Ofrecer una referencia para el momento de obrar.

El escenario del enfermo que pide la eutanasia impone responsabilidad, precaución y consideración al extremar los modos de cuidarlo. *Cada hombre, limitado en su primordial fragilidad, se inserta en una cadena que lo precede y lo continúa en el tiempo, esto lo vuelve responsable de todo el género humano, al cual debe honrar y proteger. Este don de ser parte de la humanidad, se vuelve tarea al asumir el cuidado de los demás.* (11)

REFERENCIAS

1. Casado M. Argumentos para el debate en torno a la eutanasia. En *Morir en libertad*. Barcelona: Royes; 2016. p. 17-34.
2. Ley Nacional de Salud Mental N26.657. Buenos Aires, Argentina: Boletín Oficial N 32.041.
3. Duero DG. El Diagnóstico Psicopatológico: Características y Supuestos Epistemológicos en los que se sustenta. *Revista Colombiana de Psicología*. 2012; 22(1).
4. Sgreccia E. *Manual de Bioética*. Cuarta ed. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2018.
5. Miranda G. *Que bioética queremos? Cuadernos de Bioética*. 1994.
6. Liberman A. *Psicoanálisis en el hospital. Algunos aspectos de la acción institucional*. Acheronta. 2003;(18).
7. Ulloa F. *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica* Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2012.

8. Fransisco. Carta Samaritanus Bonus. En: Congregación para la Doctrina de la fe; 2020.
9. Mauss M. Ensayo sobre los dones. En Sociología y Antropología. Madrid: Tecnos; 1991.
10. Françoise D. El Evangelio ante el psicoanálisis Delargue JP, editor. Paris: Ediciones Cristiandad; 1978.
11. Revello R. Bioetica, la verdad que busca el bien Buenos Aires: EDUCA; 2011.
12. García JJ. Bioetica Personalista, Bioética Principialista. Perspectivas. Cuadernos de Bioética XXIV. 2013;; p. 67-75.
13. Vilches L. Sobre la Eutanasia. Revistat de Psicología de la Universidad de Chile. 2001.
14. Rojo Rodes J, Cirera Costa E. Interconsulta psiquiatrica Barcelona: Editorial Masson; 1997.
15. Martínez Glatti H. Evaluación del riesgo suicida. Hojas Clínicas de Salud mental. 2004.

FRATELLI TUTTI: BIOÉTICA Y FRATERNIDAD UNIVERSAL

Fecha de recepción: 06/01/2022

Fecha de aceptación: 20/03/2022

Dra. María Elizabeth De los Ríos Uriarte

Contacto: elizabeth.delosrios@anahuac.mx

- Coordinadora de Investigación y Profesora de la Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac México. Coordinadora editorial de la revista Medicina y Ética de la misma Facultad. Scholar Research de la Cátedra UNESCO en Bioética y Derechos Humanos. Miembro de la Academia Nacional Mexicana de Bioética.

Palabras clave

- Bioética
- Fratelli Tutti
- Ética del Cuidado
- Vida
- Bioética Global

Key words

- Bioethics
- Fratelli Tutti
- Ethics of Care
- Life
- Global Bioethics

RESUMEN

Se realiza una interpretación bioética a lo propuesto por el Papa Francisco en la encíclica Fratelli Tutti, analizando los matices de la responsabilidad ética y su relación con la fraternidad universal y la amistad social señalando a la Bioética Global como una respuesta a la necesidad del cuidado de la vida como manifestación del reconocimiento de la conexión fraterna entre realidades.

ABSTRACT

This paper presents a bioethical interpretation of what Pope Francis poses in his encyclical Fratelli Tutti. I analyze different understandings of ethical responsibility and its relation with universal fraternity and social friendship. Global Bioethics is proposed here as the need to practice a delicate and solicitous attention to the care of life as a manifestation of the recognition of the intrinsic connection among realities.

INTRODUCCIÓN

Desde su surgimiento en 1927 y su posterior conocimiento masivo en 1971, la Bioética ha guardado la misión de cuidar, proteger y promover la vida en todas sus manifestaciones.

Entre personas o bien en el reconocimiento de la interrelación persona-entorno, la Bioética, sus características, principios y metodología parten de una responsabilidad ética frente a la vida. Ahora bien, no siempre esta responsabilidad ha sido entendida de modos incluyentes y fraternos, a veces se ha cerrado sólo al mutuo entendimiento entre semejantes y otras se ha enanchado tanto que se ha difuminado en una vaga noción de atención y cuidado.

El Papa Francisco en su encíclica Fratelli Tutti (en adelante, FT) ha reavivado la tensión entre el sentido de responsabilidad hermético y ampliado, provocando una seria discusión en torno a nuestras formas de entendernos y cuidarnos. En este documento se encuentran claves de lectura que ponen en tela de juicio una ética deontológica fincada en imperativos universales de corte kantiano pero incapaces de dejarse interpelar por la realidad doliente, es por ello que, considerando la invitación a reflexionar sobre un acercamiento más humano y compasivo a la vida, humana, animal y vegetal, se toma la noción de fraternidad universal y de amistad social como talantes de una práctica bioética más profunda y de mayor alcance.

Así, en estas páginas, para abordar la noción de fraternidad universal y su alcance en la bioética, se parte de la evolución de la responsabilidad ética desde su entendimiento deontológico a su aplicación en la ética del cuidado y de la compasión. Después, se propone retomar esta ética del cuidado en el campo de la Bioética para desprender ciertas características de esta disciplina que posibilitan el surgimiento de la fraternidad. Posteriormente, se reflexiona sobre la condición humana vulnerable como fuente de donde emana su cuidado y su atención en una acción fraterna y solidaria propia de la bioética que se implica en la vida y circunstancias particulares y defiende valores trascendentales.

Por último, se retoma la idea de una Bioética global que incorpore la mirada de los problemas universales bajo la atención de los cuidados particulares de tal manera que, sin perder de vista lo contingente atienda lo necesario. Esta Bioética global, no obstante, aún es un camino por trazar; por lo que se esbozarán algunas áreas de oportunidad para que, a partir de ella, se piense la fraternidad universal como práctica del cuidado de la salud y de la vida.

I. El debate en la ética contemporánea: de la ética deontológica a la ética del cuidado y de la compasión.

A raíz del advenimiento de la filosofía moderna y su idea de progreso³ la idea de lo *humano* se vio suplantada por aquella de *ciencia*. El mandato que guiaba la mentalidad indicaba que había que hacer avanzar el conocimiento a toda costa, incluso, a costa de vidas humanas. Con ello, pronto se radicalizó dicha idea y, en aras del progreso de la ciencia y de la técnica se empezaron a buscar categorías de lo *humano* que cumplieran con determinados estándares de perfección, mismos que eran colocados subjetivamente por individuos o grupos que masacraban cualquier idea *diferente* de las suyas.

El pensamiento occidental –y la filosofía occidental– se volvieron unívocas, encerrándose en criterios solipsistas que pugnaban por una homogeneidad que proclamara su visión como única, perfecta y universal. El culmen del progreso se convirtió en barbarie⁴ la razón instrumental –consecuencia ineludible del proyec-

3 Cfr. Max Horkheimer y Theodoro Adorno, *Dialéctica de la Ilustración*, 9ª ed. (Madrid: Trotta, 2009), 59.

4 Ídem. P. 51,

to ilustrado⁵- devoraba toda manifestación de contrarios: lo "otro", lo "ajeno", lo "diferente", lo "extraño" eran inaceptables y había que aniquilarlos.

El silencio no deja cabida a interpretaciones. La destrucción total se dejó ver con las peores atrocidades históricas: Auschwitz y Birkenau fueron iconos del *sin rostro*; pero al mismo tiempo, de la diferencia que es delito y, en cuanto tal, merece pena de muerte

De esta manera, la ilustración⁶ y su racionalidad ilustrada, el advenimiento de la filosofía moderna y su excesiva confianza en la razón humana y seguridad en los paradigmas de la ciencia, la idea de progreso que permeaba en el momento, la racionalidad dominadora y el desconocimiento y deseos de aniquilación del otro se convirtieron en el punto de partida para una larga historia de decesos injustificados pero comúnmente practicados.

Los saldos a pagar bajo este esquema de pensamiento han sido y siguen siendo incluso hasta nuestros días, muy altos. Movilizaciones humanas en busca de mejores condiciones de vida o bien huyendo de la violencia y el peligro, guerras civiles, crisis financieras, amenazas e indicios de una "tercera guerra mundial", persecuciones políticas, sistemas políticos totalitarios y represores, etc.

El Papa Francisco, en *Fratelli Tutti*, advierte ya sobre estas "sombras de un mundo cerrado" que heredamos hasta nuestros días donde se utilizan estrategias políticas para "exacerbar y polarizar, negándole al otro el derecho a existir y a opinar"⁷.

Cuando se pierde la posibilidad de encuentro por la falta de reconocimiento de la esencia, la antropofagia se asoma como única salida. El terror se convierte en el modo de vida y se levantan monumentos a la muerte condecorando a los que "matan antes de ser matados"; nos adentramos así en el territorio "bárbaro, del

5 Adviértase que Reyes Mate hace una aclaración entre la crítica a la modernidad y la crítica al proyecto ilustrado, rescatando a este último como el momento en que surgen grandes ideales en contraposición con la modernidad, en donde los ideales se ven amenazados por la ida de un progreso atropellado por miserias y sufrimientos humanos. Cfr. Manuel Reyes Mate, "La responsabilidad de la memoria" en *Memoria y Crítica de la modernidad* por Ma. Teresa De la Garza. Shulamit Goldsmit (México: Universidad Iberoamericana, 2010).

6 Hay que recordar que la Ilustración para Kant era "la liberación del hombre de su culpable incapacidad" y, por ende, representaba la emancipación de cualquier forma de sujeción o esclavitud por parte de autoridades definidas o interpretadas. Ver: Immanuel Kant, "¿Qué es la ilustración?", en *Filosofía de la historia*, trad. por Imaz (México: F.C.E., 1981), 25-27.

7 Cfr. S.S. Papa Francisco, "*Fratelli Tutti*", 2020, http://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papafrancesco_20201003_encyclica-fratelli-tutti.html

cual hay que defenderse a costa de lo que sea"⁸ menciona el Papa en la encíclica nombrada.

Si el desconocimiento y repulsión por el otro eran la premisa fundamental que encabezaba grandes destrucciones hasta la segunda guerra mundial, a partir del testimonio frío y doloroso de la máxima expresión de barbarie humana puesta en escena en los campos de concentración nazi y en los distintos genocidios realizados en toda la geografía mundial, este odio por el otro no conocido –ni reconocido– comenzó a cobrar un tinte muy particular: el otro resultaba ser la única posibilidad de reconstrucción de una humanidad herida erigiéndose con ello esta categoría en la máxima de acción que encauzara cualquier relación humana en los planos emocionales, políticos, sociales e incluso económicos.

Un autor que vio y sufrió en su propia piel el sufrimiento y la vergüenza de saberse diferente y, por ende, sujeto de aniquilación, fue Emmanuel Lévinas.

Silvana Rabinovich⁹ ha comentado los alcances de esta filosofía que conduce a la heteronomía en donde no sólo se habla del otro sin que se le asume en primer término y como plataforma de pensamiento. Los pensadores que se han atrevido a hacer filosofía después del Holocausto han partido de la base de retomar la vulnerabilidad humana para erigir un pensamiento que no vuelva a suscitar atrocidades ni calamidades fincado en una idea que pretende transitar de la homogeneidad –en si misma aniquilante– a la heterogeneidad como fuente de la reflexión y de la acción, así, pensar al otro es pensar-me y pensándonos desde nuestra propia desnudez resuena la posibilidad de reconocer la esencia humana.

De esta forma, más que hablar del otro, la intuición invita a darle al otro la palabra. Esta nueva concepción de la responsabilidad propone la capacidad para ser afectado, es decir, la responsabilidad es el estremecimiento, la afectación, por la justicia que apuesta por la primacía del otro por encima del Yo y del mí mismo. Así, para Levinas, esta primacía del otro se resume en una constante y arriesgada exposición, una ardiente proximidad al otro¹⁰ al grado de afirmar que "sólo puedo decir yo en la lengua que me ha sido dada por otros"¹¹.

8 Ídem. Núm. 27.

9 Silvana Rabinovich, "La mirada de las víctimas. Responsabilidad y libertad" en *La ética ante las víctimas* por José María Mardones y Reyes Mate (Barcelona: Anthropos, 2003), 50-75.

10 Cfr. Rabinovich. p. 60.

11 Rabinovich. *Op. Cit.* P. 62.

La responsabilidad planteada en términos de heterogeneidad es, entonces, un poner al otro por encima de mí, pero no como anulación de mi yo sino como ofrenda, como garantía de su existencia y de la mía de tal manera que, el otro se constituye entonces como condición de posibilidad de mi propia existencia y, por ello, no se presenta como una opción sino como una obligación.

Un rostro distinto pero semejante a la responsabilidad heterónoma viene dado, años después, por Carol Gilligan de quien la Bioética toma la noción de la ética del cuidado para traspolarla a la práctica de la medicina y a la mirada atenta al entorno que nos rodea.

Contrario a la clásica hermenéutica de la ética propuesta por Gilligan como una respuesta en contra corriente a las formas tradicionales de entender el papel de las mujeres en la sociedad y su "natural" inferioridad, Gilligan trasciende esta estrecha interpretación para dar cabida al cuidado como solicitud, también presente en ciertos grupos étnicos¹², en minorías amenazadas y excluidas, etc.

Para ella, el hecho de que las mujeres puedan entender de formas más holísticas las relaciones humanas y sus concepciones de conflictos éticos pasen por la intersectorialidad de los contextos sólo demuestra que es posible entender lo humano más desde las circunstancias que desde los imperativos.

De esta ética podemos afirmar que intenta rescatar la esencia en su relación con su circunstancia para poder comprender mejor el mundo y el actuar en él; es decir, no se trata de una ética desarraigada del contexto e hipostasiada si no de una ética que nace del encuentro y hunde sus raíces en las emociones y sentimientos, que se deja interpelar por lo real más que por la idea de lo real. La ética es inseparable, pues de la atención y del cuidado pues sólo desde estas actitudes se puede profundizar en lo que aparece como conflictivo y contradictorio.

Para Gilligan "Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para ésta, pero que son diversas en su manifestación"¹³. Cuidar es entonces responsabilizarse por la vida, la propia y la del otro, la de todos. No es casual que, contemporáneas a Gilligan hayan desa-

12 Joan Tronto, "Beyond gender difference to a theory of care", en *An ethic of care: feminist and interdisciplinary perspective* por Mary Jeanne Larrabee (Londres: Routledge, 1993), 240-257.

13 Carol Gilligan, *In a Different Voice Psychological Theory and Women's Development*, 38th ed. (Cambridge: Harvard University Press, 1982/2003).

rollado la idea del cuidado a partir de la noción de sobrevivencia que se remonta hasta nuestro nacimiento cuando necesitamos de otros para sobrevivir.

Algunas características distinguen a este tipo de ética de las clásicas arraigadas en la idea de justicia autónoma, para Beatriz Kohen este enfoque rescata:

"La subjetividad, el cuidado, la responsabilidad, la comunidad, la atención, la respuesta activa al otro, la interdependencia, la evitación del daño y satisfacción de las necesidades de todos. La fuerza motriz es la cooperación y las aptitudes son la empatía y la capacidad para entablar y sostener relaciones humanas para el cuidado. [...] En contraste, la ética de la justicia, en cambio, se caracteriza por valores como la objetividad, autonomía, independencia, no interferencia, justicia, razón, individualidad, libertad e igualdad. La fuerza motriz es la competencia y las aptitudes son la razón, conciencia y aplicación de derechos y normas"¹⁴.

La ética del cuidado parte de la necesidad de sobrevivencia de los otros y se preocupa por que todos estén bien, es, en este sentido, profundamente benevolente¹⁵ en tanto que quiere hacer escuchar la "segunda voz"¹⁶ que se vuelve imperativo sólo cuando ha surgido el entendimiento de la relación que me conecta con el otro y que se traduce en responsabilidad.

Para algunos¹⁷ el cuidado pasa por ciertas actitudes éticas: atención que nos lleva a empatizar con las necesidades del otro, responsabilidad que me lleva a hacerme cargo de esas necesidades, competencia que me lleva involucrarme en la práctica y en el trabajo para atender dichas necesidades y receptividad que permite corresponder con el cuidador para guardar el debido balance entre la necesidad y el cuidado.

14 Beatriz Kohen, "Ciudadanía y ética del cuidado", en *Búsquedas de sentido para una nueva política*, compiladores Elisa Carrió y Diana Maffía (Buenos Aires: Paidós, 2005), 175-188. Tomado de: Romina Faerman, "Ética del cuidado: una mirada diferente en el debate moral", en *Revista de teoría del Derecho de la Universidad de Palermo* 1 (2005): 123-46.

15 Alejandra Alvarado García, "La ética del cuidado", *Aquichan* 4 (2004):31.

16 Cabe mencionar que esa voz diferente de la que habla Gilligan no es la voz femenina, ya que no difiere en razón del sexo si no del tema, haciendo alusión a un modo diferente de entender la ética más allá de los principios universales. Cfr. Carol Gilligan, *La moral y la teoría psicológica del desarrollo femenino*, (México: Fondo de Cultura Económica, 1986), 14.

17 Sarah Banks y Anne Gallagher, *Ethics in professional life* (London: Palgrave MacMillan, 2009).

De esta manera el cuidado integra tres dimensiones: afectiva, racional y práctica expandiendo el entendimiento del cuidado a una *praxis* dinámica más allá de los universalismos y de los esencialismos.

Estas actitudes permiten extender la ética del cuidado de la esfera de lo privado a la esfera de lo público y reconocer que es posible que, en algún punto, la vida pública y la práctica política se vean atravesadas por el reconocimiento de las necesidades de todos y el cuidado mutuo logrando un justo medio entre la ética de los imperativos de tintes kantianos y la ética del cuidado y de la compasión.

Hasta aquí entonces, se estudia el tránsito de una ética deontológica a una ética existencial, arraigada en la experiencia como fundamento y que se deja doler por lo ajeno hasta integrarlo como propio.

II. La Bioética como llamado al cuidado y la atención solícita.

Si la modernidad obligaba a pensar en el todo, la posmodernidad nos orilla a pensar en la parte, si la primera construía metarelatos, la segunda recupera microhistorias y con ellas, lejos queda la recuperación de categorías abstractas como único modelo de cuestionar las acciones humanas en su relación con el entorno y con los otros seres que le rodean.

El escenario caótico y los efectos devastadores de la crisis que nos aqueja dejan en entredicho que los imperativos universales sean el camino para seguir para encontrar la solución, habría que comenzar a rescatar los indicios de los nuevos rostros de humanidad que son capaces de resurgir de entre las cenizas y de modo fragmentario.

No es casual que a partir de la década de los años setenta, se crea la ciencia de la Bioética como una preocupación por el medio ambiente en sus inicios y que luego se erigió como la reflexión ética de la conducta humana frente a los hechos empíricos en su relación con la actividad humana para desentrañar el ámbito de responsabilidad frente a la vida y a la salud, es decir, la Bioética se perfila como esa arena desde donde es posible pensar el cuidado de la vida y con ella, el cuidado del otro.

Existen muchas definiciones de Bioética, tomemos una para empezar. Según la Enciclopedia de Bioética de T.W. Reich en la edición de 1978: "Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la salud y de la vida a la

luz de los principios y valores morales y éticos"¹⁸. En la actualización de la misma en 1995 queda de la siguiente manera: "Estudio sistemático de las dimensiones morales –incluida la visión moral, las decisiones, la conducta, las líneas guía, etc.– de las ciencias de la vida y de la salud, con el empleo de una variedad de metodologías éticas en un planteamiento interdisciplinario"¹⁹.

En cualquiera de sus versiones e incluso considerando algunas definiciones más, se destacan algunos elementos constitutivos de la Bioética: en primer lugar, el hecho de que es un estudio sistemático y conlleva una metodología propia y específica, esto significa que la Bioética permite una reflexión seria y rigurosa del actuar humano frente a los hechos empíricos evitando con ello toda posibilidad de subjetivismos que pudieran generar desviaciones en el pensamiento ético.

En segundo lugar, la Bioética trata sobre los asuntos relacionados con la vida y con la salud, es decir, se aterriza la reflexión ética a las posibilidades que le competen directamente a los seres vivos y el cuidado de su salud y con ello no hay que olvidar que, si bien el análisis se da sobre la vida en general es a los seres humanos a los que les es más propia dada su capacidad para dirigir su conducta.

En tercer lugar y, por último, la Bioética es una ciencia interdisciplinaria, es decir, echa mano de otras ciencias y disciplinas para permitir una reflexión más integral y sólida, en especial, echa mano de la Medicina, de la Filosofía y del Derecho respetando sus saberes y sus metodologías, pero abriendo al diálogo. Por ello, se ve también aquí que esta ciencia intenta un acercamiento a posturas diferentes con el fin de reconocerlas y generar, entre todas ellas, un nuevo modo de conocimiento, es decir, se abierto e integrador de la diferencia.

En cuarto y último lugar, se propone la Bioética como una ciencia que se preocupa y se ocupa de cuidar la vida, en todas sus dimensiones y en todas sus manifestaciones. Invita, por ende, al cuidado de ese lugar común que compartimos todos los seres vivos y a encontrar en él, más que fuerzas y leyes físicas, relaciones e interdependencias que nos acerquen a responsabilizarnos unos de otros.

Ahora bien, la metodología de la Bioética pasa por el análisis de los hechos objetivos para desentrañar la concepción antropológica que los envuelve y, finalmente, dilucidar los valores en juego en la toma de decisiones, pero para ello, necesariamente se encarna en el contexto de los valores y preferencias del pa-

18 Warren Reich, *Encyclopedia of Bioethics* (New York: Mac Millan, 1978).

19 Ibid. 1995.

ciente, es decir, atiende a la circunstancia específica de cada situación que la hace diferente de todas las demás, aunque tal vez coincidente en sus generalidades²⁰. Por ello, la Bioética practica la ética del cuidado e invita a la atención y cuidado del otro en su necesidad de ser aliviado y sanado. La "ética de la vida" a la que hace alusión retoma las prácticas de empatía y atención solícita frente a un entorno gravemente enfermo.

Mediante sus principios, la Bioética busca reparar esa fragilidad humana que se asoma desde la enfermedad y la amenaza para la vida del ambiente. Cuatro son los valores centrales que la Bioética defiende: la dignidad, la vida, la salud, la libertad responsable siendo el primero el valor superior del cual penden los demás.

Así, la Bioética surge como una preocupación por promover y defender la dignidad humana y su manifestación física en la persona y en el ambiente. Acude puntualmente al sufrimiento del enfermo para asistir y consolar, para escuchar y orientar, para acompañar y velar por su bien. No surge pues de imperativos universales sino del testimonio del dolor propio y del ajeno que conmueve y conduce a la acción, por ello, no se queda únicamente en un análisis teórico de la situación sino que lleva su método hasta la cama del paciente y reconoce en él, la responsabilidad de estar y empatizar con él, con su dolor, incertidumbre, prejuicios, miedos y angustias, soledad y desconcierto. La Bioética encuentra su sentido más pleno en el cuidado del otro y en el hacerse cargo de él.

III. La fraternidad universal y la amistad social como manifestaciones del cuidado entre los seres humanos.

A partir de la hermenéutica de la parábola del buen samaritano, Francisco nos invita a explorar ese acercamiento al hermano caído, asaltado y dejado a un costado del camino, no por obligación como dictaría una ética autónoma fundada en el deber ser si no como una ética de la compasión fundada en el encuentro cara a cara con el otro y que conduce al cuidado de unos y otros²¹. Ahí es donde surge la esperanza de creer que es posible recuperar el verdadero sentido de fraternidad.

20 Existe la corriente de la "casuística" en Bioética que toma, de los casos que se han convertido en paradigmáticos debido a que han abierto un antes y un después en la práctica de la medicina y su abordaje desde la ética, aquellas prácticas bondadosas para aplicarlas a casos semejantes aunque siempre conserva la advertencia de que cada caso es único y, por ende, no hay cursos de acción pre establecidos si no que éstos deben desprenderse del análisis minucioso de todo lo que circunda la decisión o conjunto de decisiones a tomar.

21 Ft. Núm. 57.

Esta fraternidad se empieza a construir desde el momento del reconocimiento del otro, de ese "dejarle cabida" al otro en mi espacio y en mi vida pero no se queda únicamente ahí sino que trasciende y "da su tiempo"²² y al hacerlo se involucra en la vida del otro y se vuelve parte de su intimidad, haciéndose *prójimo*²³ con él.

Ahora bien, el origen de este encuentro no es otro que el sabernos frágiles, vulnerables y, a veces, heridos. Es en la herida común y compartida donde se halla la fuente de la hermandad, el vínculo de solicitud y la invitación a cuidarnos mutuamente.

La fraternidad hunde sus raíces en la vulnerabilidad humana, la antropológica y constitutivamente humana y la social y a veces denigrante y marginal. Es el dolor el que no permite quedar indiferente; en el dolor del otro se reconoce el propio y se recupera el ser relacional de la persona humana. Es entonces esa relación la que me lleva a responsabilizarme por el cuidado del otro; de poco o nada sirve conocer si fue víctima o victimario, basta con reconocer su herida para detenernos a contemplar la nuestra.

El ser humano, lleva pues, en sí mismo, el sello indeleble de su vulnerabilidad, es decir, al ser una substancia finita, muere y, como dice Pascal, no sólo "muere sino sabe que muere". Así, su vida se convierte en una lucha por su sobrevivencia pues su existencia es tan breve que puede ser amainada en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia. La enfermedad, el dolor, el sufrimiento, la experiencia de la propia contradicción humana y de la vida como proyecto, como algo que se debe hacer porque no está previamente, constituyen elementos amalgamantes de su propia vulnerabilidad.

Para Francisco J. De la Torre, existen cuatro columnas de la vulnerabilidad: la fragilidad, la desnudez, la posibilidad de desprecio y la debilidad²⁴.

La fragilidad se refiere al daño que se puede hacer y que podemos sufrir en función de nuestra condición espaciotemporal, como afirma Feito: "el ser humano, que puede ser herido por ser frágil, y que queda no sólo lastimado, sino tam-

22 FT. Núm. 63.

23 FT. Núm. 81.

24 Francisco Javier De la Torre, "Vulnerabilidad. La profundidad de un principio en bioética", en *Perspectiva teológica* 49 (2017): 155-76.

bién marcado por la cicatriz, recuerdo del dolor, es víctima de su propia condición mortal"²⁵.

Por su parte la desnudez es el estado de total indefensión del ser humano, pero, al tiempo, es el estado de mayor solicitud de responsabilidad ética ya que impide quedar indiferente ante el rostro sufriente del otro pues su desnudez es signo de su autenticidad²⁶.

Al respecto, la tercera característica de la vulnerabilidad humana, la posibilidad de desprecio apela necesariamente al reconocimiento de uno mismo, es decir, a la posibilidad del encuentro con aquel que se presenta como frágil y vulnerable y que asemeja las características propias de fragilidad y vulnerabilidad y, por ello, se convierte en espejo de uno mismo²⁷.

Por último, la debilidad que nos coloca en situación de "caer", de ser vencidos, heridos, lastimados, de fracasar, de no cumplir, de cometer errores e incluso, de lastimar también a otros, descansa en lo que Ricoeur ha llamado labilidad y que se asienta sobre el ideal de infinitud y la realidad finita que somos, este anhelo no cumplido le provoca tristeza y frustración al ser humano por no poder alcanzar lo que desea²⁸.

Conviene entonces analizar la estructura que posibilita la fraternidad a partir de la recuperación de la ética del cuidado que, a su vez, se desprende de la afirmación de nuestra natural vulnerabilidad y por ende abre la posibilidad del encuentro no sólo entre personas si no entre personas que comparten un mismo dolor y una misma necesidad de cuidado.

Cabe matizar que el cuidado del que hablamos no es uno que se enfoque meramente a técnicas y procedimientos sino uno que se involucra en la vida del otro y se deja envolver por su misterio, es decir, uno que al cuidar, ama. Francisco afirma así que el mayor peligro es no amar²⁹ y es que:

"El amor implica entonces algo más que una serie de acciones benéficas. Las acciones brotan de una unión que inclina más y más hacia el otro considerán-

25 Lydia Feito, "Vulnerabilidad", en *Anales del sistema sanitario de Navarra* 30 (3, 2007): 7-22.

26 Emmael Lévinas, *El humanismo del otro hombre* (Madrid: Siglo XXI, 1974) 55-56.

27 Charles Taylor, *El multiculturalismo y la política del reconocimiento* (México: Fondo de Cultura Económica, 2001) 55.

28 Tomas Calvo, *Paul Ricoeur: los caminos de la interpretación* (Barcelona: Anthropos, 1991) 97.

29 Ft. Núm. 92.

dolo valioso, digno, grato y bello, más allá de las apariencias físicas o morales. El amor al otro por ser quien es nos mueve a buscar lo mejor para su vida. Sólo en el cultivo de esta forma de relacionarnos haremos posibles la amistad social que no excluye a nadie y la fraternidad abierta a todos³⁰.

Este amor nos permite extender nuestra responsabilidad y atención a todos los seres humanos y nos coloca en la dimensión universal de la fraternidad. Esta universalidad, dice Francisco, no es geográfica si no existencial y por ende, se transforma en *amistad social*³¹ que no conoce de países ni fronteras pero que tampoco pretende homogeneizar todo si no que respeta las particularidades de cada quien y reconoce en ellas la riqueza multiforme de la Creación y el amor infinito del Creador.

Ahora bien, el Papa nos advierte del peligro de equiparar fraternidad con igualdad. La igualdad es abstracta, la fraternidad concreta, la igualdad arrebatada la diferencia, la fraternidad la rescata y la asimila no como propia si no como diversa y con ello reconoce la importancia de la diferencia y de la complementariedad. Es por esto que la fraternidad, como una ética del cuidado, atiende a la dignidad humana como elemento intrínseco y ontológico, como condición de posibilidad del ser de la persona y que es un bien común a todos independientemente de los contextos sociales, culturales y geográficos.

Resulta así paradigmática la fraternidad en tanto que, por un lado, rescata lo común entre los seres humanos que es la dignidad ontológica que les otorga el mismo valor a todos y, por otro lado, es capaz de entender la manifestación de ésta en rostros distintos y circunstancias particulares sin diluirla en la total diferencia si no acogéndola más como don que como obstáculo. En este sentido, la dignidad está siempre abierta permitiendo vínculos sociales más allá de las exterioridades.

En la bioética el principio fundamental es el reconocimiento y la promoción de la dignidad de la persona humana y por ello se busca siempre su bienestar mediante la protección de su vida física, de su integridad, de su libertad y de su sociabilidad.

La solicitud de cuidado del otro tiene que pasar, necesariamente, por el reconocimiento de su dignidad más no elude la responsabilidad de subsanar aquellas condiciones que generan brechas y diferencias culturales y sociales entre las per-

30 FT. Núm. 94.

31 FT. Núm. 99.

sonas sino más bien la asume y urge a los estados, a las autoridades y a todos los ciudadanos a atenderlas en un acto de solidaridad y de amistad.

El cuidado que procuramos al otro también tiene rostro de solidaridad. El Papa Francisco define ésta como "pensar y actuar en términos de comunidad, de prioridad de la vida de todos sobre la apropiación de los bienes por parte de algunos"³². Así, cuidado del otro en tanto que sólo con él soy, es decir, la solidaridad reconoce la natural sociabilidad de la persona humana que afirma que sólo se está "en activo" cuando se es con los otros y por ende, el cuidado se expande al compartir los bienes con todos y a no apropiarse de nada, porque, parte del cuidado como dijimos ya, consiste en atender las condiciones para que a nadie le falta nada y todos tengan los recursos necesarios para su subsistencia y el pleno desarrollo de sus capacidades.

Una distinción sutil pero significativa entre solidaridad y fraternidad vale la pena mencionar: mientras que la solidaridad se sitúa en el "fuera" de las relaciones humanas y se llega a ella más por necesidad que por atracción natural, la fraternidad va más allá y hunde sus raíces en la identificación con el otro como hermano, es decir, en el horizonte de la intimidad y complicidad trascendiendo con ello el plano de la obligatoriedad y descubriendo el de la familiaridad. Somos hermanos en función de compartir un mismo origen y no sólo en cuanto nos caemos bien o somos buenos unos con otros. La fraternidad, en este sentido, supera la solidaridad. Por ello, hablar de solidaridad es importante, pero si ésta no se inserta en la fraternidad corre el riesgo de ser transitoria y desvanecerse con el paso del tiempo; en cambio la fraternidad, al reconocer un mismo origen inmutable, no pasa ni se difumina con el tiempo si no que, por el contrario, se fortalece más.

Es por lo anterior que podemos apostar a un nuevo principio en la Bioética que no es ya el de sociabilidad si no el de fraternidad. Si la Bioética incorpora en su quehacer la fraternidad, logrará que el cuidado que procura sea más duradero y atienda mejor los problemas individuales y sociales puesto que favorecerá una identificación más plena con la importancia de velar por la salud y la vida como valores universales y necesarios. En este sentido, la fraternidad y el cuidado del otro no son sino el reflejo del pleno reconocimiento no sólo de los derechos individuales sino de los derechos sociales³³.

32 Ft. Núm. 116.

33 Ft. Núm. 126.

Esta lógica que no se queda en la superficie sino que se sumerge a las profundidades de las necesidades del corazón humano y es el abono que necesitamos conservar para pensar en una nueva humanidad. Así lo expresa Francisco:

"Sin dudas, se trata de otra lógica. Si no se intenta entrar en esa lógica, mis palabras sonarán a fantasía. Pero si se acepta el gran principio de los derechos que brotan del solo hecho de poseer la inalienable dignidad humana, es posible aceptar el desafío de soñar y pensar en otra humanidad. Es posible anhelar un planeta que asegure tierra, techo y trabajo para todos. Este es el verdadero camino de la paz, y no la estrategia carente de sentido y corta de miras de sembrar temor y desconfianza ante amenazas externas. Porque la paz real y duradera sólo es posible desde una ética global de solidaridad y cooperación al servicio de un futuro plasmado por la interdependencia y la corresponsabilidad entre toda la familia humana"³⁴.

IV. Tareas pendientes en la Bioética para caminar hacia la fraternidad universal.

Desde hace poco más de 15 años surgió una nueva rama de la Bioética, la Bioética Global³⁵ cuyo propósito es analizar y abordar las problemáticas humanas que afectan la vida y la salud de las personas en los contextos socio geográficos y culturales globales, obligando a reconsiderar una geopolítica y una geocultura contraria a la lógica capitalista de acumulación de la riqueza y flujo de comercio entre países centrales –y centralistas– que obliga a los países periféricos a supeditar su autonomía y desarrollo a la producción de los primeros³⁶.

Este sistema mundo ha generado grandes desigualdades y una erosión reiterada de los recursos naturales favoreciendo a muy pocos y sumiendo en profundas carencias a muchos. Por ello, hablar de una Bioética Global es hablar de un

34 Ft. Núm. 127.

35 En realidad, no hay una definición sistematizada ni universal de esta nueva rama de la Bioética pero, para una mayor profundización se sugiere la lectura de: Henk Ten Have y Bert Gordijn, *Handbook of Global Bioethics* (Países Bajos: Springer, 2014).

Henk Ten Have, *Global Bioethics An introduction* (New York Routledge: Oxford, 2016). Cabe mencionar que ya desde Potter, está presente la iniciativa de una Bioética global que no puede analizar los hechos empíricos médicos sin considerar su inserción en la escala mundial y los contextos geográficos y socioculturales donde surgen.

36 En estos trabajos se considera como pionero al politólogo Wallerstein en su concepción del sistema mundo. Cfr. Immanuel Wallerstein, *Análisis de sistemas-mundo una introducción* (México; Siglo XXI, 2014.).

discurso de derechos humanos que no se planteen desde la universalidad de los conceptos si no desde los fragmentos de culturas, lenguas, costumbres y rostros diferentes que no caben en la lógica depredadora y que han quedado al margen de las decisiones macroeconómicas. La bioética Global se erige entonces como una especial atención a las alteraciones que han sufrido los grupos en desventaja y las poblaciones originarias en su salud y su vida a consecuencia del entorno de carencias que las caracteriza.

En este sentido, la atención es sinónimo de diligencia, de preocupación y ocupación y se relaciona estrechamente con la importancia concedida al objeto al que se le pone dicha atención, por ende, la Bioética Global, es una ética del cuidado que protege la vida en todas sus dimensiones en lo que tiene de particular, pero sin perder de vista su nexos con las relaciones universales y mundiales.

Cuidar significa también prevenir; tener precaución de aquellas prácticas que comporten posibles riesgos y amenazas para la vida o el entorno cuando aún no es posible vislumbrarlos. Dicho principio acuñado en el año 2000 en la ciudad francesa de Niza³⁷, no debe confundirse con el de prevención en donde las consecuencias indeseables sí se pueden contemplar e incluso adelantar. Estos dos principios, (precaución y prevención) propios de la Bioética Global, dirigen las acciones humanas hacia el cuidado como acción y al cuidado como necesidad.

Como se advierte, la Bioética Global expande las fronteras de la Bioética general y de la Bioética clínica para permitir ver aquellas condiciones que merman la salud de las personas más allá de la lógica mercantilista que intenta privatizar la salud y los recursos.

Bajo estos supuestos, la OMS ha hablado ya de las "determinantes sociales de la salud"³⁸ para atraer la atención hacia las cuestiones globales que afectan la integridad física de las personas y que urgen a acciones articuladas entre todos los países retomando las relaciones internacionales y políticas como mecanismos

37 Para una mayor referencia se sugiere el apartado de Rodolfo Andorno, "Principio de precaución" en *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, por Juan Carlos Tealdi (Colombia: UNESCO/Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética/Universidad Nacional de Colombia, 2008) 345-47.

38 Su origen se remonta a la Declaración política de Rio en 2011 que llevó por lema "salud para todos" reconociendo que el goce máximo de salud es un derecho para todos. Disponible en el sitio:

https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf (consultado el 25 de febrero del 2021).

y estrategias que protejan y salvaguarden la vida, la salud y la dignidad de todos los que habitamos este planeta.

Contrario a lo propuesto por el Banco Mundial en su informe de 1993³⁹ que proponía la salud como una mercancía y la dejaba a merced de las leyes del mercado global privatizando la práctica médica y dejando fuera de la ecuación mercantil a quienes no tenían recursos para atenderse, el enfoque en la salud como un derecho humano pero condicionado por las estructuras y los contextos sociales fomentada desde el congreso de Alma Ata en 1978 y la Conferencia internacional de la Salud de Ottawa en 1986 propone la salud como un bien público al que todos tienen derecho y que es un deber de los Estados protegerlo y promoverlo.

No obstante, hemos constatado ahora en esta crisis sanitaria, quizá más que nunca, la fragilidad de los sistemas sanitarios causada por el olvido de los gobiernos en temas de salud y de prevención de enfermedades, pero, sobre todo, si hay una razón que explique, en gran medida, el colapso de los sistemas de salud, ésta es que se ha concebido la salud como un deber local y no global.

La pandemia por COVID-19 demostró que nadie se salva solo y que no tiene sentido erigir murallas entre países porque, al final todos necesitamos de todos; sin embargo y a pesar de los esfuerzos de la bioética global en esta dirección, aún queda mucho por comprender para que, también en la salud, exista la fraternidad.

El acceso equitativo a recursos sanitarios y a condiciones de vida higiénicas (agua potable, sana alimentación, vestimenta adecuada, acciones de prevención de accidentes o enfermedades, prácticas de pronta detección y atención de padecimientos, etc.) aún sigue siendo una agenda pendiente tanto en lo local pero más en lo universal. Esto debido a que en ellos actúan fuerzas políticas y sistemas económicos que marcan planes de desarrollo y normas sociales de visión estrecha que sólo favorecen a unos cuantos.

Es por esto que se requiere una política abierta que no conozca de fronteras y que no se guíe por favoritismos, si no que vele por el bien común de la humanidad en su conjunto dándole preferencia a los más pobres y cuidando especialmente los factores que intervienen en la defensa y promoción de la vida y de la salud: la pobreza, las migraciones, los conflictos bélicos que provocan desplazamientos, la

39 Cfr. World Bank, "World Development Report 1993: Investing in Health" *New York: Oxford University Press*, 08 de febrero de 2021, <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976> License: CC BY 3.0 IGO.

pérdida de empleos formales y la subcontratación laboral o los empleos informales que no brindan protección al empleado, la salud mental y la ideación suicida especialmente entre los jóvenes, la situación de calle en la que viven millones de persona en todas las latitudes, la marginación, invisibilidad y carencia en que viven los pueblos originarios, etc.

Una verdadera Bioética Global encauzada bajo la premisa de la fraternidad es el reto más apremiante al que nos convoca el mundo contemporáneo y que nos ha dejado entrever esta crisis. En este sentido, crear una bioética que atienda las problemáticas globales sin dejar desatendidas las necesidades individuales en el contexto de un *horizonte universal*⁴⁰ como propone el Papa, es aún, una asignatura pendiente para la Bioética.

Esbozo, para concluir este apartado, cuatro áreas de oportunidad para que la Bioética se convierta en una verdadera praxis de fraternidad universal:

1. La aplicación del principio de justicia de la mano del de subsidiariedad en lo relacionado a generar las condiciones que permitan un acceso universal y equitativo a los servicios de salud en materia preventiva, curativa, de rehabilitación y paliativa con enfoque preferencial en las poblaciones en situación de vulnerabilidad o que ya han sido vulnerados bajo el entendido de que la salud es un bien y un derecho multifactorial dependiente, en gran medida, del contexto en que la persona vive, actúa y se desenvuelve tanto en su individualidad como en sus relaciones comunitarias. La agenda 2030 en sus objetivos del desarrollo sostenible contempla esta acción en el objetivo número 3 que promueve la salud y el bienestar universal. Cabe resaltar que, si bien se han ido realizando acciones para avanzar en este objetivo, aún se reportan datos alarmantes como que cuatro de cada cinco muertes en niños menores de 5 años ocurren en países y zonas empobrecidas como África Subsahariana y Asia Meridional⁴¹.

2. Apuntalar, bajo el principio de solidaridad global de reciente uso, acciones conjuntas entre países que ayuden a fortalecer los lazos de amistad social entre naciones tanto en lo local como en lo internacional y que con ello se compartan las buenas prácticas regionales para ser aplicadas a la escala mundial y se asignen presupuestos para la atención médica sin fronteras. Son loables los esfuerzos de organismos como la OMS en este rubro, no obstante, aún en temas de distribución

40 FT. Núm. 146.

41 Se sugiere explorar el sitio: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> (consultado el 5 de abril del 2021).

de recursos quedan grandes lagunas que atender como ha sido constatado en la distribución de las vacunas en el momento actual en donde sólo 66 países han aplicado 104 millones de vacunas mientras que los países con menos recursos que no pudieron acceder a la compra de las dosis llevan cifras de aplicación que oscilan entre los 0 y las 2,000 dosis. Esta acción va de la mano, a su vez, del objetivo número 17 de la agenda 2030: "Alianzas para lograr los objetivos".

3. En cuanto a los principios de respeto a la dignidad y autonomía de los individuos el camino pendiente tiene que pasar por el empoderamiento de los sujetos, especialmente aquellos que viven en los márgenes sociales (personas sin techo o en situación de calle, presos, niños y niñas, adultos mayores, etc.) para tomar decisiones respecto de su salud y cuidados. El desmantelamiento de la medicina paternalista es urgente y el paso de una autonomía individualista a una autonomía relacional son gigantes pendientes aún; sin embargo, sólo haciendo partícipes a las personas del cuidado y atención de su propia salud lograremos comunidades participativas y organizadas que reclamen lo que por derecho les corresponde y se logre el tránsito de los derechos individuales a los derechos colectivos. Parte de este proceso de empoderamiento recae en el nivel de educación que, a su vez, constituye el objetivo número 4 de los objetivos de desarrollo sostenible: "Educación de calidad" y el número 10: "Reducción de las desigualdades".

4. Desde el principio de justicia, considero importante rescatar la urgencia de incorporar una perspectiva de género en la planeación de las estrategias conjuntas para proteger el derecho a la salud de todas las personas, pero específicamente de las mujeres. La visión que de la mujer se tiene aún en nuestros días en algunas cosmovisiones tiene serias dificultades para promover la igualdad de dignidad entre mujeres y hombres y atender la salud de la mujer con sus complejidades. Una mirada de género a las problemáticas sociales que afectan la vida ya la salud de las mujeres tales como la violencia, los abusos de poder y los abusos sexuales sumados a los discursos que la invisibilizan resultan asuntos urgentes para poder asegurar su plena inserción en la vida comunitaria y generar procesos y espacios de participación e igualdad de oportunidades. Este punto recae en el objetivo número 5: "Igualdad de género".

Podríamos pensar en muchas más áreas en donde la ética que atiende la vida pueda tener tintes más incluyentes, solidarios y fraternos; sin embargo, considero que la Bioética avanza en esa dirección al construir puentes de diálogo que están incluyendo, cada vez con más frecuencia eso que Gilligan denominaba como las "voces diferentes".

CONCLUSIONES

La encíclica FC despierta una mirada nueva a los grandes problemas de estudio de la Bioética y llama a la recuperación de una ética fundada y fundamentada en la persona concreta y singular como lugar de encuentro y acción.

Durante muchos años, el entendimiento egoísta de la mismidad generó el desprecio por el otro argumentando sus prácticas excluyentes en una ética de la justicia o deontológica que mandaba cuidar y amar sólo al idéntico, pero, a partir de la constatación de tanto dolor infligido, la ética ha adoptado un nuevo paradigma desde el cual entenderse: la compasión y el cuidado antes que el cumplimiento del deber impuesto.

Esta ética del cuidado nos llama a tender puentes con los otros, a acercarnos y co-habitar con ellos un mismo espacio común en donde acontecen diariamente millones de experiencias complejas y un entramado de relaciones que perfilan un modo de atención y procuración de la vida de todos, poniendo primero a la persona y su entorno antes de los intereses económicos y/o utilitaristas.

La Bioética, adopta este llamado al cuidado mutuo en sus entrañas desde el momento en que se entiende como una amplia preocupación por la vida en todas sus expresiones y, en su natural interdisciplinariedad, permite el intercambio de voces diferentes que enriquecen las acciones de empatía, solicitud, encuentro, amistad y servicio.

Cuando la Bioética adquiere una visión global que se ocupa de atender los problemas mundiales que aquejan la vida y la salud e intenta proponer acciones conjuntas y coordinadas para superar los obstáculos que impiden una vida plena, se vuelve más cercana aún a las personas reconociendo la necesaria interconexión entre todos que emana del natural vínculo de sabernos hermanados en la misma especie y en el mismo sufrimiento.

Así pues, la Bioética se entiende como un vehículo para la puesta en práctica de la fraternidad universal y de la amistad social en tanto que comprende la atención siempre delicada a una realidad frágil y vulnerable pendiente del necesario equilibrio entre la naturaleza y la condición humana.

Aún queda camino por trazar, pero, al menos, una nueva ventana desde la cual pensar los problemas universales desde la óptica particular ha surgido ya: la Bioética Global. Atender pues, esas condiciones de posibilidad y suficiencia que posibilitan la vida y su interacción es la tarea más apremiante a la que nos debemos sentir llamados, no ya por obligación si no por empatía.

Recuperar el sentido de la hermandad es reconocer la importancia de toda vida y su valor intrínseco, pasa por defenderla y promoverla, por cuidarla y conservarla, pero asumiendo su necesaria interrelación con otras vidas y con otras formas de vida.

En este sentido, es posible interpretar las claves que nos brinda FC desde una hermenéutica bioética para incorporarlas al quehacer interdisciplinario y al acogimiento del enfermo y del sufriente, incluida la Casa Común, desde la responsabilidad que no sólo "carga" con la realidad sino que "se encarga" de ella.

Llamados a practicar el principio de la fraternidad aún por encima de otros principios, es una exigencia ética y ontológica de la que no podemos sustraernos en la tarea diaria de reconocer, proteger y promover la vida toda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado García, Alejandra. "La ética del cuidado". *Aquichan* 4 (2004): 30-39, http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100005. (Consultado el 5 de febrero de 2021).
2. Banks, Sarah y Anne Gallagher. *Ethics in professional life*. London: Palgrave MacMillan, 2009.
3. Calvo, Tomas. *Paul Ricoeur: los caminos de la interpretación*. Barcelona: Anthropos, 1991.
4. De la Garza, María Teresa y Shulamit Goldsmit. *Memoria y crítica de la modernidad*. México: Universidad Iberoamericana, 2010.
5. De la Torre, Francisco Javier. "Vulnerabilidad. La profundidad de un principio en bioética". *Perspectiva teológica* 49 (2017): 155-155, <http://faje.edu.br/periodicos/index.php/perspectiva/article/view/3695>. (Consultado el 5 de febrero de 2021).
6. Faerman, Romina. "Ética del cuidado: una mirada diferente en el debate moral". *Revista de teoría del Derecho de la Universidad de Palermo* 1(2005): 123-146, https://www.palermo.edu/derecho/pdf/teoria-del-derecho/n3/TeoriaDerecho_06.pdf. (Consultado el 7 de febrero de 2021).
7. Feito, Lydia. "Vulnerabilidad". *Anales del sistema sanitario de Navarra* 30 (2007), https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000600002&script=sci_arttext&tlng=en. (Consultado el 7 de febrero de 2021).

8. Gilligan, Carol. *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. 38th ed. Cambridge: Harvard University Press, 1982/2003.
9. Gilligan, Carol. *La moral y la teoría psicológica del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica, 1986.
10. Horkheimer, Max y Theodoro Adorno. *Dialéctica de la Ilustración*. 9ª ed. Madrid: Trotta, 2009.
11. Kant, Immanuel. "¿Qué es la ilustración?". En *Filosofía de la historia*, por Imaz. México: F.C.E., 1981.
12. Kohen, Beatriz. "Ciudadanía y ética del cuidado". En *Búsquedas de sentido para una nueva política*, compilado por Elisa Carrió y Diana Mafia. Buenos Aires: Paidós, 2005.
13. Lévinas, Emmanuel. *El humanismo del otro hombre*. Siglo XXI: Madrid, 1974.
14. Lévinas, Levinas. *Totalidad e infinito*. Salamanca: Sígueme, 2002
15. Mardones, José María y Reyes Mate, Manuel. *La ética ante las víctimas*. Barcelona: Anthropos, 2003.
16. Reich, Warren Thomas. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Mac Millan, 1978.
17. Reich, Warren Thomas. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Mac Millan, 1995.
18. S.S. Francisco. *Fratelli Tutti*. Roma: Editrice Vaticana, 2020.
19. Taylor, Charles. *El multiculturalismo y la política del reconocimiento*. México: Fondo de Cultura Económica, 2001.
20. Tealdi, Juan Carlos. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Colombia: UNESCO/Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética/Universidad Nacional de Colombia, 2008.
21. Ten Have, Henk y Bert Gordijn. *Handbook of Global Bioethics*. EEUU: Springer, 2014.
22. Ten Have, Henk. *Global Bioethics. An introduction*. Oxford/Nueva York: Routledge, 2016.
23. Tronto, Joan. "Beyond gender difference to a theory of care". En *An ethic of care: feminist and interdisciplinary perspective*, por M. J. Larrabee. Londres:

Routledge, 1993, <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/494360>. (Consultado el 7 de febrero de 2021).

24. Wallertsein, Immanuel Maurice. *Análisis de sistemas-mundo: Una introducción*. México: Siglo XXI, 2014.

25. World Bank. 1993. World Development Report 1993: 'Investing in Health'. New York: Oxford University Press. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>

Sitios electrónicos consultados:

1. Objetivos del desarrollo sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> (consultado el 5 de abril del 2021).

2. Consultora Bloomberg: seguimiento de las vacunas. <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-vaccine-tracker-global-distribution> (consultado el 25 de febrero del 2021).

3. Declaración política de Río. https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf (consultado el 25 de febrero del 2021)

4. Fratelli Tutti. http://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papafrancesco_20201003_encyclica-fratelli-tutti.html (consultado el 11 de febrero del 2021).

UNA ESPIRITUALIDAD PARA LA VIDA- CARLO CASINI

Fecha de recepción: 06/05/2022

Fecha de aceptación: 14/06/2022

Dra. Marina Casini

Contacto: marina.casini@rm.unicatt.it

- Presidente del Movimiento para la vida italiano.

Palabras clave

- Carlo Casini
- Bioética
- Humanismo
- Evangelio de la Vida

Key words

- Carlos Casini
- Bioethics
- Humanism
- Gospel of Life

RESUMEN

Este texto corresponde a la contribución de Marina Casini al Congreso de Heartbeat International que se celebró del 30 de marzo al 1ro. de abril de 2022 en Jacksonville, Florida, Estados Unidos. Fue traducido al español por Ana María Olguín.

ABSTRACT

This text corresponds to Marina Casini's contribution to the Heartbeat International Congress that was held from March 30 to March 1. April 2022 in Jacksonville, Florida, United States. It was translated into Spanish by Ana María Olguín.

BREVE PERFIL BIOGRÁFICO

Octavo de nueve hijos, Carlo Casini nace en Florencia el 4 de marzo de 1935 de Marina Stacchini y Fiorentino Casini. A pesar del dolor y las dificultades, tuvo una infancia serena sobre todo gracias a la fuerza y la fe de la madre. Frecuenta la "la iglesita" (Iglesia de la Divina Providencia, Florencia) y allí hace amistades que lo han acompañado a lo largo de toda su vida, realiza una importante experiencia de apostolado, se distingue por sus dotes humanas y cristianas. Después de sus estudios clásicos, se licenció en derecho. Fue discípulo de Giorgio La Pira, quien tiene iniciada una causa de canonización. Ingresó a la magistratura en 1961. Presidente diocesano y consejero nacional de la juventud de Acción Católica de 1958 a 1964, año en que contrajo matrimonio con María Nitti con quien compartió todo su compromiso social y político. Su unión se vio enriquecida por la presencia de cuatro hijos a los que pronto se sumaron dos sobrinos que fueron acogidos como hijos. A mediados de los años 70, como magistrado, se topó con la tragedia del aborto. De ahí el nacimiento en Florencia del primer Centro de Ayuda a la Vida en Italia y del Movimiento por la vida del que fue presidente de 1990 a 2015. Parlamentario italiano de 1979 a 1994 y europeo de 1984 a 2014 (con una interrupción desde 1999 a 2004 durante la cual regresó a su profesión como magistrado de la Corte de Casación. Vivió la política como un servicio. Como uno de los fundadores del Comité Ciencia y Vida, colaboró activamente en la constitución del Foro de las asociaciones familiares y del Foro de los operadores sanitarios. Miembro de organismos como la Pontificia Academia para la Vida y el Comité Nacional para la Bioética. Profesor del Ateneo Pontificio Regina Apostolorum. En el año 2010 retomó el ejercicio de la abogacía para la defensa de los objetores de conciencia y de la vida humana naciente o afectada por discapacidad o enfermedad. Son numerosas las iniciativas que ha promovido a favor del derecho a la vida desde la

concepción, como consecuencia del reconocimiento de la igual dignidad de todo ser humano. Entre ellas, la más reciente es la iniciativa de ciudadanos europeos denominada "One of us". Autor de numerosas publicaciones sobre temas de gran relevancia y actualidad como la justicia, los derechos humanos, la paz, el hambre en el mundo, las drogas, la pornografía, el terrorismo, el aborto, la procreación artificial, la familia, la eutanasia y la objeción de conciencia. Carlo Casini nació en el Cielo el 23 de marzo de 2020, rodeado del amor de su familia, después de una enfermedad vivida con auténtico espíritu cristiano. Su patrimonio cultural y espiritual es un patrimonio que se debe conservar y difundir.

UNA VOCACIÓN CIVIL GENUINA Y APASIONADA

Para él, "desde la concepción" no era una fórmula, y "uno de nosotros" no era una etiqueta, sino la máxima expresión del principio de igualdad, la primera piedra para la construcción de un nuevo humanismo, el motor histórico hacia una afirmación cada vez más plena de la dignidad de todo ser humano, el ángulo de visión que nos permite ver en la justa perspectiva toda convivencia entre los hombres, fuente de toda solidaridad y acogida hacia todos, principio de reconciliación y de renovación moral, civil y política, el fundamento de los derechos humanos, el punto de fuerza para comprender el significado de la familia, el presupuesto de la paz, un acto de misericordia.

Carlo Casini estaba convencido de la necesidad de reconstruir un verdadero y noble concepto de laicismo. El aborto no es sólo un pecado, decía, es también una injusticia, una lesión grave de la sociedad como tal en la que el precepto de no matar y el reconocimiento de la igualdad de todos los seres humanos debe ser la base del bien común. Por esto estaba convencido de la laicidad del MPV porque eso en la comunidad civil debe estar abierto a la colaboración incluso de los no católicos o no creyentes, y ser capaz de persuadir a todos. Debemos partir de argumentos de ciencia y razón, desafiando la modernidad en su propio terreno, dijo. Frente a una idea de laicismo secularizado ("laicismo sin laicidad"), entendida como una actitud que contrasta el pensamiento religioso y niega la dimensión trascendente del hombre, él sostenía que la laicidad tiene como objetivo primordial el respeto de la inherente e igual dignidad de todo ser humano (éste es el principio básico de la Declaración Universal de los Derechos Humanos) y utiliza la razón como herramienta común de trabajo. Son innumerables las publicaciones y escritos en los que Carlo Casini desarrolla la reflexión sobre una laicidad (secularidad) inteligente que construye el bien común y mueve el camino de las generaciones, es decir la historia, hacia el progreso, es decir hacia una afirmación cada

vez más plena de la inherencia y de la igualdad de la dignidad humana. Habló del "principio de veneración" y del "misterio laico secular" de la dignidad humana para decir que la auténtica laicidad no puede prescindir de la referencia a "otra" dimensión a la que el hombre tiende para dar un fundamento sólido a su propia vida pero también a vivir juntos. El postulado laico de una dignidad siempre presente con la misma fuerza y la misma intensidad en toda existencia humana se da por un lado, como antídoto para evitar la barbarie de la opresión (*homo homini lupus*), y por otro lado, es expresión de la razón abierta a un "Más Allá" que revela al hombre su plena humanidad. Observó que la Declaración Universal habla de "fe" en los derechos humanos.

LA MIRADA CONTEMPLATIVA Y LA ESPIRITUALIDAD DE LA VIDA

Esta genuina y apasionada vocación laical, que lo desbordó y que desbordó también a su familia, no explica, sin embargo, del todo las razones de su don total, de su inmolación. Fue aún más lejos y en mayor profundidad. Me atrevo con temor, a asomarme apenas, de puntillas, a esa dimensión íntima que dio sentido y motivación al ímpetu y compromiso social, cultural, jurídico, civil y político, especialmente en defensa de la vida humana. Sin una "meditación" personal y colectiva sobre el valor y el sentido de la vida humana, sobre el sentido de la creación y la proximidad, se hace realmente difícil perseverar en el compromiso a favor de la vida naciente en un contexto cultural que promueve la "cultura del descarte".

En una carta a un sacerdote amigo escribió que para él, el compromiso con la vida era «el compromiso con el amor de Dios que se materializa en cada nuevo ser humano que aparece en la existencia, hasta el final». Recuerdo haber leído en alguno de sus escritos que para él, el compromiso por la vida equivalía a estar de rodillas ante el Padre de la Vida. Siempre ha buscado a Aquel que es el dador, el sentido, el origen y el fin de la vida humana. En una conferencia realizada en Buenos Aires en 1999 decía: «Estoy seguro de que no hay nada más profundamente humano que la necesidad de infinito y de amor. La desesperación surge de la soledad teológica, es decir, del eclipse del sentido de Dios. Pero Dios, de hecho, está presente en el corazón de cada hombre y para descubrir el sentido de la vida, incluso en el sufrimiento, es necesario finalmente escuchar su voz". Joven magistrado y esposo, escribió, en octubre de 1965, en un cuaderno de ejercicios espirituales: "Todo el día debe ser oración, pero hay momentos en que la conversación con Dios no debe ser sólo potencial e inconsciente, sino que debe hacerse efectiva y consciente. No es tiempo perdido el que se dedica a la oración para quien cree en el destino sobrenatural de su propio ser. En efecto, también se puede pensar

que no es posible el progreso espiritual concreto sin este sacrificio diario del propio tiempo. Y para quien espera una verdadera madurez intelectual y una amplia capacidad apostólica, el "*tempus orandi*" debe ser algo amplio y profundo".

Se sumergió en la historia y el tiempo con una mirada contemplativa. Estaba completamente "en el mundo", pero no era "del mundo".

Era como si estuviera habitado por una luz que le permitía ver la realidad en su verdadera profundidad y esencia, como si viera las cosas en la perspectiva de Dios ("vio Dios todo lo que había hecho y era muy bueno"). En la vida humana vio la obra de una "inteligencia creadora que es amor y llama al amor" y en la casa del niño en el seno de la madre "el más íntimo y duradero de los abrazos", "signo de que toda vida humana se coloca bajo el sello del amor". Por esto, con tanta naturalidad decía y escribía, con tono de asombro y gozo, que todo niño que comienza a existir es "creación en acto", "el verdadero 'big bang'", "una novedad absoluta", "una obra maestra de la creación", "Sentido del universo", "fruto del cansancio del universo, del espacio y del tiempo, de la evolución y de las generaciones", "maravilla de maravillas", "milagro doméstico que se da en la cotidianidad de la vida común", "La apuesta de que el bien (fraternidad, paz universal) está en el futuro, en el destino del mundo", "don y misterio", "misterio conectado al misterio de toda la historia humana", "concentración de esperanza", "garantía de esperanza", "flecha de esperanza lanzada hacia el futuro", "sentido de la historia", "un milagro que suscita asombro, respeto y amor", "palabra de amor de Dios" y "palabra de Dios y de los hombres según el plan de Dios", "misterio de sus designios inescrutables", "esperanza de Dios. Entera, no contaminada, no traicionada"; "Cada niño garantiza la historia y alimenta la esperanza de su significado positivo". En este sentido, recuerdo la dedicatoria a la "*Evangelium Vitae*" que le dio, el 31 de agosto de 1996, a mi hijo recién nacido Giovanni, para cuando creciera:

"Gracias Giovanni,
gracias por nacer,
gracias por la experiencia del milagro que eres,
gracias porque eres la prueba de que Dios existe y es Amor,
gracias por intentar decirnos que todo el universo tiene sentido,
gracias por tu mamá y papá,
por la ternura y la fuerza
que tú, recién nacido, les has dado.
Mis mejores deseos para que tú seas siempre agradecido por quien en el infinito
y en el finito
te dio la vida,

te hace existir,
te ama,
te asegura un futuro maravilloso".

Este "canto del corazón" es posible gracias a la "mirada contemplativa" de la que brota la cultura de la vida. Juan Pablo II en la Encíclica "*Evangelium Vitae*" escribió: "es urgente ante todo cultivar, en nosotros mismos y en los demás, la mirada contemplativa. Esto viene de la fe en el Dios de la vida, que creó a cada hombre haciéndolo como un prodigio (cf. Sal 139/138, 14). Es la mirada de quien ve la vida en su profundidad, captando sus dimensiones de gratuidad, de belleza, de provocación a la libertad y a la responsabilidad. Es la mirada de quien no pretende tomar posesión de la realidad, sino que la acoge como un don, descubriendo en todo el reflejo del Creador y en cada persona, su viva imagen (cf. Gn 1, 27; Sal 8, 6). Esta mirada no se rinde desanimada ante quien en la enfermedad, el sufrimiento, la marginación y el umbral de la muerte; pero que de todas estas situaciones se deja interpelar para ir en busca de un sentido y que precisamente en estas circunstancias, se abre para encontrar en el rostro de cada persona, un llamado a la confrontación, al diálogo, a la solidaridad" (EV n. 138).

La espiritualidad de la vida nace precisamente de esta mirada contemplativa que permite un conocimiento más profundo y verdadero del ser humano. La mirada contemplativa respecto también al embarazo: un "corazón a corazón" único e irrepetible. Y la mirada benévola se dirige también a las mujeres y se hace cuidado, ayuda, la solidaridad, compartir, amistad, una apuesta por la valentía de la mujer de acoger al hijo, en libertad de las presiones y condicionamientos que empujarían al oscuro camino del descarte.

Carlo Casini meditó en profundidad sobre el hombre y lo hizo ante la extrema pobreza del hombre que comienza a existir: "Para ver al hombre es necesario ver sólo al hombre", decía, y además, "quien está en contra del aborto por amor al hombre, no puede evitar amar a todos los hombres"; "Es necesario conectarse -escribía en el 2009- tal vez recomenzar desde la meditación sobre el hombre para recuperar ese sentido del todo, ese sentido del misterio que envuelve al hombre, en una dimensión religiosa, pero también profundamente humana".

A menudo recordaba el Salmo 8 de la Sagrada Escritura:

"Al ver el cielo, obra de tus manos,
la luna y la estrellas que has creado:
¿qué es el hombre para que pienses en él,
el ser humano para que lo cuides?"

Lo hiciste poco inferior a los ángeles,
lo coronaste de gloria y esplendor".

Mi padre, hizo esta meditación sobre el hombre al máximo, incluso en el tiempo de su enfermedad durante el cual tuve la alegría de ayudarlo a escribir su último libro "La dimensión contemplativa en la defensa de la vida humana". Es por la dimensión contemplativa que podemos decir con la Madre Teresa: "Ese pequeño niño que aún no ha nacido, ha sido creado para una gran cosa: amar y ser amado". ¡Madre Teresa! Una gran mujer y una gran santa que ha sido nombrada Presidenta espiritual de los Movimientos por la Vida del mundo y ha sido reconocido como tal por San Juan Pablo II. También la larga amistad con la Madre Teresa ha sido de gran ayuda para el desarrollo de la espiritualidad de la vida, desde los orígenes del compromiso civil con la vida no nacida. En una página del diario fechada el 8 de enero de 1977, mi padre escribe: "Hoy me llamó la atención el programa de televisión sobre Teresa de Calcuta: la pobreza como libertad, una vida dedicada a abrazar a Dios en el prójimo. ¡Este es un mensaje que todo el mundo entiende!". Aquí está el germen de la universalidad de la espiritualidad de la vida.

UNA LUCHA METAFÍSICA ABIERTA A LA ESPERANZA

Pero tenemos que detenernos todavía en un aspecto. La luz que habitaba en Carlo Casini le hacía ver, como él mismo escribió, que en el terreno de la vida humana "el nivel de la lucha es más alto que el humano y el terrestre, porque el enfrentamiento se da en un nivel metafísico, en el corazón mismo del misterio de Dios, donde Cristo se identifica en el hombre" y donde se revela que el "misterio de la Encarnación es el misterio del Infinito que se hace finito; del amor sin límites que comparte totalmente la condición de hombre". Tenía muy claro que junto a la vida del hombre está involucrada la paternidad de Dios con su proyecto de amor y había experimentado que "quien se compromete con la vida encuentra a menudo una fuerza enemiga fascinante y agresora que siembra mentira en las mentes y el miedo en los corazones. A veces parece invencible. Aquí también ayuda la palabra de Jesús: *"Separados de mí nada podéis hacer; yo he vencido al mundo"*. Por eso estaba convencido que "las palabras, los argumentos, la evidencia científica, los debates, las conferencias y los libros son útiles, pero no son decisivos. El derecho a la vida vencerá en el compartir, en el 'partir el pan' de toda una comunidad. Esto requiere una fuerza, una tenacidad, una convicción, que sólo la Eucaristía puede dar".

También fue un hombre de alegría y esperanza. Escribió, (Ejercicios espirituales, octubre de 1965): "La alegría cristiana es como un canto íntimo que nace de la esperanza. Es pues de naturaleza sobrenatural [...] Y este gozo no concierne sólo a la realidad ultramundana, sino que concierne a las cosas de este mundo, que yo veo con otros ojos [...] A nivel práctico, creo que mi vida debe tener un rostro sereno, alegre, tanto más cuanto más sumergida estará en el sufrimiento. Deberá tratarse de una serenidad que no sea vana, sino consciente, abierta a los demás y a sus problemas, dispuesta a ofrecerse a los demás como consuelo, dispuesta al sacrificio y dispuesta a acoger y valorar la vida en sus aspectos positivos. y sublimarlos".

APELACIÓN A LA GENTE DE LA VIDA

Este es el humus en el que ha florecido el llamado al pueblo de la vida escrito por Carlo Casini al final del libro-entrevista editado por Renzo Agasso (Sí a la vida. Historia y perspectivas del Movimento della Vita, Cinisello Balsamo, Milán, San Paolo, 2011, pp. 185-186) a partir de la experiencia consolidada de un auténtico servicio a la vida:

1. "El amor a la vida se manifiesta en primer lugar en la solidaridad concreta hacia las personas. Es indispensable también la palabra que salva y multiplica la solidaridad, pero, a su vez, la palabra se hace creíble por la solidaridad concreta".

2. Un amor auténtico por el hombre es indivisible. Se podría parafrasear a San Juan "Quien, de hecho, no ama a su hermano que ve, no puede amar a Dios que no ve" (1 Jn 4,20): no puede amar verdaderamente al hombre no nacido quien no ama al hombre nacido.

3. El valor de la vida es la primera piedra de una renovación general en lo civil y moral.

4. Debe afirmarse la centralidad política del derecho a la vida.

5. Reconocer el valor de la vida desde la concepción hasta la muerte natural reconstruye el concepto de laicismo en términos correctos.

6. El compromiso por la vida no mira al pasado, sino al futuro: se trata de llevar a término un movimiento histórico de liberación que en nuestro tiempo está llamado a confrontar la dignidad humana en las fronteras extremas de la vida.

7. No resignarse significa aceptar la inevitable gradualidad de los objetivos que se persiguen cada cierto tiempo, en la lógica del máximo bien realizable "aquí y ahora".

8. El compromiso por el derecho a la vida no levanta barricadas, sino que construye puentes de encuentro y espacios de diálogo.

9. El lenguaje y las acciones para la vida deben suscitar la simpatía por la verdad, que en todo caso nunca debe ser silenciada, en la confianza que el valor de la vida está presente, a pesar de las apariencias contrarias, en la mente y en el corazón de todos.

10. "Es necesaria la unidad estratégica, es decir, operativa, de todos los que se proponen defender y promover el valor de la vida humana".

Hay una frase suya que resume el mensaje de toda su vida: "De un Amor Infinito podemos confiarnos", y esa frase la hemos querido grabar en su lápida.

Estos son algunos de los rasgos, apenas mencionados, de su perfil espiritual, que se suman a los perfiles más conocidos del magistrado, del político, del líder del Movimiento por la Vida. Aquel que se hizo "todo para todos" sigue siendo recurso para todos.

Carlo Casini dejó una gran riqueza de publicaciones, escritos, entrevistas, videos; un patrimonio a ser preservado y difundido. Pero el libro más hermoso que escribió se puede leer en las páginas de su vida, que se realizó en profunda adhesión al Evangelio y su vida se ha hecho ella misma testimonio vivo del Evangelio de la Vida.

ANÁLISIS PRELIMINAR DEL FALLO “DOBBS” DE LA SUPREMA CORTE DE LOS ESTADOS UNIDOS

Dr. Jorge Nicolás Lafferriere

Contacto: nicolas_lafferriere@uca.edu.ar

- Abogado, Doctor en Ciencias Jurídicas, Director del Centro de Bioética Persona y Familia

Palabras clave

- Dobbs V. Jakson Women's Health Organization
- Bioderecho
- Aborto

Key words

- Dobbs V. Jackson Women's Health Organization
- Biolaw
- Abortion

RESUMEN

Este informe fue publicado el 27 de junio del 2022 en el portal del Centro de Bioética Persona y Familia y plantea un análisis del fallo de la Corte Suprema de los Estados Unidos respecto del caso *Dobbs, State Health Officer of the Mississippi Department of Health, et al. v. Jackson Women's Health Organization et al.*

ABSTRACT

This report was published on June 27, 2022 on the website of the Center for Person and Family Bioethics and presents an analysis of the ruling of the Supreme Court of the United States regarding the *Dobbs* case, *State Health Officer of the Mississippi Department of Health, et al. v. Jackson Women's Health Organization et al.*

1. INTRODUCCIÓN

El 24 de junio de 2022 la Suprema Corte de los Estados Unidos resolvió el caso "*Dobbs, State Health Officer of the Mississippi Department of Health, et al. v. Jackson Women's Health Organization et al.*" y, al tiempo que sostuvo la constitucionalidad de una ley de Mississippi, derogó judicialmente los precedentes "*Roe v. Wade*" (1973) y "*Planned Parenthood of Southeastern P. v. Casey*" (1992) que habían sostenido, de forma manifiestamente equivocada, que existía un derecho al aborto. Para la Corte no existe un derecho así en la Constitución, ni siquiera implícitamente y, de esta forma, la discusión se traslada ahora a las legislaturas de cada estado, que son las que tienen la autoridad para regular o incluso prohibir el aborto.

El fallo fue resuelto por una mayoría de 6 votos divididos en un voto mayoritario (Alito, Thomas, Gorsuch, Kavanaugh y Barret) y un voto concurrente en la decisión (Roberts). La disidencia fue firmada por tres jueces en conjunto (Breyer, Sotomayor y Kagan). El juez Roberts solo coincide con la mayoría en la decisión sobre la ley de Mississippi y difiere en lo que respecta a la decisión de derogar "*Roe*" y "*Casey*" (aspecto de la decisión que resulta aprobado por un resultado de 5-4). Por su parte, Thomas y Kavanaugh, además de adherir al voto de la mayoría redactado por el juez Alito, emitieron opiniones concurrentes ampliando los fundamentos de su decisión.

La sentencia posee una enorme importancia por sostener que no existe un derecho al aborto. Pero también tiene una gran complejidad, por las peculiares características del sistema jurídico de los Estados Unidos. En todo caso, procuraré un resumen de las principales cuestiones en juego del fallo "*Dobbs*", concentrando la atención sobre todo en el voto de la mayoría.

2. ¿QUÉ PROBLEMA ENFRENTABA LA CORTE?

El principal problema que enfrentaron los jueces de la mayoría en "Dobbs" puede resumirse así: bajo el imperio de los precedentes "Roe" y "Casey" se ha interpretado que, al amparo de la Enmienda 14, la Constitución de los Estados Unidos reconoce un derecho a abortar como parte de la libertad de las personas y ese derecho recién puede ser limitado por razones vinculadas con la protección de la vida prenatal desde el momento de la viabilidad.

Ahora bien, como la ley de Mississippi (*Gestational Age Act* – Ley de la edad gestacional) restringe ese pretendido derecho al aborto antes de la viabilidad, pues lo hace ilegal desde la semana 15 de embarazo (aunque con dos excepciones pasado ese plazo), la ley fue cuestionada ante los tribunales por violar los estándares de "Roe" y "Casey" y tanto en el juzgado de Distrito, como en la Corte de Circuito, se emitieron sentencias que declaraban la inconstitucionalidad de la ley.

Apelada la decisión de la Corte de Circuito, la Suprema Corte debe decidir sobre la constitucionalidad de la ley de Mississippi, y ello necesariamente significa (afirma el voto mayoritario), dejar sin efecto (*overrule*) los precedentes "Roe" y "Casey".

Por eso, la sentencia aborda dos grandes cuestiones, de forma muy interconectada: a) si existe un derecho al aborto en la Constitución de los Estados Unidos; b) si existen argumentos válidos para derogar los precedentes "Roe" y "Casey". A partir de estas dos cuestiones, se abren distintas proyecciones del fallo que también son mencionadas en los distintos votos y que agregan complejidad a la situación.

A continuación, analizaré estos tres puntos.

3. ¿EXISTE UN DERECHO AL ABORTO EN LA CONSTITUCIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS?

Como dije, el voto mayoritario se propone demostrar que no existe un derecho al aborto en la Constitución de los Estados Unidos. Para la mayoría de "Dobbs", "Roe" es un fallo "flagrantemente equivocado" ("*egregiously wrong*", p. 6). Para ello analizan el lenguaje del texto constitucional en las enmiendas que fueron invocadas para dar sustento al pretendido derecho al aborto.

En efecto, "Roe" y "Casey" extrajeron el derecho al aborto de la Enmienda 14 que dispone que "ningún gobierno puede privar a una persona de su vida, libertad o propiedad, sin un debido proceso legal". Lógicamente, la enmienda 14 no men-

ciona el aborto, pero en "Roe" y "Casey" este derecho fue deducido de la noción de "libertad" a la que hace referencia la Enmienda. Se trataría, según esos fallos, de un derecho implícito bajo la denominada "cláusula del debido proceso" ("due process clause").

Ahora bien, con fundamento especial en el fallo "*Glucksberg*", la propia Corte considera que, para que un derecho puede considerarse como "implícito" en la Constitución debe estar "profundamente enraizado en la historia y tradición de la Nación" ("*deeply rooted*"). Con ese criterio en mira, el voto mayoritario en "Dobbs" demuestra que el aborto no es un derecho profundamente enraizado en la historia y la tradición. Realiza una profunda investigación sobre la historia constitucional y jurídica de los Estados Unidos para demostrar que ello no es así. Sobre todo, demuestran, incluso con un apéndice documental que recopila la legislación vigente al momento de la Enmienda 14 (1868), que los Estados criminalizaban el aborto y que no podía considerársele un derecho. El voto mayoritario realiza un análisis de algunas particularidades de esa legislación sobre el aborto, como lo referido a las distinciones que se hacían según hubiera movimientos del feto ("*quickening*").

Para el voto mayoritario de "Dobbs", existió un abrumador consenso sobre la prohibición del aborto ("*overwhelming consensus*", p. 24) hasta el fallo "Roe". Por eso, concluyen que este derecho al aborto no está "profundamente enraizado en la historia y la tradición de la Nación" (p. 25).

El voto mayoritario también analiza si el derecho al aborto puede deducirse de una consideración sobre la libertad de tomar decisiones íntimas y personales que son centrales para la dignidad personal y la autonomía. Esto era lo que afirmaron "Roe" y "Casey", apoyándose en distintos precedentes. Pero el voto de la mayoría en "Dobbs" muestra que hay una diferencia sustancial entre esos precedentes y el aborto, pues "el aborto destruye lo que esas decisiones llamaron 'vida potencial' y lo que la ley en discusión en el caso considera como la vida de un ser humano individual" (p. 32).

En síntesis, el voto mayoritario demuestra que "Roe" y "Casey" crearon un derecho que no estaba "profundamente enraizado" en la tradición e historia de la Nación. De allí que sea justo, en una perspectiva constitucional, derogar esos precedentes. Y ello nos lleva al siguiente problema.

4. ¿EXISTEN ARGUMENTOS VÁLIDOS PARA DEROGAR LOS PRECEDENTES "ROE" Y "CASEY"?

Sentada la inexistencia de un "derecho al aborto" en la Constitución de los Estados Unidos, el voto mayoritario afirma que se debe derogar ("overrule") los precedentes "Roe" y "Casey". Pero justamente por la importancia del precedente en el sistema jurídico del "*common law*", tal posibilidad de derogación es realmente excepcional y debe estar muy bien fundada. En efecto, este sistema jurídico adopta un principio conocido como "*stare decisis*" que señala el deber de los jueces de no apartarse de lo decidido en casos anteriores. Sin embargo, en ciertas circunstancias, se "deben reconsiderar y, si fuera necesario, derogar las decisiones constitucionales" (p. 40).

El voto mayoritario trae a colación otras ocasiones en que la propia Corte ha derogado sus precedentes. Y luego pasa a justificar la decisión que se adopta en "Dobbs" y ofrece cinco motivos para derogar "Roe" y "Casey":

- a. la naturaleza de la errónea interpretación constitucional que hizo la Corte en esos fallos;
- b. la calidad del razonamiento, que falló en brindar un fundamento en el texto, la historia o el precedente para crear un pretendido derecho al aborto;
- c. los problemas de funcionalidad de las reglas de "Roe" y "Casey", de modo que se critica los problemas de aplicación que tuvieron esas reglas (*workability*);
- d. los efectos que tuvieron las sentencias "Roe" y "Casey" en otras áreas del derecho;
- e. y finalmente analizan si la derogación de "Roe" y "Casey" afectan intereses de personas que confiaban en esos precedentes ("*reliance interests*").

Luego de desarrollar todos estos argumentos, el voto mayoritario concluye que la Constitución no confiere un derecho al aborto, "Roe" y "Casey" deben ser derogados, y la autoridad para regular el aborto debe regresar al pueblo y a sus representantes electos (p. 69).

En este punto, la decisión de derogar "Roe" y "Casey" encuentra sustento en 5 votos, pues el juez Roberts no acompaña a la mayoría en este aspecto de la sentencia.

5. OTRAS PROYECCIONES DE LA SENTENCIA

La sentencia proyecta efectos sobre muchas cuestiones que resulta imposible resumir en este breve comentario. Reseño a continuación algunas de esas proyecciones.

a) ¿Cómo deben juzgarse las leyes de aborto de ahora en adelante?

A partir de la p. 77, el voto mayoritario explica que para juzgar las leyes de aborto que se sancionen de ahora en adelante, se debe recurrir a un análisis en base a la razonabilidad ("*rational-basis review*"). Se trata del examen de constitucionalidad menos estricto y que confiere una mayor presunción de validez a las normativas (fuerte presunción de validez). Fundamenta ello en que no existe un derecho constitucional sobre el aborto. En su opinión, cada estado regulará el aborto en consideración a distintos intereses, entre los que enumeran: "el respeto por y la preservación de la vida prenatal en todas las etapas de desarrollo; la protección de la salud materna y su seguridad; la eliminación de algunos procedimientos médicos particularmente repulsivos o bárbaros; la preservación de la integridad de la profesión médica; la mitigación del dolor fetal; la prevención de la discriminación con base en la raza, el sexo o la discapacidad" (p. 78).

b) La entrada en vigencia de algunas leyes de prohibición total del aborto

A partir de la derogación de "Roe" y "Casey", los Estados cuentan con un mayor margen para regular o incluso prohibir el aborto. De hecho, el mismo viernes 24 de junio de 2022 entraron en vigencia leyes que habían sido aprobadas en Alabama, Kentucky, Luisiana y Dakota del Sur para el supuesto en que ocurriera tal derogación. En otros casos, las leyes de prohibición total del aborto entrarán en vigencia en breve.

En el mismo caso de Mississippi, la ley que "Dobbs" consideró constitucional era más restrictiva que lo establecido en "Roe" y "Casey", pero permitía el aborto hasta la semana 15. Sin embargo, la cuestión de cómo queda regulado el aborto en ese estado es más compleja pues una ley de 2007 había establecido que si se derogaba "Roe" en ese Estado entraba en vigencia una prohibición casi total del aborto (MS Code § 41-41-45) con excepción de los casos de riesgo de vida de la madre o embarazo proveniente de violación cuando hubo denuncia formal. En otros estados también encontramos leyes como esta, que habían supeditado su

vigencia a la derogación de "Roe", y que entrarán en vigor en los próximos días¹. Este tema será motivo de gran controversia y análisis en los próximos tiempos.

6. REFLEXIONES FINALES

"Dobbs" marca un hito en la historia judicial del aborto en los Estados Unidos. Pone fin a la política favorable al aborto como derecho que había nacido al amparo del precedente "Roe" en 1973 y que se confirmó en 1992 en "Casey". El voto mayoritario de forma argumentada y sólida brinda las razones para derogar esos precedentes y reabre la posibilidad de que existan leyes de restricción total del aborto que tomen en cuenta, entre otros, el interés propio de la vida prenatal.

Ciertamente, como bien señaló en un comentario radial Fernando Toller, hubiera sido deseable que "Dobbs" reafirmara que existe una persona humana desde la concepción y que su derecho a la vida merece protección jurídica total. En esa línea se ubica el prof. Adrian Vermeule², quien sugiere como principio para la interpretación y aplicación de "Dobbs" que, cuando sea posible, deben maximizarse su alcance para proteger la vida inocente de las acciones orientadas a provocarle la muerte en forma intencional, lo que por supuesto se distingue del caso del tratamiento médico lícito que busca salvar la vida de la madre y tiene como efecto secundario no deseado un aborto, si se reúnen las condiciones respectivas.

"Dobbs" posee también una proyección global, pues pone un límite a las tendencias existentes en ámbitos internacionales y en Cortes Constitucionales locales a inventar un derecho al aborto que nunca fue reconocido como tal por ninguna Constitución ni Tratado.

Para la Argentina, "Dobbs" ayuda a mantener viva la esperanza de que se revierta, en los Tribunales y en el Congreso, el camino de legalización del aborto que comenzó con el fallo "FAL" de la Corte Suprema del año 2012 y tuvo su apogeo con la ley 27610 aprobada a fines de 2020. Ciertamente, existen importantes diferencias con los Estados Unidos. Por un lado, nuestro país no adhiera al sistema del precedente judicial y tiene distinta distribución de competencias entre la Nación

1 Guttmacher Institute, "13 States Have Abortion Trigger-Bans – Here's What Happens When Roe is Overturned", Junio 2022, disponible en: <https://www.guttmacher.org/article/2022/06/13-states-have-abortion-trigger-bans-heres-what-happens-when-roe-overturned>

2 Vermeule, Adrian, "How to read Dobbs?", *Ius et Iustitium*, 25-6-2022, disponible en: <https://iustitium.com/how-to-read-dobbs/>

y las provincias. Pero sobre todo, nuestra Constitución no sólo no consagra ningún derecho al aborto, sino que protege explícitamente a la persona humana desde la concepción.

Al terminar este primer comentario, quisiera reiterar que la gran tarea es trabajar por erradicar no solo el aborto, sino las causas que llevan a una madre a considerar el aborto. El aborto siempre es un mal y un fracaso. No es un derecho. Es una conducta que afecta el derecho inviolable a la vida. Este fallo no resuelve esos problemas de fondo, pero reabre el tema para que se puedan impulsar la derogación de las leyes injustas y la promoción de políticas integrales para salvar las dos vidas.

UNA MIRADA A DOBBS V. JACKSON WOMEN'S HEALTH ORGANIZATION

UN FALLO RELEVANTE
DE LA SUPREMA CORTE
DE LOS ESTADOS UNIDOS

Mg. Dr. Leonardo L. Pucheta

Contacto: leonardopucheta@uca.edu.ar

- Abogado, Magister en Ética Biomédica, Miembro de la Pontificia Academia Pro Vita y del Centro de Bioética, Persona y Familia.

Palabras clave

- Dobbs V. Jackson Women's Health Organization
- Bioderecho
- Aborto

Key words

- Dobbs V. Jackson Women's Health Organization
- Biolaw
- Abortion

RESUMEN

El fallo *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization* se ha constituido rápidamente en objeto de estudio en todo el planeta. Mediante éstas breves reflexiones pretende ponerse el foco en algunos de sus elementos centrales y en los previsible efectos que la sentencia tendrá en lo sucesivo, tanto a nivel jurídico como extra-jurídico.

ABSTRACT

Dobbs v. The Jackson Women's Health Organization has quickly become a relevant object of study around the globe. In these brief reflections the focus is made on some of its most important elements and on the foreseeable effects that the sentence will have in the future, both at a legal and extra-legal scene.

En el presente se propone repasar algunos pasajes de la resolución del 24 de junio de 2022 de la Corte Suprema de los Estados Unidos en el caso *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, un caso que ya se constituye como objeto de estudio por parte de especialistas en materia biojurídica y constitucional a nivel global.

Por la complejidad del fallo y del sistema jurídico en el que se inserta, aspiran a extraerse de la sentencia algunas consideraciones preliminares que suman al estudio de la problemática del aborto.

¿QUÉ ESTABA EN DISCUSIÓN?

La cuestión central a dilucidar era si existía un derecho al aborto de origen constitucional en EEUU y por lo tanto, si debía ser reconocido como tal a nivel federal. Luego, en orden a contestar tan compleja cuestión la Corte abordó si debía considerarse al aborto como un derecho implícito en el texto constitucional, si debía encuadrarse en el marco de las liberalidades de la decimocuarta enmienda, si surgía de la tradición norteamericana y, en última instancia, si debían dejarse sin efecto los precedentes *Roe v. Wade* y *Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey*.

A continuación nos referiremos sucintamente a la línea argumental desplegada por el voto mayoritario y a las particularidades de los votos en disidencia parcial o total¹.

PLANTEO DE LA CUESTIÓN

La Ley de Edad Gestional (*Gestational Age Act*) aprobada en el Estado de Mississippi establece que con excepción del caso de emergencia médica o de una "anomalía fetal grave", no es lícito realizar intencionalmente o inducir el aborto, si se ha determinado que la edad gestacional probable de la persona por nacer es mayor de quince (15) semanas.

En ese marco, la Jackson Women's Health Organization, clínica dedicada a la realización de abortos, impugnó la Ley en el Tribunal Federal de Distrito alegando que violaba los precedentes de la Suprema Corte que establecían el derecho constitucional al aborto, *Roe v. Wade* y *Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey*.

El Tribunal de Distrito dio tratamiento sumario y procedió a prohibir la aplicación de la Ley, confirmando en dicha instancia que la restricción establecida por la ley estatal en la semana 15 violentaba la inhibición que pesaba sobre los Estados de prohibir las prácticas abortivas.

Lo resuelto fue recurrido por los representantes del Estado de Mississippi con fundamento en que *Roe* y *Casey* se decidieron erróneamente y que la ley cuestionada debe ser considerada constitucional.

De este modo quedó planteada la cuestión que debía resolver la máxima instancia judicial de los EEUU, vale decir, si existen elementos de orden constitucional que permitan fundar un derecho para el acceso a la práctica abortiva.

1 De los 9 jueces que integran el tribunal 5 firmaron el voto mayoritario, Samuel Alito, Clarence Thomas, Amy Barrett, Neil Gorsuch y Brett Kavanaugh. El Juez Thomas fue el que más avanzó, sugiriendo que debían revisarse otros "derechos implícitos" reconocidos erróneamente por la Corte en el pasado. El presidente de la Corte, John Roberts, votó con la mayoría parcialmente, afirmó que la Ley de Mississippi era constitucional pero afirmando que no debía dejarse sin efecto los precedentes *Roe* y *Casey*. El voto en disidencia fue firmado por 3 jueces: Stephen Breyer, Elena Kagan y Sonia M. Sotomayor.

LOS ANTECEDENTES CUESTIONADOS

En 1973 la Suprema Corte resolvió el caso *Roe v. Wade* afirmando la existencia de un derecho al aborto derivado del derecho a la privacidad, deducido de las primera, cuarta, quinta, novena y decimocuarta enmienda a la Constitución de los EEUU.

La mentada prerrogativa era deducida por el tribunal fundamentalmente de la denominada "cláusula de debido proceso" de la decimocuarta enmienda del año 1868, la que reza:

"Todas las personas nacidas o naturalizadas en los Estados Unidos, y sujetas a su jurisdicción, son ciudadanos de los Estados Unidos y del Estado en que residen. Ningún Estado promulgará ni hará cumplir ninguna ley que restrinja los privilegios o inmunidades de los ciudadanos de los Estados Unidos; *ni ningún Estado privará a ninguna persona de la vida, la libertad o la propiedad, sin el debido proceso de ley*; ni negar a persona alguna dentro de su jurisdicción la igual protección de las leyes" (el énfasis nos pertenece)^{2, 3}.

En función de tal reconocimiento la corte estableció un esquema diferencial para cada trimestre de gestación, asignando repercusiones diversas conforme el nivel de desarrollo del concebido.

A partir de éste pronunciamiento el aborto quedó liberalizado sin restricción alguna en todo el territorio de los EEUU durante el primer trimestre, durante el segundo trimestre salvo las restricciones que en cada Estado se establecieran en atención a la protección de la salud materna y durante el tercer trimestre salvo por los casos en que se restringiera a nivel local en razón de la viabilidad del feto.

Durante el último trimestre, las únicas restricciones que los Estados podrían plantear debían fundarse en un "interés sustancial" para la protección de la vida fetal según criterios de viabilidad, interés que de todas formas debía ceder ante el aborto planteado como medio para la preservación de la vida o la salud materna.

En definitiva, antes de *Roe* cada estado podía regular la cuestión, sea flexibilizando el acceso al aborto o prohibiéndolo sin excepción. De hecho, hasta el dictado del fallo, 30 estados todavía prohibían el aborto en todas las etapas. Con *Roe*

2 https://www.senate.gov/civics/constitution_item/constitution.htm (Último acceso el 4 de julio de 2022).

3 Desde ya, de la misma cláusula se deduce con palmaria claridad que ninguna persona puede ser vulnerada en su vida sin mediar el debido proceso, por lo que el planteo de la Corte mereció fuertes críticas.

se asignó a la pretensión de abortar carácter de derecho subjetivo y se restringió la autonomía de los estados para abordar la problemática.

Tal es así que, en los términos del voto mayoritario en el caso *Dobbs, Roe v. Wade* fue expresión de un "ejercicio de poder judicial puro" (*raw judicial power*) limitante de las autonomías reglamentarias locales.

Posteriormente, en 1992, el tribunal resolvió el caso *Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey*, sin cuestionar el presunto derecho al aborto como parte de las liberalidades protegidas por la cláusula de debido proceso de la decimocuarta enmienda y describiendo al aborto como la libertad para tomar "opciones íntimas y personales" que son "centrales para la dignidad y autonomía personal".

De este modo, *Casey* reafirmó la doctrina de *Roe* y prohibió a los estados adoptar cualquier regulación que impusiera una "carga indebida" (*undue burden*) sobre la mujer que implicara una merma de sus pretensiones de abortar.

¿HAY UN DERECHO AL ABORTO?

Se afirma que la constitución de los EEUU protege dos tipos de derechos: Los explícitamente enumerados en las 8 primeras enmiendas y aquellos no estando formalmente reconocidos pueden deducirse implícitamente del texto constitucional.

Es así que en orden a resolver si surge de la Constitución un derecho al aborto la Suprema Corte planteó en *Dobbs* un camino deductivo lógico que replica un *iter* hermenéutico que resulta inobjetable⁴, vale decir, iniciando la interpretación a partir del texto frío de la norma bajo análisis, considerando el sentido corriente asignado a los términos utilizados y conforme pautas de razonabilidad y buena fe.

En ese sentido, no existiendo una referencia expresa al aborto en el texto constitucional el tribunal afirmó que el pretense derecho no puede deducirse del "lenguaje del instrumento".

Pues entonces, zanjada la inexistencia de un derecho explícito, la Corte se embarcó en la pesquisa de un posible derecho de reconocimiento implícito. Para ello,

4 Vale decir que semejante es la solución ofrecida por la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados o incluso nuestro Código Civil y Comercial de la Nación.

examinó si el derecho a abortar se encontraba arraigado en la historia y tradición de la Nación y si, como tal, es un componente esencial de la "libertad ordenada"⁵.

Lo cierto es que el término "libertad" por sí solo proporcionaba poca orientación, por lo que se incorporó al proceso de interpretación una consideración de tipo histórica, superando la literalidad inconducente del cuerpo normativo en cuestión. En ese sentido, afirma el voto mayoritario que "las indagaciones históricas son esenciales cada vez que se solicita a la Corte que reconozca un nuevo componente del interés de "libertad" protegido por la Cláusula del Debido Proceso".

Así, en la búsqueda de antecedentes que permitieran aseverar o rechazar que un derecho al aborto se encontraba "profundamente arraigado en la tradición" la Corte advirtió que hasta la última parte del siglo XX no había respaldo legal en EEUU para un derecho constitucional a obtener un aborto, ni existía disposición constitucional alguna a nivel de los estados que reconociera tal derecho. Hasta *Roe*, de hecho, ningún tribunal federal o estatal había reconocido semejante pretensión. En lo doctrinario el tribunal tampoco halló antecedentes significativos.

De este modo, la Suprema Corte afirmó en *Dobbs* que no puede deducirse de la Constitución Nacional, ni siquiera implícitamente, un derecho al aborto.

¿DEBÍAN DEJARSE SIN EFECTO *ROE* Y *CASEY*?

Ésta cuestión es ciertamente compleja y fundamental en el contexto del derecho anglosajón, centrado en el instituto del precedente. En *Dobbs* en tema es abordado a partir de sentencias del mismo tribunal, que establecen que los precedentes pueden ser dejados sin efecto cuando: 1) la decisión anterior no solo es incorrecta, sino que es gravemente incorrecta (*egregiously wrong*), 2) la decisión anterior ha causado importantes consecuencias negativas jurisprudenciales o en el mundo real, y 3) anular la decisión anterior no perturbaría indebidamente los intereses legítimos de confianza.

En ese marco, el voto mayoritario identifica cinco circunstancias atendibles para proceder a la derogación de los precedentes en cuestión:

5 Diremos a los efectos de este breve trabajo que podemos entender a la "ordered liberty" como un instituto semejante al principio de reserva consagrado en nuestra Constitución Nacional en el artículo 19.

1. Errónea interpretación de la Constitución:

"Roe colisionó con la Constitución desde el día en que se decidió, Casey perpetuó sus errores, y esos errores no conciernen a algún rincón arcano de la ley de poca importancia para el pueblo estadounidense"⁶ (la traducción nos pertenece).

2. Debilidad argumental:

"Roe encontró que la Constitución implícitamente confería el derecho a obtener un aborto, pero no basó su decisión en el texto, la historia o el precedente" (la traducción nos pertenece).

3. Las reglas establecidas en Casey (*undue burden*) generaron problemas prácticos para su aplicación concreta (*workability*);

"La adherencia continua a la prueba impracticable de la 'carga indebida' de Casey socavaría, no promovería, el desarrollo imparcial, predecible y consistente de los principios legales" (la traducción nos pertenece).

4. Roe y Casey produjeron distorsiones en otras áreas del derecho

"Roe y Casey han llevado a la distorsión de muchas doctrinas legales importantes pero no relacionadas, y ese efecto proporciona más apoyo para anular esas decisiones" (la traducción nos pertenece).

5. Dejar sin efecto Roe y Casey no afectará intereses de personas que confiaban en esos precedentes (*reliance interests*).

"El Procurador General sugiere que anular la decisión de Roe y Casey amenazaría la protección de otros derechos bajo la Cláusula del Debido Proceso. La Corte destaca que esta decisión se refiere al derecho constitucional al aborto y no a otro derecho. Nada en este dictamen debe entenderse como poner en duda precedentes que no atañen al aborto" (la traducción nos pertenece).

6 Dobbs v. Jackson Women's Health Organization. Disponible en línea en: https://www.supremecourt.gov/opinions/21pdf/19-1392_6j37.pdf (Último acceso el 8 de julio de 2022).

En función de los argumentos brevemente reseñados, entonces, la Corte resolvió anular *Roe* y *Casey* y volver a reconocer la autoridad para regular el aborto a las autoridades parlamentarias elegidas democráticamente por el pueblo norteamericano.

ALCANCE DEL FALLO

Independientemente de los efectos estrictamente jurídicos de la sentencia comentada, cabría ponderar sus alcances a la luz de los precedentes que dejó sin efecto. Resulta lógico pensar que *Dobbs* produzca un efecto *ad intra* en los EEUU y *ad extra* en el planeta entero, similar al que evidenció *Roe v. Wade*, precedente que produjo notable influencia a nivel judicial, doctrinario y comunicacional desde su aparición en 1973.

Aunque sin repercusiones en instrumentos convencionales de Derechos Humanos y con una penetración a nivel legislativo relativamente baja, el pretense derecho al aborto consignado en *Roe* derramó en debates parlamentarios y contiendas judiciales en todo el planeta. Argentina no es excepción. En el caso FAL del año 2015 la Corte Suprema de Justicia de la Nación echó mano del famoso precedente norteamericano, tal como sucedió en la fundamentación de los proyectos de liberalización del aborto promovidos año a año hasta su aprobación en el año 2021 y en la doctrina favorable a la práctica.

Roe y *Casey* operaron en gran parte del planeta como legitimadores y promotores del pretendido derecho al aborto, de modo que con su derogación es esperable la debilitación de la posición *pro choice* y el fortalecimiento de una lectura consistente con los tratados internacionales de DDHH. En Argentina, semejante tendencia luce absolutamente compatible con nuestra tradición jurídica y con los instrumentos convencionales con máxima jerarquía normativa.

Ahora bien, no debe desatenderse que el fallo comentado adolece de una omisión insalvable: el tribunal no afirmó nada respecto de la protección debida a la vida intrauterina, ni al estatus del *nasciturus* o al momento de comienzo de la existencia de la persona humana. Por ello, están quienes encuentran en el fallo una posición razonable pero que no logra satisfacer las demandas de quienes afir-

mamos el respeto incondicionado del derecho a la vida de cada ser humano desde el momento de la fecundación⁷.

Por todo lo dicho, es posible afirmar que con la anulación de *Roe* y *Casey* quedó sin efecto el "derecho constitucional a abortar" y los Estados recuperaron la potestad de regular la prohibición o legalización del aborto. El fallo no implica una prohibición del aborto a nivel federal y son previsibles efectos globales⁸ análogos a los de *Roe v. Wade*, tanto en el plano jurídico como en el extra-jurídico, con incidencia a nivel discursivo en todo el planeta.

CONSIDERACIONES CONCLUSIVAS

Tal como expresan los jueces Alito y Kavanaugh en la sentencia bajo análisis, el aborto continúa siendo una cuestión moralmente relevante y conflictiva entre la población norteamericana, entre quienes priorizan los intereses de las mujeres embarazadas que aspiran a abortar y quienes tienden a proteger la vida de cada individuo de la especie humana en sus fases iniciales de desarrollo.

La inmediata y extendida repercusión mediática del fallo en todo el mundo da cuenta de que semejante es la conflictividad en el mundo entero y que aunque asociado a los tópicos clásicos de la bioética, el aborto sigue siendo de actualidad.

La sentencia posee aristas positivas desde una perspectiva personalista, en tanto despeja dudas en torno a la falta de fundamento de pretensiones contrarias al derecho a la vida, pero -como se vio- presenta omisiones que fallan en constituir al precedente como un instrumento abiertamente contrario al aborto.

En lo sucesivo asistiremos a una proliferación de debates estatales en EEUU vinculados a la promoción de legislación local, contraria o favorable al aborto dependiendo de la realidad de cada estado y, probablemente, se reaviven debates análogos en otras partes del planeta.

Vemos con cierto agrado la obtención de resultados judiciales resultantes de estrategias de largo aliento y esperamos que ello inspire a los actores sociales

7 Adrian Vermuele, "How to read Dobbs?", *Ius et Iustitium*, 25-6-2022, disponible en: <https://iustitium.com/how-to-read-dobbs/> (Último acceso el 05/07/2022).

8 Jorge Nicolás Lafferriere, Análisis preliminar del fallo "Dobbs" de la Suprema Corte de los Estados Unidos. En línea en: <https://centrodebioetica.org/analisis-preliminar-del-fallo-dobbs-de-la-suprema-corte-de-los-estados-unidos/> (Último acceso el 08/07/2022).

involucrados en la defensa de la vida a trazar líneas de trabajo inteligentes con impacto concreto en el ámbito jurídico y en el plano fáctico.

Como se ha dicho, esperamos que Dobbs implique un aliento revitalizado para volver a comprometerse con la defensa de las soberanías nacionales en este tema y a priorizar el derecho humano a la vida de toda persona, nacida o no nacida⁹.

9 Elyssa Koren, Dobbs v. Jackson Will Have an International Impact. En línea: <https://www.newsweek.com/dobbs-v-jackson-will-have-international-impact-opinion-1719919> (Último acceso el 08/07/2022)

JORNADA DE ORACIÓN POR LA VIDA

HOMILÍA DE MONSEÑOR
JORGE VÁZQUEZ

Buenos Aires, 25 de marzo de 2022

“Existe un vínculo muy estrecho entre la Anunciación y el anuncio del Evangelio de la vida”, tal como lo enseñó San Juan Pablo II en su encíclica *Evangelium vitae*, así se expresaba el Papa Francisco en su catequesis del 25 de marzo de 2020.

El sí de María en la Anunciación es ante todo un sí a la vida, un sí fecundo que genera vida y que nos invita a nosotros a dar un sí generoso y comprometido a toda vida. El contexto de la pandemia que aún estamos padeciendo en sus consecuencias, es una verdadera amenaza para la vida humana. La misma se agrava ahora por el fantasma de la guerra que solo trae destrucción y muerte.

Hoy más que nunca estamos llamados a ser testigos del Evangelio de la vida, y a pesar de las circunstancias a celebrar la vida, acogiéndola con alegría, a compartirla y abrazarla con ternura y misericordia.

CELEBRAR LA VIDA

Celebrar la vida desde su inicio, en la concepción es honrarla hasta el final en su desenlace natural.

La vida es un regalo, el don más grande que nos hace Dios y que se manifiesta sobre todo en el envío del Hijo que nos trae la vida en abundancia. La gente humilde de nuestro pueblo, a pesar de las circunstancias difíciles, que nos tocan vivir, no pierde su capacidad de celebrar la vida y en gran medida la recibe así como viene.

Como María y José, tantísimos padres comparten la vida de sus hijos desde el momento de la concepción. Saben de la alegría que supone para abuelos, para tíos, para hermanos, para amigos, para la comunidad. Saben que un hijo es un regalo para el mundo, una nueva esperanza que se abre, venciendo a todas las situaciones de muerte.

COMPARTIR LA VIDA

Compartir la vida siempre, en todo momento, en toda circunstancia, acogiéndola así como viene.

Compartir la vida es compartir la mesa, la casa, el techo en la comunidad que se abre al más necesitado.

Compartir la vida es cuidar y acompañar al enfermo, al anciano que está en la recta final. Nuestros viejos no son un obstáculo, no son una carga, no están demás, son por el contrario una riqueza de la que recibimos la sabiduría de la vida.

Decimos que queremos compartir la alegría de la vida, pero las noticias nos confrontan a otra realidad. Tantas vidas tan queridas por padres y madres se apagan en cuestión de segundos en la guerra de Europa, y en tantos otros conflictos que a veces olvidamos rápidamente. En nuestros propios barrios tenemos familias batallando por la vida contra el mal de las drogas y las adicciones, entre otros.

“La Iglesia es el pueblo de la vida y para la vida” (San Juan Pablo II). Por eso lo nuestro como cristianos, es celebrar la vida compartirla, cuidarla con ternura y abrazarla siempre.

No debemos permitir que la oscuridad de este mundo (el individualismo, el egoísmo, la cultura de la muerte) anule nuestra capacidad de comprometernos para cuidar la vida en todas sus etapas, como ya dijimos desde la concepción hasta la muerte natural, desde cada lugar donde nos desempeñamos, podemos ser auténticos testigos de la vida.

ABRAZAR LA VIDA CON TERNURA Y MISERICORDIA

El ángel le anunció a María “concebirás y darás a luz un hijo” (Lc.1, 31). Con estas palabras el Ángel le anuncia que va a ser la madre del Hijo de Dios!

Dios se hace hombre y asume nuestra condición humana desde el seno de su madre, se sumerge en la historia y asume toda experiencia humana. Por eso no-

sotros, como cristianos, estamos llamados a tocar de cerca la existencia concreta del otro, a abrazarla con ternura, tal el caso de madres y niños vulnerables que necesitan nuestro apoyo y nuestra ayuda.

Sabemos que la vida se abraza en su totalidad, con sus fortalezas y debilidades, con sus luces y sombras; sabemos que la existencia humana se asume con ternura, paciencia y delicadeza. Porque cuanto mayor es el sufrimiento y la fragilidad mayor es la exigencia de ternura. Estamos llamados a curar heridas, a tomar de la mano historias rotas que se reconstruyen con paciencia, al ritmo de Dios.

Estamos llamados a caminar juntos, con actitud solícita y audaz.

No olvidemos que la ternura brota de un Dios que es amor y que nos ama sin condiciones.

Nos viene bien la invitación del Papa Francisco a contemplar a María: "Porque cada vez que miramos a María volvemos a creer en lo revolucionario de la ternura y el cariño. En ella vemos que la humildad y la ternura no son virtudes de los débiles, sino de los fuertes." (E.Gaudium 288).

Miremos entonces a María para poder abrazar con ternura y desde la misericordia toda vida, especialmente la del niño por nacer y de la mamá.

El fundamento de nuestro compromiso por la vida surge del hecho: "que todo ser humano está llamado por Dios a disfrutar de la plenitud de la vida; y por estar confiado a la protección maternal de la Iglesia, toda amenaza a la dignidad de la vida humana no puede menos que repercutir en su corazón, en sus entrañas maternales. La defensa de la vida para la Iglesia no es una ideología, es una realidad, una realidad humana que involucra a todos los cristianos, precisamente en cuanto cristianos y en cuanto humanos." (Francisco - Catequesis 25 de marzo de 2020).

Con San Juan Pablo II en *Evangelium vitae* dirijamos "a todos los miembros de la Iglesia, pueblo de la vida y para la vida", la más apremiante invitación "para que, juntos, podamos ofrecer a este mundo nuestro, nuevos signos de esperanza, trabajando para que aumenten la justicia y la solidaridad y se afiance una nueva cultura de la vida humana, para la edificación de una auténtica civilización de la verdad y del amor".

Para finalizar quisiera que nos unamos todos a nuestro querido papa Francisco en este gesto por la paz entre Rusia y Ucrania adhiriéndonos al acto de consagración de ambas naciones al Inmaculado Corazón de María.

Tomando unas palabras de la oración de consagración del Papa, le decimos a

la Virgen:

"Oh María, Madre de Dios y Madre nuestra, nosotros, en esta hora de tribulación, recurrimos a ti. Tú eres nuestra Madre, nos amas y nos conoces, nada de lo que nos preocupa se te oculta. Madre de misericordia, muchas veces hemos experimentado tu ternura providente, tu presencia que nos devuelve la paz, porque tú siempre nos llevas a Jesús, Príncipe de la paz. Por eso recurrimos a tí, llamamos a la puerta de tu Corazón, nosotros, tus hijos queridos que no te cansas jamás de visitar e invitar a la conversión. En esta hora oscura, ven a socorrernos y consolarnos. Repite a cada uno de nosotros: "¿Acaso no estoy yo aquí, que soy tu Madre?". Tú sabes cómo desatar los enredos de nuestro corazón y los nudos de nuestro tiempo. Ponemos nuestra confianza en ti. Estamos seguros de que tú, sobre todo en estos momentos de prueba, no desprecias nuestra súplicas y acudes en nuestro auxilio." (Francisco)

DÍA MUNDIAL DEL AMBIENTE¹

Buenos Aires, 5 de junio de 2022

En un contexto de crisis climática y ecológica, en este Día Mundial del Ambiente sostenemos que resulta urgente construir **procesos de transición socio-ecológica** que nos permitan llevar a cabo, de manera gradual pero sostenida, **un camino hacia una economía baja en carbono, que disminuya la presión sobre la naturaleza y con plena inclusión social.**

Sin embargo, nuestro país parece estar lejos transitar ese rumbo, una muestra de ello es la falta de una estrategia de desarrollo con bajas emisiones a Largo Plazo (LTS) y la mirada cortoplacista vigente que tiene un fuerte foco en la necesidad de sumar divisas para hacer frente al pago de la deuda externa, lo que genera enormes incentivos para las actividades extractivas de hidrocarburos, minería y agroindustria. Estas actividades provocan impactos ambientales significativos, imposibilitan revertir el patrón de inserción internacional del país, y se desarrollan a espaldas a la conflictividad socioambiental emergente.

Asimismo, nuestro país tiene un **ba-
jísimo nivel cumplimiento de las nor-
mas ambientales** y un deficiente nivel de control de las actividades que producen impactos negativos sobre el ambiente. De igual forma, **hay una serie de leyes que desde hace muchos años aguardan su tratamiento en el Congreso y que resul-**

Fuente: <https://farn.org.ar/dia-mundial-del-ambiente-2/>

tan absolutamente necesarias para lograr una efectiva prevención y protección del ambiente, como lo es la Ley de Humedales, la incorporación de los delitos ambientales en el Código Penal, la sanción de las leyes de Evaluación de Impacto Ambiental y de Ordenamiento del Territorio, entre muchas otras

Es sumamente urgente que Argentina supere la mirada cortoplacista en sus políticas, que incorpore la mirada del largo plazo con una fuerte política ambiental que le permita dar respuesta a los desafíos ecológicos y climáticos de manera integral y proponga una senda de desarrollo productivo que no mire al pasado y no la condicione a futuro.

Comunicado de la Fundación Ambiente y recursos naturales (FARN)

ENTREVISTA A LA DRA. GRACIELA MOYA PARA EL CICLO “ENTREVISTAS LEJANAS” DE LA FUNDACIÓN JAIME ROCA¹

Buenos Aires, 27 de mayo de 2022

1. En su trabajo anterior dijo que existía en diagnóstico prenatal –y específicamente en el genético –, “una alta capacidad diagnóstica de patología pero una muy baja posibilidad de tratamiento.” ¿Han habido cambios o la situación permanece igual, transcurridos diez años?

Sin duda, a medida a que se desarrolla el conocimiento de los factores que intervienen en el desarrollo humano temprano, y en las nuevas tecnologías, sobre todo en el área de ecografía, genómica y bioinformática, se ha adquirido mayor posibilidad de realizar diagnósticos más certeros y precisos. Del mismo modo, el conocimiento del desarrollo de las personas con condiciones de causa genética o nacidos con anomalías congénitas, y el establecimiento de asociaciones de familias con una determinada condición han permitido tener más información clínica sobre la vida de las personas y las familias que facilitan brindar información sobre pronóstico, expectativas y tratamientos disponibles. Pero dado que, la mayoría de las condiciones de causa total o parcialmente genética no tienen tratamientos curativos tampoco en la vida postnatal, se sostendrá una baja posibilidad de tratamientos en estos casos. Lo limitante para el tratamiento no es el momento del diagnóstico, sino la condición que se diagnostica. Por ello, es necesario desarrollar proyectos de investigación para

¹ Fuente: https://issuu.com/fundacionjaimeroca/docs/tcba_entrevista_moya_4_2022

conocer las características de la vida de las personas con estas condiciones para mejorar su vida. Por ejemplo, el diagnóstico y tratamiento temprano de las apneas del sueño en personas con Síndrome de Down mejora el desarrollo neurocognitivo considerablemente, aumentando alrededor de 10 puntos el cociente intelectual.

A su vez, se avanza en el desarrollo de protocolos de investigación en procedimiento quirúrgicos prenatales en anomalías congénitas muy específicas como defectos del cierre del tubo neural, hipoplasia pulmonar secundaria o hernia diafragmática, por ejemplo. Pero el escaso número de pacientes con estos cuadros es una limitante metodológica para obtener datos validados a corto plazo.

2. En aquella entrevista de 2012 le preguntamos cuáles creía los mayores obstáculos a superar en la Argentina para la aplicación práctica de la bioética, tanto en la clínica como en la investigación. Ud. señalaba la deficiente formación académica de grado en ética en el área biomédica, que la bioética no era considerada una ciencia con su propio estatuto epistemológico, y que "el avance técnico-científico coloca a la praxis del médico o de otros profesionales de la salud en una posición muy distante de la actividad filosófica." ¿Cuál ha sido la evolución y cuál es la situación actual?

La situación, quizá en forma global no se ha modificado. Pero en la actualidad la enseñanza de bioética en universidades se ha convertido en un tema de preocupación y comienzan a desarrollarse programas de formación de grado y postgrado. Además, la obligación de que los proyectos de investigación sean valorados por comités de ética da una pauta de importancia de esta mirada filosófica.

Del mismo modo, comienza a desarrollarse en nuevas áreas de investigación, como en el uso de la inteligencia artificial, el concepto de ética incrustada e integrada (*embedded ethics*) como una propuesta para integrar la ética en el desarrollo de la IA en el campo de la medicina. Se pretende que los especialistas en ética y los desarrolladores de los programas y algoritmos aborden en forma conjunta los posibles dilemas éticos a través de un proceso periódico y continuo desde el inicio del desarrollo de las implementaciones. Algo similar a lo ocurrido con el estudio de ELSI (implicancias éticas, legales y sociales) del proyecto genoma humano.

De todos modos, la ética en el área de salud o investigación no puede quedar ajena del comportamiento ético de la sociedad en general. En la cual es claro en la práctica que el pensamiento filosófico y el respeto por la persona humano no siempre son el eje central a partir del cual se toman las decisiones.

3. Su objetivo era promover “un ámbito de contención y apoyo para las familias cuyos hijos por nacer han sido diagnosticados prenatalmente con desórdenes congénitos o genéticos.” ¿Piensa Ud. que ha germinado su aspiración? ¿Han sido creados esos ámbitos de contención?

Sí, tenemos algunos trabajos de investigación en curso sobre la comunicación del diagnóstico de condiciones como al trisomía 21 y la trisomía 18 en la vida prenatal y postnatal. Entiendo que es necesario profundizar en este tema, porque es evidente la dificultad de algunos profesionales de la salud de comunicarse en forma contenedora y no valorativa con las familias en estas situaciones.

De todos modos, otras familias expresan experiencias sumamente positivas y contendoras de profesionales que logran comunicarse en forma amorosa en este momento de un diagnóstico inesperado. Personalmente colaboro con una fundación de apoyo psicológico a familias con enfermedades poco frecuentes, hemos concretado dos grupos de apoyo constituidos por madres para familias con hijo en gestación con Trisomía 21 y Trisomía 18, que contienen a las familias luego del diagnóstico prenatal. Todos estos grupos trabajan en forma voluntaria, no están subvencionados. Son personas que dedican su tiempo a ayudar a otros por la simple vocación de colaborar en el bien de las familias. Del mismo modo es común recibir en la consulta familias que son derivadas, especialmente por otras colegas y otros pacientes, reconociendo nuestro trabajo, con una mirada más contenedora hacia las familias en estas circunstancias.

4. En 2012 proponía implementar programas de “educación académica y pública acerca de conocer la verdad de la vida de las personas con enfermedades que generen discapacidad en nuestra sociedad, de la definición del valor que tiene la vida humana, la aceptación de la diferencia y la protección de las personas en estado de vulnerabilidad.” ¿Considera que en la Argentina hemos avanzado hacia esos logros?

En la Argentina se va avanzando lentamente en este reconocimiento. Pero en mi experiencia, este avance surge fundamentalmente del compromiso de las familias y las asociaciones de familias que solicitan visibilizar su situación. El año pasado de un grupo de padres de asociación “Mamas up” han presentado un proyecto en senadores sobre “Diagnóstico Humanizado”, al cual asesoré. Este proyecto propone asegurar, a quienes reciben un diagnóstico de Síndrome de Down para su hijo en gestación o recién nacido, la contención y acompañamiento necesarios mediante una adecuada comunicación interpersonal e información objetiva y ac-

tualizada de la condición. Es un movimiento que surge de las necesidades de las personas, pero creo que nos falta aún, como sociedad, recorrer un camino en que este apoyo surja espontáneamente, en el que la necesidad o dificultad del otro puede ser reconocida sin necesidad de ser reclamada.

5. Ocho años después de publicar su trabajo, fue sancionada la ley 27.610 de interrupción voluntaria y legal del embarazo. ¿Cuál ha sido, a su juicio, el impacto de esta norma sobre la decisión de los progenitores ante diagnósticos prenatales de patologías fetales?

Esta ley ha tenido un fuerte impacto en la sociedad en general, evidentemente solamente con ver las estadísticas de los procedimientos de terminación de embarazos que se han realizado en el año 2021, aunque no hay datos de los motivos por los cuales fueron efectuados. El área de diagnóstico prenatal no queda ajena a la situación de la sociedad. Se intenta normalizar el concepto de que ciertas vidas no ameritan ser vividas; es más, algunos autores sostienen que ciertas vidas humanas que se diagnostiquen prenatalmente con diferentes condiciones de salud, pueden generar daños a los padres, las familias a la sociedad, y que para evitar ese daño deben ser eliminadas prenatalmente.

Por ello, es quizás más importante analizar la visión de la sociedad en su conjunto y no la de los padres en forma individual. Los padres se encuentran en situación de muy alta vulnerabilidad y emocionalidad, y deben tomar decisiones basadas no sólo en sus principios y valores, sino que también van a estar influenciados por las opiniones y el apoyo que reciban del sistema de salud, de la familia y de la sociedad en general. Si el sistema de salud o la sociedad interpreta que el niño por nacer tendrá una condición de salud desfavorable y es causa de daño, entonces orientará a los padres a tomar ciertas decisiones. Por el contrario, si el niño con una condición genética nace en una sociedad que brinda todas las oportunidades en salud, educación y trabajo adecuadas para que esa persona sea integrada y se desarrolle en la sociedad como un ser valioso, aun si su vida es corta, orientará de otra manera a los padres.

6. A modo de cierre, le pedimos que agregue lo que desee.

El diagnóstico prenatal es una herramienta médica diagnóstica que debe estar centrada en la protección de la vida humana, como cualquier otro diagnóstico utilizado en el área de salud. Como ha ocurrido previamente en la historia de la

medicina, con otras condiciones de salud, la preocupación por las personas con esa condición ha estimulado la investigación y ha desafiado la creatividad de los científicos por encontrar un tratamiento, una cura o una mejor calidad de vida de las personas. Ello requiere que se disponga de mayores presupuestos y conciencia social para que las personas con condiciones de causa genética gocen de los avances científicos y tecnológicos, de su valor como personas, más allá de sus capacidades. Entre las cosas que nos han enseñado la pandemia COVID-19, es claro que la posibilidad de derivar los recursos humanos y económicos para este tipo de investigación es una cuestión de decisión política.

Gracias por su participación.

Dr. Eduardo Dario Beccar

Dr. Eduardo Pilusso

*Entrevistadores, médicos integrantes del área
de bioética de Fundación Jaime Roca*

DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LOS PARTICIPANTES EN UN ENCUENTRO ORGANIZADO POR EL CONSORCIO INTERNACIONAL DE MEDIOS CATÓLICOS “CATHOLIC FACT-CHECKING”

Ciudad del Vaticano, 28 de enero de 2022

Queridos amigos ¡bienvenidos!

Os acojo hoy para reflexionar junto a vosotros sobre la problemática de la comunicación, en particular sobre el estilo de los comunicadores cristianos frente a algunos temas relacionados con la pandemia del Covid 19. Doy las gracias al señor Montagne por su introducción y saludo de corazón a todos vosotros.

Ya *san Pablo VI*, en el *Mensaje para la Jornada de las comunicaciones sociales de 1972*, afirmaba: «El hombre moderno puede reconocer con facilidad que muchas de sus actitudes, juicios, tomas de posición, adhesiones y oposiciones se deben a los conocimientos, cada vez más vastos y rápidos, de opiniones y de comportamiento que le llegan por medio de los instrumentos de comunicación social». Y añade: «la excelencia de la misión del informador que consiste no sólo en destacar aquello que resalta inmediatamente, sino también en indagar los elementos de encuadramiento y de explicación acerca de las causas y las circunstancias de cada uno de los hechos que él debe señalar». Por tanto, este trabajo exige rigor en el método —precisaba Pablo VI—, «el control y la valoración crítica de las fuentes, con fidelidad a los datos observados y con la transmisión integral de los mismos. La responsabilidad es aún más grave cuando el comunicador está llamado —como sucede a menudo— a añadir, a la simple relación del hecho,

elementos de juicio y de orientación». Hace un año pude leer un estudio interesante sobre cómo cambia el contenido de una historia por la atención del escritor a lo que transmite. Es interesante. Hecho por un profesor, Simone Paganini, de la Universidad de Aachen: es interesante cómo estudia este problema del cambio del contenido en la transmisión de una cosa.

El Papa Montini hablaba de la comunicación y de la información en general, pero sus palabras se acercan mucho a la realidad si pensamos en cierta desinformación que circula en la web en nuestros días. De hecho, vosotros os proponéis precisamente de poner en evidencia las *fake news* y las informaciones parciales o engañosas sobre las vacunas contra el Covid-19, y habéis empezado a hacerlo conectando varios medios católicos e involucrando a varios expertos. Vuestra iniciativa nace como un consorcio que se propone estar *juntos por la verdad*. Y gracias, gracias por esto.

En primer lugar, *juntos*. Esto, también en el campo de la información, es fundamental. Hacer red, poner en común capacidades, conocimientos, contribuciones, para poder informar de la forma adecuada, representa ya de por sí un primer testimonio. En un tiempo herido por la pandemia y tantas divisiones —también en las opiniones— el hecho de estar en red como comunicadores cristianos es ya un mensaje. Punto de partida, es un mensaje.

No podemos escondernos que, en este tiempo, además de la pandemia, se difunde la "infodemia", es decir la desinformación de la realidad basada sobre el miedo, que en la sociedad global hace ecos resonantes y comentarios sobre noticias falseadas si no inventadas. A este clima puede contribuir, a menudo inconscientemente, también la multiplicación y la superposición de informaciones, comentarios y opiniones llamadas "científicas" que terminan por crear confusión en el lector y en el oyente.

Por eso es importante estar en red y hacer alianza con la búsqueda científica sobre las enfermedades, que avanza y nos permite combatir las mejor. «El saber se comparte, la competencia se intercambia, la ciencia se pone en común» (*Discurso a la Biomedical University Foundation de la Universidad Campus Biomédico*, 18 de octubre de 2021). Esto vale también para las vacunas: «es urgente ayudar a los países que tienen menos, pero hay que hacerlo con planes de largo alcance, no sólo motivados por la prisa de las naciones ricas por ser más seguras. Los medicamentos deben distribuirse con dignidad, no como limosnas piadosas. Para hacer un bien real, necesitamos promover la ciencia y su aplicación integral» (*ibid.*) Por eso, estar informados correctamente, ser ayudados a entender sobre la base de los datos científicos y no de las *fake news*, es un derecho humano. La correcta infor-

mación debe ser garantizada sobre todo a aquellos que están menos provistos de medios, a los más débiles, a aquellos que son más vulnerables.

La segunda palabra, después de juntos, es *para: juntos para*. Es una palabra muy pequeña pero reveladora: nos recuerda que como cristianos estamos *contra* las injusticias y las mentiras, pero siempre *para* las personas.

Incluso si el propósito de vuestro consorcio es el de combatir la desinformación, contrastar las *fake news* y la manipulación de las conciencias de los más débiles, no debemos olvidar nunca la diferencia fundamental entre las noticias y las personas. Las *fake news* deben ser contrastadas, pero siempre deben ser respetadas las personas, que a menudo se adhieren a ellas sin plena advertencia ni responsabilidad. El comunicador cristiano hace suyo el estilo evangélico, construye puentes, es artesano de paz también y sobre todo en la búsqueda de la verdad. Su enfoque no es de oposición a las personas, no asume actitudes de superioridad, no simplifica la realidad, para no caer en un fideísmo científico. De hecho, la ciencia misma es un continuo aproximarse a la solución de los problemas. La realidad es siempre más compleja de lo que creemos y debemos respetar las dudas, las angustias, las preguntas de las personas, tratando de acompañarlas sin tratarlas nunca con suficiencia. El diálogo con los dudosos.

Como cristianos debemos ser los primeros en evitar la lógica de la contraposición y de la simplificación, tratando siempre de acercar, de acompañar, de responder de forma serena y razonada a las preguntas y a las objeciones. Intentemos trabajar por la información correcta y veraz sobre el Covid-19 y las vacunas, pero sin cavar zanjas, sin guetizar. La pandemia nos invita a abrir los ojos sobre lo que es esencial, sobre lo que realmente vale, sobre la necesidad de salvarnos juntos. Tratemos de estar juntos *para* y nunca *contra*. Juntos *para*. Y recordemos que el acceso a las vacunas y a las curas debe ser garantizado a todos, también a los más pobres: sanaremos si sanamos juntos. Sobre esto, quisiera subrayar una cosa que siempre he dicho: de una crisis no se sale solos; o se sale juntos, o nadie sale bien. No saldremos iguales: saldremos mejores o peores. Porque la crisis nos pone en dificultad y es necesario encontrar soluciones. Pero el problema —es una trampa psicológica— es cuando la crisis se transforma en conflicto y el conflicto no se resuelve: solamente con la "guerra", con las distancias, con las contraposiciones, y esto es volver siempre atrás y no hacer avanzar el diálogo, el *juntos*. No dejar nunca que una crisis se convierta en conflicto. No, es una crisis. Estamos en crisis, tratemos de salir juntos.

Finalmente, la última breve reflexión es sobre la palabra *verdad*. No nos cansemos de verificar las noticias, de presentar de forma adecuada los datos, de es-

tar nosotros mismos siempre en búsqueda. La búsqueda de la verdad no puede inclinarse a una óptica comercial, a los intereses de los poderosos, a los grandes intereses económicos. No. Estar *juntos para la verdad* significa también buscar un antídoto a los algoritmos diseñados para maximizar la rentabilidad comercial, significa promover una sociedad informada, justa, sana y sostenible. Sin un correctivo ético, estas herramientas generan ambientes de extremismo y llevan a las personas a peligrosas radicalizaciones, y este es el conflicto.

El antídoto contra todo tipo de falsificación es dejarse purificar por la verdad. Es cierto, la verdad purifica. Para el cristiano, la verdad no es nunca solo un concepto que se refiere al juicio sobre las cosas, no, esta es solo una parte de la verdad. La verdad se refiere a la vida entera. «En la Biblia tiene el significado de apoyo, solidez, confianza [...]. La verdad es aquello sobre lo que uno se puede apoyar para no caer. En este sentido relacional, el único verdaderamente fiable y digno de confianza, sobre el que se puede contar siempre, es decir, «verdadero», es el Dios vivo. He aquí la afirmación de Jesús: «Yo soy la verdad» (Jn 14,6). El hombre, por tanto, descubre y redescubre la verdad cuando la experimenta en sí mismo como fidelidad y fiabilidad de quien lo ama» (*Mensaje para la 52ª Jornada de las Comunicaciones sociales 2018*). Trabajar al servicio de la verdad significa por tanto buscar lo que favorece la comunión y promover el bien de todos, no lo que aísla, divide y contrapone. No lo que nos lleva al conflicto.

Hermanos y hermanas, en nuestras oraciones tengamos siempre presentes a las víctimas de la pandemia y a sus familiares. Y tengamos presentes a aquellos que, sin tener el virus, han muerto en el servicio de la gente enferma. Son los héroes de estos días, muchos héroes ocultos. A vosotros y a vuestros colaboradores os deseo un buen trabajo y de corazón os bendigo. Y por favor, no os olvidéis de rezar por mí. ¡Gracias!

MENSAJE DEL SANTO PADRE FRANCISCO PARA LA XXX JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO

Ciudad del Vaticano, 11 de febrero de 2022

«Sean misericordiosos así como
el Padre de ustedes es
misericordioso» (Lc 6,36).
Estar al lado de los que sufren
en un camino de caridad

Queridos hermanos y hermanas:

Hace treinta años, san Juan Pablo II instituyó la Jornada Mundial del Enfermo para sensibilizar al Pueblo de Dios, a las instituciones sanitarias católicas y a la sociedad civil sobre la necesidad de asistir a los enfermos y a quienes los cuidan [1].

Estamos agradecidos al Señor por el camino realizado en las Iglesias locales de todo el mundo durante estos años. Se ha avanzado bastante, pero todavía queda mucho camino por recorrer para garantizar a todas las personas enfermas, principalmente en los lugares y en las situaciones de mayor pobreza y exclusión, la atención sanitaria que necesitan, así como el acompañamiento pastoral para que puedan vivir el tiempo de la enfermedad unidos a Cristo crucificado y resucitado. Que la XXX Jornada Mundial del Enfermo —cuya celebración conclusiva no tendrá lugar en Arequipa, Perú, debido a la pandemia, sino en la Basílica de San Pedro en el Vaticano— pueda ayudarnos a crecer en el servicio y en la cercanía a las personas enfermas y a sus familias.

1. MISERICORDIOSOS COMO EL PADRE

El tema elegido para esta trigésima Jornada, «*Sean misericordiosos así como*

el Padre de ustedes es misericordioso» (Lc 6,36), nos hace volver la mirada hacia Dios «rico en misericordia» (Ef 2,4), que siempre mira a sus hijos con amor de padre, incluso cuando estos se alejan de Él. De hecho, la misericordia es el nombre de Dios por excelencia, que manifiesta su naturaleza, no como un sentimiento ocasional, sino como fuerza presente en todo lo que Él realiza. Es fuerza y ternura a la vez. Por eso, podemos afirmar con asombro y gratitud que la misericordia de Dios tiene en sí misma tanto la dimensión de la paternidad como la de la maternidad (cf. Is 49,15), porque Él nos cuida con la fuerza de un padre y con la ternura de una madre, siempre dispuesto a darnos nueva vida en el Espíritu Santo.

2. JESÚS, MISERICORDIA DEL PADRE

El testigo supremo del amor misericordioso del Padre a los enfermos es su Hijo unigénito. ¡Cuántas veces los Evangelios nos narran los encuentros de Jesús con personas que padecen diversas enfermedades! Él «recorría toda Galilea enseñando en las sinagogas de los judíos, proclamando la Buena Noticia del Reino y sanando todas las enfermedades y dolencias de la gente» (Mt 4,23). Podemos preguntarnos: ¿por qué esta atención particular de Jesús hacia los enfermos, hasta tal punto que se convierte también en la obra principal de la misión de los apóstoles, enviados por el Maestro a anunciar el Evangelio y a curar a los enfermos? (cf. Lc 9,2).

Un pensador del siglo XX nos sugiere una motivación: «El dolor aísla completamente y es de este aislamiento absoluto del que surge la llamada al otro, la invocación al otro» [2]. Cuando una persona experimenta en su propia carne la fragilidad y el sufrimiento a causa de la enfermedad, también su corazón se entristece, el miedo crece, los interrogantes se multiplican; hallar respuesta a la pregunta sobre el sentido de todo lo que sucede es cada vez más urgente. Cómo no recordar, a este respecto, a los numerosos enfermos que, durante este tiempo de pandemia, han vivido en la soledad de una unidad de cuidados intensivos la última etapa de su existencia atendidos, sin lugar a dudas, por agentes sanitarios generosos, pero lejos de sus seres queridos y de las personas más importantes de su vida terrenal. He aquí, pues, la importancia de contar con la presencia de testigos de la caridad de Dios que derramen sobre las heridas de los enfermos el aceite de la consolación y el vino de la esperanza, siguiendo el ejemplo de Jesús, misericordia del Padre [3].

3. TOCAR LA CARNE SUFRIENTE DE CRISTO

La invitación de Jesús a ser misericordiosos como el Padre adquiere un significado particular para los agentes sanitarios. Pienso en los médicos, los enfermeros, los técnicos de laboratorio, en el personal encargado de asistir y cuidar a los enfermos, así como en los numerosos voluntarios que donan un tiempo precioso a quienes sufren. Queridos agentes sanitarios, su servicio al lado de los enfermos, realizado con amor y competencia, trasciende los límites de la profesión para convertirse en una misión. Sus manos, que tocan la carne sufriente de Cristo, pueden ser signo de las manos misericordiosas del Padre. Sean conscientes de la gran dignidad de su profesión, como también de la responsabilidad que esta conlleva.

Bendigamos al Señor por los progresos que la ciencia médica ha realizado, sobre todo en estos últimos tiempos. Las nuevas tecnologías han permitido desarrollar tratamientos que son muy beneficiosos para las personas enfermas; la investigación sigue aportando su valiosa contribución para erradicar enfermedades antiguas y nuevas; la medicina de rehabilitación ha desarrollado significativamente sus conocimientos y competencias. Todo esto, sin embargo, no debe hacernos olvidar la singularidad de cada persona enferma, con su dignidad y sus fragilidades [4]. El enfermo es siempre más importante que su enfermedad y por eso cada enfoque terapéutico no puede prescindir de escuchar al paciente, de su historia, de sus angustias y de sus miedos. Incluso cuando no es posible curar, siempre es posible cuidar, siempre es posible consolar, siempre es posible hacer sentir una cercanía que muestra interés por la persona antes que por su patología. Por eso espero que la formación profesional capacite a los agentes sanitarios para saber escuchar y relacionarse con el enfermo.

4. LOS CENTROS DE ASISTENCIA SANITARIA, CASAS DE MISERICORDIA

La Jornada Mundial del Enfermo también es una ocasión propicia para centrar nuestra atención en los centros de asistencia sanitaria. A lo largo de los siglos, la misericordia hacia los enfermos ha llevado a la comunidad cristiana a abrir innumerables "posadas del buen samaritano", para acoger y curar a enfermos de todo tipo, sobre todo a aquellos que no encontraban respuesta a sus necesidades sanitarias, debido a la pobreza o a la exclusión social, o por las dificultades a la hora de tratar ciertas patologías. En estas situaciones son sobre todo los niños, los ancianos y las personas más frágiles quienes sufren las peores consecuencias. Muchos misioneros, misericordiosos como el Padre, acompañaron el anuncio del

Evangelio con la construcción de hospitales, dispensarios y centros de salud. Son obras valiosas mediante las cuales la caridad cristiana ha tomado forma y el amor de Cristo, testimoniado por sus discípulos, se ha vuelto más creíble. Pienso sobre todo en los habitantes de las zonas más pobres del planeta, donde a veces hay que recorrer largas distancias para encontrar centros de asistencia sanitaria que, a pesar de contar con recursos limitados, ofrecen todo lo que tienen a su disposición. Aún queda un largo camino por recorrer y en algunos países recibir un tratamiento adecuado sigue siendo un lujo. Lo demuestra, por ejemplo, la falta de disponibilidad de vacunas contra el virus del Covid-19 en los países más pobres; pero aún más la falta de tratamientos para patologías que requieren medicamentos mucho más sencillos.

En este contexto, deseo reafirmar la importancia de las instituciones sanitarias católicas: son un tesoro precioso que hay que custodiar y sostener; su presencia ha caracterizado la historia de la Iglesia por su cercanía a los enfermos más pobres y a las situaciones más olvidadas [5]. ¡Cuántos fundadores de familias religiosas han sabido escuchar el grito de hermanos y hermanas que no disponían de acceso a los tratamientos sanitarios o que no estaban bien atendidos y se han entregado a su servicio! Aún hoy en día, incluso en los países más desarrollados, su presencia es una bendición, porque siempre pueden ofrecer, además del cuidado del cuerpo con toda la pericia necesaria, también aquella caridad gracias a la cual el enfermo y sus familiares ocupan un lugar central. En una época en la que la cultura del descarte está muy difundida y a la vida no siempre se le reconoce la dignidad de ser acogida y vivida, estas estructuras, como casas de la misericordia, pueden ser un ejemplo en la protección y el cuidado de toda existencia, aun de la más frágil, desde su concepción hasta su término natural.

5. LA MISERICORDIA PASTORAL: PRESENCIA Y CERCANÍA

A lo largo de estos treinta años el servicio indispensable que realiza la pastoral de la salud se ha reconocido cada vez más. Si la peor discriminación que padecen los pobres —y los enfermos son pobres en salud— es la falta de atención espiritual, no podemos dejar de ofrecerles la cercanía de Dios, su bendición, su Palabra, la celebración de los sacramentos y la propuesta de un camino de crecimiento y maduración en la fe [6]. A este propósito, quisiera recordar que la cercanía a los enfermos y su cuidado pastoral no sólo es tarea de algunos ministros específicamente dedicados a ello; visitar a los enfermos es una invitación que Cristo hace a todos sus discípulos. ¡Cuántos enfermos y cuántas personas ancianas viven en sus casas y esperan una visita! El ministerio de la consolación es responsabilidad

de todo bautizado, consciente de la palabra de Jesús: «Estuve enfermo y me visitaron» (Mt 25,36).

Queridos hermanos y hermanas, encomiendo todos los enfermos y sus familias a la intercesión de María, Salud de los enfermos. Que unidos a Cristo, que lleva sobre sí el dolor del mundo, puedan encontrar sentido, consuelo y confianza. Rezo por todos los agentes sanitarios para que, llenos de misericordia, ofrezcan a los pacientes, además de los cuidados adecuados, su cercanía fraterna.

A todos les imparto con afecto la Bendición Apostólica.

Roma, San Juan de Letrán, 10 de diciembre de 2021, Memoria de la Bienaventurada Virgen María de Loreto.

Francisco

[1] Cf. *Carta al Cardenal Fiorenzo Angelini, Presidente del Consejo Pontificio para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, con ocasión de la institución de la Jornada Mundial del Enfermo* (13 mayo 1992).

[2] E. Lévinas, « *Une éthique de la souffrance* », en *Souffrances. Corps et âme, épreuves partagées*, J.-M. von Kaenel edit., Autrement, Paris 1994, pp. 133-135.

[3] Cf. *Misal Romano*, Prefacio Común VIII, *Jesús, buen samaritano*.

[4] Cf. *Discurso a la Federación Nacional de los Colegios de Médicos y Cirujanos Dentales* (20 septiembre 2019).

[5] Cf. *Ángelus* desde el Policlínico «Gemelli» de Roma (11 julio 2021).

[6] Cf. Exhort. ap. *Evangelii gaudium* (24 noviembre 2013), 200.

POR UNA RESPUESTA CRISTIANA A LOS RETOS DE LA BIOÉTICA

9 de marzo de 2022

Recemos para que podamos dar una respuesta cristiana a los retos de la bioética.

Evidentemente que la ciencia ha progresado y hoy día la bioética nos presenta una serie de problemas a los cuales tenemos que responder, no esconder la cabeza como el avestruz.

Las aplicaciones biotecnológicas deben usarse siempre basándose en el respeto de la dignidad humana. Por ejemplo, no se puede tratar a los embriones humanos como material desechable, de descarte.

En esta cultura del descarte también entran ellos (los ancianos), no, no se puede, extendiendo así esa cultura que hace tanto daño. O dejar que las ganancias económicas condicionen la investigación biomédica.

Tenemos que comprender los cambios profundos con que se está produciendo con un discernimiento aún más profundo, aún más sutil. No se trata de frenar el progreso tecnológico. No, hay que acompañarlo. Se trata de proteger tanto la dignidad humana como el progreso. Es decir, no podemos pagar el precio de la dignidad humana por el progreso, no. Ambos van juntos y armónicamente juntos.

Ante los nuevos desafíos que presenta la bioética, recemos para que los cristianos, mediante su oración y su acción social, promuevan la defensa de la vida.

Papa Francisco

DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LA LIGA ITALIANA PARA LA LUCHA CONTRA LOS TUMORES

Ciudad del Vaticano, 4 de marzo de 2022

¡Queridos amigos!

Estoy contento de acogeros y os saludo con afecto, empezando por el presidente nacional, al que doy las gracias por sus palabras tan "humanistas", profundas. Gracias. El pasado 25 de febrero celebrasteis el 100º aniversario de la Liga Italiana para la Lucha contra los Tumores. Una historia que hunde sus raíces en un pasado lleno de importantes desarrollos, entregado a un presente de compromiso constante y abierto a un futuro de expectativas y perspectivas. Permitidme que os diga: ¡feliz cumpleaños! Y esta felicitación la extiendo a tantas personas por las cuales vosotros trabajáis: a los pacientes, en primer lugar, y también a los trabajadores sanitarios e investigadores.

Vuestra Liga es un precursor histórico de los actuales cuidados paliativos, tan importantes y valiosos. Vuestra historia manifiesta la capacidad de redefinir tareas y enfoques de la Asociación en la transformación tanto del sistema social como del sanitario; en particular, las actividades que desarrolláis conciernen no solo la formación y la información, sino también la búsqueda y la prevención. Así contribuís a constituir ese "buen tejido" del que está compuesta Italia. Frente a la realidad de muchas personas, de todas las edades, que se encuentran enfrentando la enfermedad, vosotros habéis elegido y elegís siempre de nuevo "luchar" junto con ellos y con los que les cuidan. Elegís haceros cercanos.

En una sociedad amenazada por la cultura de la indiferencia —la indiferencia es la gran enfermedad de hoy, el mirar al otro lado—, es más que nunca necesario hacerse cercano. Y esto para vosotros significa estar cerca de las personas enfermas de tumor, para quienes estos últimos dos años han sido más duros a causa de la pandemia que ha puesto en crisis el sistema sanitario. Y también, significa estar cerca de los familiares de los enfermos, que necesitan un apoyo competente y activo. Por último, significa estar cerca de los profesionales de la sanidad, también ellos muy probados por las difíciles condiciones en las que han tenido que trabajar.

La pandemia ha ralentizado también la prevención y los procesos de diagnóstico, con consecuencias evidentes ante todo sobre el tratamiento de la enfermedad, pero también sobre la serenidad de las familias y de toda la sociedad. También esto pide, desde ahora, ulterior prevención y atención.

Vuestro compromiso es una forma de caridad social, que vosotros ejercéis de forma asociativa, colaborando con los entes públicos y privados y con el voluntariado. El asociacionismo es un importante testimonio frente a la indiferencia, frente a una mentalidad que quisiera excluir a quien no es perfecto. Tal testimonio presupone formación. No basta el "hacer", hay necesidad de educarse, de formarse, para responder a la cultura del descarte, que tiende a marginar la vulnerabilidad, la fragilidad y el sufrimiento, marginarla para no verla. «Recuerdo que se debe privilegiar siempre el derecho al cuidado y al cuidado para todos, para que los más débiles, en particular los ancianos y los enfermos, nunca sean descartados» (*Audiencia general*, 9 de febrero 2022). Y sobre esto del cuidado para todos, os animo a mantener, es más, a hacer progresar el sistema italiano de sanidad pública. No perder esto, hacerlo crecer, consolidarlo más, porque es un don para la sociedad. Pensad en esos países que no lo tienen, y la gente que no puede pagar no tiene sanidad. Vosotros tenéis un tesoro que custodiar y hacer progresar. «La vida es un derecho, no la muerte, que debe ser acogida, no suministrada. Y este principio ético concierne a todos, no solo a los cristianos o a los creyentes» (ibid.).

Juntos podemos frenar esta cultura que quiere afirmar un modelo de hombre "económico", que vale en la medida en la que produce y consume. Sin embargo, también en el sufrimiento y en la enfermedad somos plenamente hombres y mujeres, sin disminución, reconociéndonos en esa total unidad psico-físico-espiritual típica solo de la persona humana.

Según las palabras de san Juan Pablo II, hay un "reflejo cristiano" en el sufrimiento: «Si un hombre se hace partícipe de los sufrimientos de Cristo, esto acontece porque Cristo ha abierto su sufrimiento al hombre porque Él mismo

en su sufrimiento redentor se ha hecho en cierto sentido partícipe de todos los sufrimientos humanos. El hombre, al descubrir por la fe el sufrimiento redentor de Cristo, descubre al mismo tiempo en él sus propios sufrimientos, los revive mediante la fe, enriquecidos con un nuevo contenido y con un nuevo significado» (Cart. Ap. *Salvifici doloris*, 11 de febrero 1984, 20).

Queridos amigos, id adelante en vuestro servicio a las personas, fieles a vuestro eslogan que dice: "Prevenir es vivir". Os acompaña desde el Cielo san Leopoldo Mandi —¡un grande!—, patrón de los enfermos de tumor. Patrón también de los "tumores espirituales", porque confesaba y perdonaba todo. Una gran misericordioso. Hacen falta estos sacerdotes hoy. De corazón os bendigo a todos, los socios y vuestras familias. Y os pido por favor que no os olvidéis de rezar por mí, porque lo necesito. ¡Gracias!

DISCURSO DEL SANTO PADRE FRANCISCO A LOS PARTICIPANTES EN UN CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE LA PROTECCIÓN DE LA BIODIVERSIDAD

Ciudad del Vaticano, 21 de mayo de 2022

Queridos amigos:

Os doy la bienvenida a vosotros, participantes del Congreso Internacional "*Nature in Mind. Una nueva cultura de la naturaleza por la protección de la biodiversidad*", organizado por el competente comando del Arma de Carabineros. Doy las gracias al comandante general por sus amables palabras y expreso mi reconocimiento por esta iniciativa, que demuestra la voluntad de colaborar para proteger juntos nuestra casa común. Vuestro compromiso contribuye a reforzar el diálogo urgente, el diálogo responsable sobre el futuro del planeta, «porque el desafío ambiental que vivimos, y sus raíces humanas, nos interesan y nos impactan a todos» (Enc. *Laudato si'*, 14).

El título del Congreso "La naturaleza en la mente" hace pensar en el itinerario de san Buenaventura de Bagnoregio, quien en más de una ocasión invita a descubrir al Trascendente también a través de la contemplación de la belleza de la naturaleza. Es un viaje formativo para la mente y para el alma. Cuando miramos con estupor el cielo y las estrellas o las aguas cristalinas de un arroyo, por analogía contemplamos al autor de la belleza (cfr. *Sb* 13,3). Esta fue dada en don al género humano, que está llamado a cultivarla y custodiarla (cfr. *Gen* 2,15). En las Sagradas Escrituras lo bello y lo bueno son inseparables.

Como Dios ha puesto a disposición de los hombres su creación, así ellos encuen-

tran su plena realización superando el egoísmo y gustando una “belleza compartida”. Este vínculo dinámico entre Creador, criatura humana y otras criaturas es una alianza que no puede ser rota sin daños irremediables. No debemos pretender «sustituir una belleza irremplazable e irrecuperable, por otra creada por nosotros» (*Laudato si'*, 34). El mito de Prometeo, apto quizá en otras épocas, ya no lo es para la nuestra. No necesitamos un heroísmo titánico, sino una mansa y paciente fraternidad entre nosotros y con la creación. La vida y la historia demuestran, de hecho, que no podemos ser nosotros mismos sin el otro y sin los otros. En un mundo en el cual «todo está íntimamente relacionado» (*ibid.*, 137), es necesario identificar nuevos *paradigmas pedagógicos* para promover en los procesos educativos, orientándolos al diálogo entre los saberes y contribuyendo a hacer crecer la *cultura del cuidado*. Y la cultura del cuidado es una cultura de la armonía, es conservar la armonía, y no una cultura de los detalles que rompe la armonía.

Tal cultura, de hecho, está estrechamente vinculada a una educación inclusiva que se apoya sobre los pilares de la ecología integral. Frente a la riqueza y complejidad del mundo natural, cada proyecto educativo ofrece una perspectiva de comprensión dirigida a subrayar las interrelaciones entre el hombre y el ambiente. Con el fin de promover un desarrollo realmente sostenible, es necesario abrirse con creatividad a nuevos itinerarios, más integrados, compartidos, unidos directamente con las personas y sus contextos. De esta manera todos se sienten implicados en la contribución al *pacto educativo*, que tiende a formar personas maduras, capaces de superar fragmentaciones y contrastes. Cualquier medida será ineficaz si no es asistida y apoyada por un proceso educativo que favorezca el cuidado y protección de nuestra casa común.

A través de nuestros talentos todos estamos llamados a construir la “aldea global del cuidado”, a formar una red de relaciones humanas que rechacen toda forma de discriminación, violencia y prevaricación. En esta “aldea” nuestra, la educación se convierte en portadora de fraternidad y generadora de paz entre los pueblos así como de diálogo entre las religiones.

Queridos carabineros, queridos amigos, os renuevo mi aprecio por vuestro compromiso cotidiano y os exhorto a proseguirlo con valentía. Os bendigo a todos vosotros y a vuestros familiares. Os deseo un buen trabajo; y os pido por favor que recéis por mí. Gracias.

MENSAJE DEL SECRETARIO GENERAL CON OCASIÓN DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA MADRE TIERRA

22 de abril de 2022

Hoy es el Día Internacional de la Madre Tierra.

Es una oportunidad para reflexionar sobre el modo en que hemos tratado al planeta.

La verdad es que no hemos sabido custodiar nuestro frágil hogar.

Hoy, la Tierra se enfrenta a una triple crisis planetaria.

La alteración del clima.

La pérdida de naturaleza y biodiversidad.

La contaminación y los residuos.

Esta triple crisis amenaza el bienestar y la supervivencia de millones de personas en todo el mundo.

Los componentes básicos de una vida feliz y saludable -agua limpia, aire puro, un clima estable y predecible- están sumidos en el caos, lo que pone en peligro los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Pero aún hay esperanza.

Hace 50 años, el mundo se reunió en la Conferencia de Estocolmo.

Fue el inicio del movimiento mundial en defensa del medio ambiente.

Desde entonces, hemos visto lo que podemos lograr cuando nos unimos.

Hemos reducido el agujero de la capa de ozono.

Hemos ampliado la protección de la vida silvestre y los ecosistemas.

Hemos acabado con el uso de combustible con plomo, evitando así millones de muertes prematuras.

El mes pasado emprendimos una iniciativa mundial sin precedentes para prevenir y eliminar la contaminación por plásticos.

Hemos demostrado que juntos podemos afrontar retos monumentales.

El derecho a un medio ambiente saludable está ganando adeptos.

No obstante, nos queda mucho por hacer. Y debemos hacerlo mucho más rápido.

Sobre todo para evitar la catástrofe climática.

Debemos limitar el aumento de la temperatura mundial a 1,5 grados.

Pero estamos muy lejos de esta meta.

Para poder alcanzar el objetivo de 1,5 grados, los Gobiernos tendrán que reducir las emisiones en un 45 % para 2030 y lograr la neutralidad en carbono para 2050.

A partir de este año, los principales responsables de las emisiones deben reducirlas drásticamente.

Esto significa que debemos apresurarnos a poner fin a nuestra dependencia de los combustibles fósiles.

Y acelerar el despliegue de energías renovables limpias.

Al mismo tiempo, debemos invertir rápidamente en la adaptación y la resiliencia, especialmente para las personas más pobres y vulnerables, que son quienes menos han contribuido a la crisis.

En junio, el mundo se reunirá de nuevo en Suecia para la reunión Estocolmo+50.

Asegurémonos de que nuestros líderes demuestren la voluntad necesaria y tomen las medidas que haga falta para abordar esta triple emergencia planetaria.

Porque no tenemos más que una Madre Tierra.

Debemos hacer todo lo posible para protegerla.