



LH

HUMANIZACIÓN, PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD Y SOCIAL

La Inteligencia Artificial al cuidado de la persona (III) Humanización en este mundo cambiante

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

n.341

ENERO/FEBRERO/
MARZO/ABRIL

1/2025

Provincia San Juan de Dios de España

Año 72. Tercera Época
Enero/Febrero/Marzo/Abril
Número 341. Volumen LIV

Consejo de Redacción

Dirección

Calixto Plumed Moreno O.H.

Director adjunto

José María Galán González-Serna

Coordinadores

Humanización

Isabel Grimal; Josep Antoni Boix

Pastoral de la Salud y Social

Begoña Moreno Guinea; Susana Queiroga

Ética de la Salud y Social

Carmen Massé; José María Bermejo OH

Redacción - Maite Hereu

Administración - Dolores Sáenz

Consejo Asesor

Humanización

Jesús Pineda OH; Anna Ramió; Raquel Sisas

Ética de la Salud y Social

Jacinto Bátiz; Margarita Bofarull, rscj;

M^a Pilar Núñez-Cubero; Anna M. Prats;

Manuel de los Reyes López

Pastoral de la Salud y Social

Amador Fernández OH; Marije Goikoetxea,

José Luis Méndez; Mercé Puig-Pey

Dirección y Redacción

Curia Provincial

San Juan de Dios de España

Edificio San Juan de Dios

Av. Concha Espina, 32 28016 Madrid

Teléfono. 91 387 44 99

laborhospitalaria@sjd.es

Fotografías

Aleix Bagué, Caterina Morell, Santi Periel y Andreu Puig del "Jardín invisible", que se ubica dentro del recinto del Parc Sanitari Sant Joan en Déu de Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

Este conjunto modernista se ha atribuido, recientemente, al célebre arquitecto catalán, Antoni Gaudí.

Abstracts

Manners Traduccions

Información y suscripciones

laborhospitalaria@sjd.es

www.laborhospitalaria.com

www.laborhospitalaria.com

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como soporte válido.

Ref. SVR nº. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B.2998-61

COLOR DIGITAL - BCN





HUMANIZACIÓN,
PASTORAL Y ÉTICA
DE LA SALUD Y SOCIAL

00/ Editorial. p6

**Mensaje del Papa Francisco
para la XXXIII Jornada Mundial
del Enfermo. p12**

Resumen Antiqua-et-Nova. p16

**01/ Bioética de matriz cristiana en una
sociedad pluralista y atravesada por la
complejidad y la ambigüedad.**

Julio L. Martínez, SJ. **p25**

**02/ Inteligencia Artificial y Espiritualidad:
un debate dialéctico en la asistencia
sanitaria y social.**

Begoña Moreno, Mercè Puig-Pey,
Susana Queiroga. **p37**

**03/ Desafíos bioéticos
actuales en salud mental.**

Norka Carmela Risso Espinoza. **p47**

**04/ Del chaman al algoritmo:
medicina personalizada,
inteligencia artificial y bioética.**

Francisco José Alarcos Martínez. **p61**

05/ Reconciliación desde la Hospitalidad.

Julio de la Torre Montero,
Calixto Plumed Moreno O.H. **p69**

**06/ Consideraciones éticas, legales y
sociales para el uso de la inteligencia
artificial en investigación.**

Iciar Alfonso Farnós,
Guillermo Alcalde Bezhold. **p77**

07/ Experiencias. p88

**7.1/ Explorar el perdón individual
y colectivo como herramienta terapéutica.**
Beatriz de Novoa

**7.2/ Conexión del trabajo social sanitario
con la bioética.**

Beatriz Baena Ventura

7.2/ Experiencia de esperanza en salud mental.

Begoña Moreno Guinea, Elena Iglesias López

Normas de Publicación

Normas generales para la presentación de artículos.

1. El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa **Word** como procesador de texto y en **Excel** o **PowerPoint** cuando se trate de gráficos. Respecto al texto, la presentación será espacio y medio, a un cuerpo de letra de **Arial 12**, en **DIN A4**, dejando los márgenes laterales, superior e inferior de **2,5 cm**.

2. Si se envían imágenes digitales, éstas deben tener una resolución de **300 dpi**, a un tamaño de **10 x 15 cm**, y en formato **jpg**.

3. Para los artículos, el texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un **máximo de 3.000 palabras**.

Las tablas, cuadros, gráficos o imágenes se enviarán aparte del texto, cuyo número no excederá de **seis** en conjunto, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda.

Se intentará restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez. Las páginas se numerarán consecutivamente, desde la página del título, en el ángulo superior o inferior derecho.

Todos los artículos tendrán que incluir un resumen, que **no superará las 150 palabras**, y entre tres y cinco palabras clave, en castellano y en inglés.

Para las experiencias, el texto del manuscrito deberá ajustarse a un **máximo de 1.000 palabras**. No es necesaria la presentación de: bibliografía, resumen y palabras clave.

4. La página del título deberá contener el título del trabajo (que será breve pero informativo), nombre y dos apellidos de cada autor/a, títulos académicos y filiación institucional, así como el nombre, la dirección postal y electrónica (E-mail) y el teléfono

de contacto del autor/a responsable para posible correspondencia.

5. La bibliografía utilizada en la elaboración del manuscrito, deberá ser citada en el texto según la **normativa APA** y así mismo estar referenciada en el apartado correspondiente de Bibliografía.

6. El manuscrito debe acompañarse de una carta de presentación donde el autor/res/ras **autorice su publicación, la cesión de derechos, así como la certificación de que se trata de un trabajo inédito** y que tiene todos los permisos necesarios para reproducir las ilustraciones, fotografías u otros materiales contenidos en el texto que presenta. **No se aceptarán trabajos ya publicados**.

7. El manuscrito debe enviarse por e.mail a la siguiente dirección: **laborhospitalaria@sjd.es**

Acceso al fondo bibliográfico y pautas de suscripción

La microsite www.laborhospitalaria.org permitió en su momento tener acceso al fondo bibliográfico de la revista desde 1972 para todos los interesados en temas de humanización, ética y pastoral de la salud, dejando para los suscriptores el acceso a los contenidos de los dos últimos años. Sin embargo, este 2019 los Hermanos de San Juan de Dios han decidido abrir la publicación online a todos los internautas, eliminando el pago de la suscripción online por los contenidos de los dos últimos años.

Se mantiene la suscripción en papel con la que recibir la publicación por correo postal al precio de **36€** para España y **50€** o **50\$** para el resto de países. Para suscribir sólo hay que mandar un correo electrónico a laborhospitalaria@ohsjd.es con los datos personales, dirección donde recibir la revista y número de cuenta para domiciliar el pago.

Para cualquier duda o consulta pueden ponerse en contacto a través de nuestro correo electrónico: laborhospitalaria@ohsjd.es o llamar al 936 303 090 (ext. 12482)

Precio de las suscripciones

	Papel / Digital	36 € - España
		50 € - Europa
		50 \$ - USA

Les informamos que sus datos serán responsabilidad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, y se tratarán para el envío de publicaciones, y bajo la legitimación de su consentimiento.

No se cederán datos a terceros, excepto que sea obligación legal.

Si desea ejercer sus derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, así como otros derechos reconocidos, o para más información, pueden contactar con eduardpuig@ohsjd.es



editorial

La Inteligencia Artificial al cuidado de la persona (III): Humanización en este mundo cambiante

La Jornada del Enfermo o la caricia de Dios a quien sufre. En estas fechas estamos invitados a detenernos, para escuchar y contemplar el misterio del sufrimiento a la luz de la esperanza. En las jornadas del enfermo tomamos consciencia de cómo el cielo quiere salir al encuentro de la fragilidad humana.

Somos conscientes de lo importante que es dar esperanza. Hemos de estar al lado del enfermo, de la persona que sufre. Con compasión, con amor concreto. Tenemos que ser para quien sufre, las manos la voz la ternura, la humanización continua de Dios.

Los centros asistenciales y de acogida están llamados a suavizar y eliminar la sensación de soledad ante el dolor y el sufrimiento al poder compartirse mediante el acompañamiento y la

cercanía. Y siempre al fondo la esperanza de vivir con intensidad cada momento de nuestra trayectoria vital.

A través del mensaje del **Papa Francisco** para este año 2025 podemos reflexionar sobre la presencia de Dios que permanece cerca de quien sufre, en particular bajo tres aspectos que la caracterizan:

El encuentro. Jesús, cuando envió en misión a los setenta y dos discípulos, los exhortó a decir a los enfermos: «**El Reino de Dios está cerca de vosotros**». Les pidió concretamente ayudarles a comprender que también la enfermedad, aun cuando sea dolorosa y difícil de entender, es una oportunidad de encuentro con el Señor.

El don. Ciertamente, nunca como en el sufrimiento nos damos cuenta de que toda esperanza viene del Señor, y que por eso es, ante todo, un don que hemos de acoger y cultivar, permaneciendo “**fieles a la fidelidad de Dios**”.

El compartir. Los lugares donde se sufre son a menudo lugares de intercambio, de enriquecimiento mutuo. ¡Cuántas veces, junto al lecho de un enfermo, se aprende a esperar! ¡Cuántas veces, estando cerca de quien sufre, se aprende a creer! ¡Cuántas veces, inclinándose ante el necesitado, se descubre el amor! El dolor y el sufrimiento puede llegar a ser el lugar teológico para encontrar a Dios.

Por más que se empeñe el transhumanismo en buscar la inmortalidad del ser humano, la inmortalidad sigue siendo la eterna reflexión del hombre. Pero el motor más poderoso de la homeostasis es el descubrimiento de que la muerte es inevitable. A **Damasio** le indigna que las tecnologías crean que la mente humana se puede descargar en un ordenador en busca de la inmortalidad.

Y ahora retomamos un gran reto pues el hombre se está tecnologizando en lugar que la tecnología se vaya **humanizando**.

Tenemos la importante tarea de elaborar una buena convivencia entre el hombre y la máquina, reto que siempre hemos ido teniendo. No está hecho el hombre para la máquina sino la máquina para el hombre.

No debemos perder de vista el sentido de responsabilidad compartida e implicación, entre todos los agentes del progreso, para garantizar un futuro en el que las innovaciones digitales y el progreso tecnológico aseguren la centralidad del hombre.

A la **algotecnia** habremos de oponer la **algotecnia** oportuna. Para evitar el uso perverso de los nuevos instrumentos puestos a nuestra disposición. En consecuencia, el conocimiento, la educación y la formación de los usuarios de la Inteligencia Artificial (IA) es imprescindible, sobre todo en el sistema sanitario.

La IA puede ser un instrumento de enorme potencial con riesgos y retos que, por un lado, puede proporcionar respuestas rápidas a cuestiones muy diversas, no desarrollando al mismo tiempo el pensamiento crítico y la capacidad de resolver problemas, fundamentales para el éxito en la vida misma.

Teniendo en cuenta todos los diversos desafíos que plantea el progreso tecnológico, se ha señalado la necesidad de un desarrollo en responsabilidad, valores, conciencia proporcional al aumento de posibilidades que ofrece esta tecnología, reconociendo que cuanto más se acrecienta el poder del hombre, más amplia es su responsabilidad.

Un desafío importante y una oportunidad para el bien común reside en considerar la tecnología dentro de un horizonte de inteligencia relacional, que hace hincapié en la interconexión de los individuos y de las comunidades y exalta la responsabilidad compartida para favorecer el bienestar integral del otro.

Hemos de considerar la llamada, provocada por la aparición de la IA en la escena mundial, a

renovar la valoración de todo lo que es humano.

El peligro no reside en la multiplicación de las máquinas, sino en el número cada vez mayor de hombres acostumbrados desde la infancia a no desear más que lo que las máquinas pueden proporcionarles.

Precisamos de sabiduría, el don que más necesita la humanidad para abordar los profundos interrogantes y desafíos éticos que plantea la IA: Sólo dotándonos de una mirada espiritual, sólo recuperando una sabiduría del corazón, podremos leer e interpretar la novedad de nuestro tiempo.

Algunas propuestas.

En esta edición de **Labor Hospitalaria**, los autores aportan su reflexión y sugerencias desde los ámbitos de su especialización, para poder ir descubriendo, iluminando en lo posible, este mar de posibilidades que vamos descubriendo en nuestro mundo un tanto acelerado.

Si la bioética contemporánea favoreció la renovación epistemológica de la teología moral, hoy necesitamos recuperar juntos la amplitud de la razón y dar posibilidades reales a los diálogos inter y transdisciplinares donde esté presente la bioética.

La inteligencia artificial se está imponiendo hoy en día y afecta a todas las dimensiones humanas. En este sentido, es importante reflexionar también sobre la influencia de la IA en la espiritualidad, en particular sobre cómo esta influencia puede afectar o no a la forma en que prestamos asistencia espiritual y religiosa a quienes acuden a nuestros servicios.

Esta inteligencia artificial puede utilizarse como acelerador y mediador en el cuidado, pero está lejos de, y es muy improbable que sustituya, el vínculo emocional y espiritual sanador, que los seres humanos han perfeccionado a lo largo de años de evolución.

Es la humanización que le está faltando.

Existen otras barreras que dificultan las actitudes humanistas en la práctica de la asistencia. Por ejemplo, son bastantes los profesionales que opinan que escuchar, confortar y animar al enfermo, es en gran parte irrelevante para la eficacia de la intervención del profesional de la salud. Sostienen que, aún sin estos ingredientes sociales ritualistas y simbólicos, la mayoría de los enfermos consiguen mejorar en la mayor parte de los casos, gracias a los adelantos de la ciencia.

Los seres humanos siempre hemos tenido hambre de humanización. Y el ingrediente de la humanización que más buscamos, cuando estamos afectados por algún mal, es la esperanza. Todos necesitamos sentir ilusión y todos, en algún momento, requerimos promesas de alivio y confianza de curación.

Muchos hombres y mujeres, que soportan enormes privaciones y sufrimientos, se mantienen animados gracias a la esperanza de que las enfermedades que les afligen no tengan la última palabra.

La enfermedad, que provoca disrupción en el estado vital de la persona, no espera curación siempre, pero sí aceptación, integración, consuelo, acompañamiento y cuidado, con la paliación de todo tipo de sufrimiento y el retorno a una condición saludable cuando este regreso sea posible.

Hay dos ejes donde nos movemos: la restauración y la paliación. La restauración no significa volver al estado inicial, o de salud plena. Las cicatrices después de la recuperación pueden ser más o menos permanentes, y debemos aprender y reaprender a vivir con ellas: el estado de acción sería la adaptación a la nueva situación.

Clave aquí es el cuidado como concepto de atención integral del individuo, en constante comunicación con el cuidador. Y también el concepto de paliación, del dolor, y de todo

aquel sufrimiento que padece el enfermo. Las dimensiones del cuidado son holísticas e integradoras en la vida de la persona enferma.

Es importante explorar el perdón como proceso de curación individual y colectiva. Con sus matices, dificultades y beneficios terapéuticos.

Se debe contemplar el perdón desde la perspectiva de la víctima, el victimario y la comunidad, así como su papel en la reconciliación social. Las experiencias en conflictos bélicos y dictaduras ilustran la complejidad del perdón en contextos de violencia e injusticia. El auto-perdón, la memoria histórica y el papel de la compasión en la transformación personal y social resulta imprescindible.

Hacia una bioética personalizada.

Desde hace medio siglo que emergió, ante la irrupción de los nuevos avances en tecnología que se incorporaban a la praxis sanitaria, la bioética ha ido madurando y evolucionando. A la par, también surgieron diferentes paradigmas de fundamentación y metodologías para tomar decisiones en situaciones de conflicto moral. Estas cuestiones están sufriendo, en este nuevo tiempo eje, la irrupción de un elemento inexistente hasta hoy: la velocidad exponencial en el análisis de datos, cursos de acción y propuestas terapéuticas para cada persona.

Cuando seamos diagnosticados por una IA; expropiados de nuestra individualidad genética diluyéndola en bancos de genomas; tratados solo aquellos que tengan suficientes recursos y proponiendo opciones terapéuticas basadas en un algoritmo al que no le podremos pedir responsabilidad por la decisión tomada, ¿no empezaremos a experimentar una nostalgia de humanidad?

Cuando fiamos nuestra esperanza, por la fragilidad biológica, a terapias génicas regenerativas de nuestro ADN que tenía algunas bases fuera

de su sitio en la doble hélice ¿no sucumbiremos a la frustración y desesperanza ante la inevitabilidad del límite y la finitud?

Ray Kurzweil en **La Singularidad está cerca (2005)**, planteaba que los humanos podríamos trascender la biología, o la liberación del ser humano de sus cadenas biológicas y la consagración de la inteligencia como el fenómeno más importante de nuestro universo.

A medida que esta transformación se vaya convirtiendo en realidad, nuestra especie también se enfrentará a nuevos retos jamás antes planteados: un increíble aumento de la inteligencia no biológica, la inmortalidad y un progreso científico sin precedentes.

Y el mismo autor, en **La singularidad está más cerca (2025)** o cuando nos fusionemos con la IA, sigue preocupado y pronosticando que para 2029 la IA superará los niveles de la mente humana, y que para 2045 expandirá la inteligencia humana un millón de veces en formas inimaginables, al conectar nuestros cerebros directamente a la nube.

A partir de una evaluación detallada de las últimas innovaciones tecnológicas, esta publicación demuestra que el progreso en los campos de la biotecnología, la nanotecnología y la robótica nos acerca cada vez más a la **singularidad, esto es, a la creación de un ser superior modificado por la ingeniería genética, alimentado y auspiciado por la IA e interconectado con otros cerebros.**

La bioética como disciplina se ha de amplificar incorporando en su reflexión lo que suponen los elementos disruptivos de los datos y los metadatos que afectan a la condición humana.

Y ha de hacerlo para evitar la disolución de lo real en lo virtual. El sufrimiento, el vacío existencial, la consciencia de la muerte, la necesidad de cuidar y ser cuidados, la compasión y la esperanza que salvan de la soledad, no pueden dejar de ser reales.

Los sistemas de IA deben desarrollarse e implementarse con total transparencia, mediante metodologías de validación rigurosas.

Para ello, deben incluir un estricto control ético de la validación tecnológica de estos sistemas durante su desarrollo, antes de su puesta en marcha en el centro que corresponda y hasta el final de su ciclo de vida, cuando sea efectivamente implementado.

Al mismo tiempo, deben establecerse mecanismos de supervisión adecuados, de manera que puedan ser controlados y vigilados adecuadamente por seres humanos. Dada la importante repercusión que la IA puede tener en la sociedad y la necesidad de generar confianza, es fundamental que sea una herramienta para las personas y que tenga como objetivo último aumentar el bienestar humano.

Precisamos reivindicar los Comités de Ética de la Investigación que verifiquen el cumplimiento de los principios éticos y legales aplicables a la investigación con datos de salud; interviniendo fundamentalmente en la fase de diseño y desarrollo del sistema, y también en la fase de implementación, cuando un sistema de IA está ya certificado como un producto sanitario o conforme a otros modelos de certificación que resulten de aplicación.

Deben adaptarse a los avances tecnológicos en investigación, desempeñando un papel proactivo en la difusión de los principios éticos aplicables a la investigación en salud, de cara a fomentar una cultura de respeto por la intimidad y la confidencialidad de los datos personales, y facilitar que en el sistema sanitario se vaya ganando la confianza suficiente para aplicar modelos de IA en la práctica clínica habitual.

En el documento que resumimos y reproducimos en **Labor Hospitalaria ANTIQUA ET NOVA**, (Nota sobre la relación entre la inteligencia artificial y la inteligencia humana) se nos invita a considerar que, según muchas opiniones sobre el tema, existe una presunción

implícita de que la palabra “**inteligencia**” debe utilizarse del mismo modo para referirse tanto a la inteligencia humana como la IA.

Pero matiza y subraya en este sentido: en el caso de la IA, la “**inteligencia**” de un sistema se evalúa en función de su **capacidad para producir respuestas adecuadas, es decir, las que se asocian a la razón humana, independientemente de la forma en que se generen dichas respuestas.** Las características avanzadas confieren a la IA capacidades sofisticadas para llevar a cabo tareas, pero no la de pensar.

Como el tema de la Inteligencia Artificial ha venido para quedarse con nosotros y resultará una fuente de reflexión inagotable, nos quedamos con alguna conclusión provisional: tiene el potencial de mejorar la salud, la eficiencia laboral y las conexiones humanas, pero también puede reproducir perjuicios y prejuicios amenazando derechos fundamentales.

Igualmente, la seguridad de los datos, la transparencia, la diversidad y la responsabilidad son aspectos clave de la ética en la IA, que habrán de ser salvaguardados con especial interés.

Precisamos introducir un enfoque de humanización, en el empleo de estas herramientas, para que no nos conduzca sin remedio a eliminar a la persona y su dignidad en el desempeño de nuestras tareas asistenciales.

En definitiva, nos importa considerar la centralidad de la persona y su dignidad. Y es el contexto en que nos movemos en Labor Hospitalaria y, estas reflexiones nos pueden ayudar, personal y profesionalmente a saber acompañar a las personas que experimentan el sufrimiento en sus diferentes facetas y teniendo en cuenta que tratamos el sufrimiento con Humanización y Hospitalidad que está en el corazón del que acoge y acompaña.

Calixto Plumed Moreno O.H.
Director



*Mensaje del Papa
Francisco para la
XXXIII Jornada
Mundial del Enfermo
11 de febrero de 2025*



«La esperanza no defrauda» (Rm 5,5) y nos hace fuertes en la tribulación

Queridos hermanos y hermanas:

Celebramos la **XXXIII Jornada Mundial del Enfermo en el Año Jubilar 2025**, en el que la Iglesia nos invita a hacernos “**peregrinos de esperanza**”. En esto nos acompaña la Palabra de Dios que, por medio de san Pablo, nos da un gran mensaje de aliento: «**La esperanza no defrauda**» (Rm 5,5), es más, nos hace fuertes en la tribulación.

Son expresiones consoladoras, pero que pueden suscitar algunos interrogantes, especialmente, en los que sufren. Por ejemplo: ¿cómo permanecer fuertes, cuando sufrimos en carne propia enfermedades graves, invalidantes, que quizás requieran tratamientos cuyos costos van más allá de nuestras posibilidades?

¿Cómo hacerlo cuando, además de nuestro sufrimiento, vemos sufrir a quienes nos quieren y que, aun estando a nuestro lado, se sienten impotentes por no poder ayudarnos?

En todas estas situaciones sentimos la necesidad de un apoyo superior a nosotros: necesitamos la ayuda de Dios, de su gracia, de su Providencia, de esa fuerza que es don de su Espíritu (cf. **Catecismo de la Iglesia Católica, 1808**).

Detengámonos pues un momento a reflexionar sobre la presencia de Dios que permanece cerca de quien sufre, en particular bajo tres aspectos que la caracterizan: el encuentro, el don y el compartir.

1. El encuentro.

Jesús, cuando envió en misión a los setenta y dos discípulos (cf. **Lc 10,1-9**), los exhortó a decir a los enfermos: «**El Reino de Dios está cerca de ustedes**» (v. 9).

Les pidió concretamente ayudarles a comprender que también la enfermedad, aun cuando sea dolorosa y difícil de entender, es una oportunidad de encuentro con el Señor.

En el tiempo de la enfermedad, en efecto, si por una parte experimentamos toda nuestra fragilidad como criaturas -física, psicológica y espiritual-, por otra parte, sentimos la cercanía y la compasión de Dios, que en Jesús ha compartido nuestros sufrimientos.

Él no nos abandona y muchas veces nos sorprende con el don de una determinación que nunca hubiéramos pensado tener, y que jamás hubiéramos hallado por nosotros mismos.

La enfermedad entonces se convierte en ocasión de un encuentro que nos transforma; en el hallazgo de una roca inquebrantable a la que podemos aferrarnos para afrontar las tempestades de la vida; una experiencia que, incluso en el sacrificio, nos vuelve más fuertes, porque nos hace más conscientes de que no estamos solos.

Por eso se dice que el dolor lleva siempre consigo un misterio de salvación, porque hace experimentar el consuelo que viene de Dios de forma cercana y real, hasta «**conocer la plenitud del Evangelio**

con todas sus promesas y su vida» (S. Juan Pablo II, *Discurso a los jóvenes, Nueva Orleans, 12 septiembre 1987*).

2. Y esto nos conduce al segundo punto de reflexión: **el don**. Ciertamente, nunca como en el

sufrimiento nos damos cuenta de que toda esperanza viene del Señor, y que por eso es, ante todo, un don que hemos de acoger y cultivar, permaneciendo “fieles a la fidelidad de Dios”, según la hermosa expresión de *Madeleine Delbrél* (cf. *La speranza è una luce nella notte, Ciudad del Vaticano 2024, Prefacio*).

Por lo demás, sólo en la resurrección de Cristo nuestros destinos encuentran su lugar en el horizonte infinito de la eternidad. Sólo de su Pascua nos viene la certeza de que nada,

«Ni la muerte ni la vida, ni los ángeles ni los principados, ni lo presente ni lo futuro, ni los poderes espirituales, ni lo alto ni lo profundo, ni ninguna otra criatura podrá separarnos jamás del amor de Dios» (Rm 8,38-39).

Y de esta “**gran esperanza**” deriva cualquier otro rayo de luz que nos permite superar las pruebas y los obstáculos de la vida (cf. *Benedicto XVI, Carta enc. Spe salvi, 27.31*).

No sólo eso, sino que el **Resucitado** también camina con nosotros, haciéndose nuestro compañero de viaje, como con los discípulos de *Emaús* (cf. *Lc 24,13-53*). Como ellos, también nosotros podemos compartir con Él nuestro desconcierto,

nuestras preocupaciones y nuestras desilusiones, podemos escuchar su Palabra que nos ilumina y hace arder nuestro corazón, y nos permite reconocerlo presente en la fracción del Pan, vislumbrando en ese estar con nosotros, aun en los límites del presente, ese “**más allá**” que al acercarse nos devuelve valentía y confianza.

3. Y llegamos así al tercer aspecto, el del **compartir**. Los lugares donde se sufre son a menudo lugares de intercambio, de enriquecimiento mutuo.

¡Cuántas veces, junto al lecho de un enfermo, se aprende a esperar! ¡Cuántas veces, estando cerca de quien sufre, se aprende a creer! ¡Cuántas veces, inclinándose ante el necesitado, se descubre el amor!

Es decir, nos damos cuenta de que somos “**ángeles**” de esperanza, mensajeros de Dios, los unos para los otros, todos juntos: enfermos, médicos, enfermeros, familiares, amigos, sacerdotes, religiosos y religiosas; y allí donde estemos: en la familia, en los dispensarios, en las residencias de ancianos, en los hospitales y en las clínicas.

Y es importante saber descubrir la belleza y la magnitud de estos encuentros de gracia y aprender a escribirlos en el alma para no olvidarlos; conservar en el corazón la sonrisa amable de un agente sanitario, la mirada agradecida y confiada de un paciente, el rostro comprensivo y atento de un médico o de un voluntario, el semblante expectante e inquieto de un cónyuge, de un hijo, de un nieto o de un amigo entrañable.

Son todas luces que atesorar pues, aun en la oscuridad de la prueba, no sólo dan fuerza, sino que enseñan el sabor verdadero de la vida, en el amor y la proximidad (cf. *Lc 10,25-37*).

Queridos enfermos, queridos hermanos y hermanas que asisten a los que sufren, en este Jubileo ustedes tienen más que nunca un rol especial.

Su caminar juntos, en efecto, es un signo para todos, «un himno a la dignidad humana, un canto de esperanza» (**Bula *Spes non confundit*, 11**), cuya voz va mucho más allá de las habitaciones y las camas de los sanatorios donde se encuentren, estimulando y animando en la caridad “el concierto de toda la sociedad” (**cf. *ibíd.***), en una armonía a veces difícil de realizar, pero precisamente por eso, muy dulce y fuerte, capaz de llevar luz y calor allí donde más se necesita.

Toda la Iglesia les está agradecida. También yo lo estoy y rezo por ustedes encomendándolos a María, Salud de los enfermos, por medio de las palabras con las que tantos hermanos y hermanas se han dirigido a ella en las dificultades:

Bajo tu amparo nos acogemos, Santa Madre de Dios; no deseches las súplicas que te dirigimos en nuestras necesidades, antes bien, líbranos de todo peligro, ¡oh siempre Virgen, gloriosa y bendita!

Los bendigo, junto con sus familias y demás seres queridos, y les pido, por favor, que no se olviden de rezar por mí.

**Roma, San Juan de Letrán,
14 de enero de 2025**

FRANCISCO





ANTIQUA ET NOVA:

nota sobre la relación entre la inteligencia artificial y la inteligencia humana

Calixto Plumed Moreno, OH

El documento parte e insiste desarrollando las siguientes premisas: a partir de una visión integral de la persona y de la valoración de la llamada a «cultivar» y «custodiar» la tierra (cf. Gen 2,15), la Iglesia subraya que ese don debería encontrar su expresión a través de un uso responsable de la racionalidad y de la capacidad técnica al servicio del mundo creado.

La Iglesia promueve los progresos en la ciencia, en la tecnología, en las artes y en toda empresa humana, viéndolos como parte de la colaboración del hombre y de la mujer con Dios en el perfeccionamiento de la creación visible.

Según esta perspectiva la **Nota** afronta las cuestiones antropológicas y éticas planteadas por la IA, que son particularmente relevantes en cuanto que uno de los objetivos de esta tecnología es el de **imitar la inteligencia humana que la ha diseñado**.

Existe un amplio consenso en que la IA marca una nueva y significativa fase en la relación de la humanidad con la tecnología.

El documento está pensado para ser accesible un público amplio: aquellos que comparten la

exigencia de un desarrollo científico y tecnológico que esté al servicio de la persona y del bien común.

Se intenta distinguir el concepto de “**inteligencia**” en referencia a la IA y al ser humano.

Con los siguientes apartados se aborda esta importante temática y sus implicaciones en los diversos campos poniendo el foco en la dignidad de la persona bajo el prisma de la ética y bioética.

¿Qué es la Inteligencia Artificial?

«**Inteligencia Artificial**», definido como

«**Hacer una máquina capaz de mostrar un comportamiento que se calificaría de inteligente si fuera un ser humano quien lo produjera**».

La investigación en este sector ha progresado rápidamente, llevando al desarrollo de sistemas complejos capaces de llevar a cabo tareas muy sofisticadas. Debido a estos rápidos avances, muchos trabajos que antes se realizaban exclusivamente por personas se confían ahora a la IA.

Según muchas opiniones sobre el tema, existe una presunción implícita de que la palabra “**inteligencia**” debe utilizarse del mismo modo para referirse tanto a la inteligencia humana como la IA.

Y se va matizando y subrayando: en el caso de la IA, la “**inteligencia**” de un sistema se evalúa en función de su **capacidad para producir respuestas adecuadas, es decir, las que se asocian a la razón humana, independientemente de**

la forma en que se generen dichas respuestas. Las características avanzadas confieren a la IA capacidades sofisticadas para llevar a cabo tareas, pero no la de pensar.

/1

La inteligencia en la tradición filosófica y teológica.

Racionalidad: Desde los albores de la reflexión de la humanidad sobre sí misma, la mente ha jugado un papel central en la comprensión de lo que significa ser “humanos”. La «palabra “racional” engloba todas las capacidades del ser humano: tanto la cognitiva como la volitiva, amar, elegir, desear.

Encarnación: El pensamiento cristiano considera las facultades intelectuales en el marco de una antropología integral que concibe el ser humano como un ser esencialmente encarnado. Y, las capacidades intelectuales del ser humano forman parte integrante de una antropología que reconoce que él es unidad de alma y cuerpo.

Relacionalidad: La inteligencia humana no es una facultad aislada, al contrario, se ejercita en las relaciones. La persona está llamada «a participar, por el conocimiento y el amor, en la vida de Dios». Esta vocación a la comunión con Dios va necesariamente unida a una llamada a la comunión con nosotros. El amor a Dios no puede separarse del amor al prójimo.

Relación con la Verdad: La inteligencia humana es, en definitiva, un «don de Dios otorgado para captar la verdad» [...]

Aunque la Verdad en sí misma excede los límites del intelecto humano, éste se siente sin embargo irresistiblemente atraído hacia ella e impulsado por esta atracción, el ser humano se ve llevado a buscar «una verdad más profunda. Esta tensión innata a la búsqueda de la verdad se manifiesta de una manera especial en

las capacidades típicamente humanas de comprensión semántica y de producción creativa. La persona se convierte en plenitud en aquello que está llamada a ser: inteligencia y voluntad desarrollan al máximo su naturaleza espiritual para permitir que el sujeto cumpla un acto en el cual la libertad personal se vive de modo pleno.

Custodia del mundo: El ser humano vive su identidad de ser una imagen de Dios «custodiando» y «cultivando» (cf. Gen 2,15) la creación, ejercitando su inteligencia y su pericia para ayudarla y desarrollarla según el plan del Padre.

Una comprensión integral de la inteligencia humana: La inteligencia humana se muestra más claramente como una facultad que es parte integrante del modo en el que toda la persona se involucra en la realidad como ser: espiritual, cognitivo, corporal y relacional.

En el corazón de la visión cristiana de la inteligencia está la integración de la verdad en la vida moral y espiritual de la persona, orientando sus acciones a la luz de la bondad y la verdad de Dios.

Una correcta concepción de la inteligencia humana, por tanto, no puede reducirse a la mera adquisición de hechos o a la capacidad de realizar determinadas tareas específicas; sino que implica la apertura de la persona a las cuestiones últimas de la vida y refleja una orientación hacia lo Verdadero y lo Bueno.

Límites de la IA: Las diferencias entre la inteligencia humana y los actuales sistemas de IA parecen evidentes. La IA obra solamente realizando tareas, alcanzando objetivos o tomando decisiones basadas sobre datos cuantitativos y sobre la lógica computacional.

Aunque la IA procesa y simula ciertas expresiones de la inteligencia, permanece fundamentalmente confinada en un ámbito lógico-matemático, que le impone ciertas limitaciones

inherentes. Mientras que la inteligencia humana se desarrolla continuamente de forma orgánica en el transcurso del crecimiento físico y psicológico de una persona y es moldeada por una miríada de experiencias vividas en el cuerpo, la IA carece de la capacidad de evolucionar en este sentido.

La inteligencia humana no consiste, principalmente, en realizar tareas funcionales, sino en comprender e implicarse activamente en la realidad en todos sus aspectos, y también es capaz de sorprendentes intuiciones. Establecer una equivalencia demasiado fuerte entre la inteligencia humana y la IA conlleva el riesgo de sucumbir a una visión funcionalista.

El uso mismo de la palabra “**inteligencia**” en referencia a la IA «**es engañoso**» y corre el riesgo de descuidar lo más valioso de la persona humana. La IA no debe verse como una forma artificial de la inteligencia, sino como uno de sus productos.

/2

El papel de la ética para guiar el desarrollo y el uso de la IA.

La actividad técnico-científica no tiene un carácter neutro, siendo una empresa humana que pone en cuestión las dimensiones humanísticas y culturales del ingenio humano.

La tecnología ha remediado innumerables males que dañaban y limitaban al ser humano. Sin embargo, no todas las innovaciones tecnológicas representan en sí mismas un auténtico progreso. Existe una preocupación por las implicaciones éticas del desarrollo tecnológico.

Para responder a estos desafíos, hay que llamar la atención sobre la **importancia de la responsabilidad moral basada en la dignidad y la vocación de la persona**. Entre una máquina y un ser humano, sólo este último es verdaderamente un agente moral. Como cualquier producto

del ingenio humano, la IA también puede orientarse hacia fines positivos o negativos.

Tanto los fines como los medios utilizados en una determinada aplicación de la IA, así como la visión global que encarna, deben evaluarse para garantizar que respetan la dignidad humana y promueven el bien común.

Una ayuda a la libertad humana y a las decisiones: El compromiso de garantizar que **la IA defienda y promueva siempre el valor supremo de la dignidad de todo ser humano y la plenitud de su vocación** es un criterio de discernimiento que afecta a desarrolladores, propietarios, operadores y reguladores, así como a los usuarios finales.

Un análisis de las implicaciones de este principio, por tanto, podría comenzar tomando en consideración la importancia de la responsabilidad moral. Además de determinar las responsabilidades, se deben establecer los fines que se asignan a los sistemas de IA. Esto plantea el problema crítico de cómo garantizar que los sistemas de IA se ordenen para el bien de las personas y no contra ellas.

Si un uso ético de los sistemas de IA cuestiona, en primer lugar, a quienes los desarrollan, producen, gestionan y supervisan, también es compartida esta responsabilidad por los usuarios.

La enseñanza moral y social de la Iglesia ayuda a proponer un uso de la IA que preserve la capacidad humana de acción. En este contexto, el concepto de responsabilidad debe entenderse no sólo en su sentido más estricto, sino «**hacerse cargo del otro, y no solo [...] dar cuenta de aquello que se ha hecho**».

Cuestiones específicas.

Dentro de esta perspectiva general, se mencionan algunas observaciones que ilustran cómo

los argumentos expuestos pueden contribuir a orientar en situaciones concretas. En consecuencia, se enumeran:

La IA y la sociedad: La dignidad intrínseca de cada persona y la fraternidad que nos vincula como miembros de una única familia humana, deben estar en la base del desarrollo de las nuevas tecnologías y servir como criterios indiscutibles para valorarlas antes de su uso.

La IA podría introducir importantes innovaciones en la agricultura, la educación y la cultura, un mejoramiento del nivel de vida de enteras naciones y pueblos, el crecimiento de la fraternidad humana y de la amistad social», y por tanto ser «utilizada para promover el desarrollo humano integral.

Existe el riesgo de que la IA se utilice para promover el llamado «**paradigma tecnocrático**», que tiende a resolver todos los problemas del mundo sólo con medios tecnológicos.

Pero la dignidad humana y el bien común nunca deben abandonarse en nombre de la eficacia. En lugar de perseguir únicamente objetivos económicos o tecnológicos, la IA debe utilizarse en favor del «**bien común de toda la familia humana**».

La IA y las relaciones humanas: El ser humano es un ser social, y no puede vivir ni desplegar sus cualidades sin relacionarse con los demás. Esta búsqueda, junto con otros aspectos de la comunicación humana, presupone el encuentro e intercambio mutuo entre personas que llevan dentro la impronta de las propias historias, de los propios pensamientos, convicciones y relaciones.

Es en este contexto, donde se pueden considerar los desafíos puestos por la IA a las relaciones. La IA tiene la capacidad de favorecer las conexiones dentro de la familia humana y también podría obstaculizar un verdadero encuentro con la realidad y llevar a las personas a una profunda y melancólica insatisfacción

en las relaciones interpersonales, o un dañino aislamiento.

La antropomorfización de la IA plantea problemas particulares para el crecimiento de los niños, que pueden sentirse alentados a desarrollar patrones de interacción que entiendan las relaciones humanas de forma utilitaria, como es el caso de los **chatbots**. Ninguna aplicación de la IA es capaz de sentir de verdad empatía.

Se debería evitar representar, en modo equivocado, a la IA como una persona, y hacerlo con fines fraudulentos constituye una grave violación ética que podría erosionar la confianza social. En un mundo siempre más individualista, algunos recurren a la IA en busca de relaciones humanas profundas, de simple compañía o incluso de relaciones afectivas pero la IA solo puede simularlas.

IA, economía y trabajo: Dada su naturaleza transversal, la IA también encuentra una creciente aplicación en los sistemas económico-financieros. En el ámbito económico-financiero, hay aspectos más generales sobre los que la IA puede producir efectos que deben evaluarse cuidadosamente, vinculados sobre todo a la interacción entre la realidad concreta y el mundo digital. El impacto de la IA ya se deja sentir profundamente es el mundo del trabajo.

Sin embargo, mientras la IA promete impulsar la productividad haciéndose cargo de tareas ordinarias, a menudo los trabajadores se ven obligados a adaptarse a la velocidad y las exigencias de las máquinas.

La IA está eliminando la necesidad de ciertas tareas que antes realizaban los seres humanos. Si se utiliza para sustituir a los trabajadores humanos en lugar de acompañarlos, existe el riesgo sustancial de un beneficio desproporcionado para unos pocos a costa del empobrecimiento de muchos.

Sin embargo, el trabajo humano debe estar no sólo al servicio del beneficio, sino del hombre,

del hombre integral, teniendo en cuenta sus necesidades materiales y sus exigencias intelectuales, morales, espirituales y religiosas.

Porque el trabajo es parte del sentido de la vida en esta tierra, camino de maduración, de desarrollo humano y de realización personal.

La IA y la sanidad: En cuanto partícipes de la obra sanadora de Dios, los operadores sanitarios, tienen la vocación y la responsabilidad de ser custodios y servidores de la vida humana. Por eso, la profesión sanitaria tiene una intrínseca e imprescindible dimensión ética, tal y como reconoce el Juramento Hipocrático, que exige a los médicos y profesionales sanitarios que se comprometan a respetar absolutamente la vida humana y su carácter sagrado. Este compromiso, con el ejemplo del Buen Samaritano, debe desarrollarse por hombres y mujeres que no dejan que se erija una sociedad de exclusión, sino que se hacen prójimos y levantan y rehabilitan al caído, para que el bien sea común.

Si la IA se utilizara no para mejorar, sino para sustituir por completo la relación entre pacientes y profesionales sanitarios, dejando que los primeros interactuasen con una máquina en lugar de con un ser humano, se verificaría la reducción de una estructura relacional humana muy importante en un sistema centralizado, impersonal y desigual.

La responsabilidad exige que el personal sanitario ejerza toda su capacidad e inteligencia para poner en práctica decisiones ponderadas y éticamente motivadas con respecto a las personas confiadas a su cuidado, respetando siempre la dignidad inviolable del paciente y el principio del consentimiento informado. La integración de la IA en la atención sanitaria plantea el riesgo de amplificar otras desigualdades ya existentes en el acceso a la atención.

IA y educación: La verdadera educación se propone la formación de la persona humana en orden a su fin último y al bien de las varias

sociedades, de las que el hombre es miembro. La educación no es nunca un simple proceso de transmisión de conocimientos y de habilidades intelectuales, sino que pretende contribuir a la formación integral de la persona en sus diversas dimensiones (intelectual, cultural, espiritual...).

La IA presenta tanto oportunidades como desafíos. Si se utiliza con prudencia, dentro de una auténtica relación entre maestro y alumno y ordenada a los auténticos fines de la educación, puede convertirse en un valioso recurso educativo.

Mientras que algunos sistemas de IA han sido pensados específicamente para ayudar a las personas a desarrollar sus propias capacidades de pensamiento crítico y de resolución de problemas, muchos otros programas se limitan a proporcionar respuestas en lugar de incitar a los estudiantes a encontrarlas por sí mismos o a escribir textos por sí mismos.

En el mundo de hoy, caracterizado por unos progresos tan rápidos en la ciencia y en la tecnología, las tareas de la Universidad Católica asumen una importancia y una urgencia cada vez mayores. En clave inter y transdisciplinar, ejerciten con sabiduría y creatividad, una investigación precisa sobre este fenómeno; contribuyendo a poner de manifiesto las potencialidades saludables en los diversos campos de la ciencia y de la realidad; alcanzando nuevas fronteras del diálogo entre la Fe y la Razón.

IA, desinformación, deepfake y abusos: La IA es también un apoyo para la dignidad de la persona humana cuando se utiliza como ayuda para comprender hechos complejos o como guía hacia recursos válidos en la búsqueda de la verdad. También existe el grave riesgo de que la IA genere contenidos manipulados e informaciones falsas que, al ser muy difícil de distinguir de los datos reales, pueden inducir fácilmente al engaño y a la manipulación.

Combatir las falsificaciones alimentadas por la

IA no es sólo trabajo de los expertos en la materia, sino que requiere los esfuerzos de todas las personas de buena voluntad y un cuidadoso discernimiento por parte de cada usuario respecto a su actividad en las redes.

IA, privacidad y control: Los seres humanos son intrínsecamente relacionales, por lo que los datos que cada persona crea en el mundo digital pueden considerarse una expresión objetivada de esa naturaleza relacional.

La protección está vinculada a la defensa de la libertad religiosa, ya que la vigilancia digital también puede utilizarse para ejercer un control sobre la vida de los creyentes y la expresión de su fe.

Aunque puedan existir formas legítimas y correctas de utilizar la IA en conformidad con la dignidad humana y el bien común, no es justificable su uso con fines de control para la explotación, para restringir la libertad de las personas o para beneficiar a unos pocos a expensas de muchos.

No podemos permitir que los algoritmos limiten o condicionen el respeto a la dignidad humana, ni que excluyan la compasión, la misericordia, el perdón y, sobre todo, la apertura a la esperanza de cambio en el individuo».

La IA y la protección de la casa común: La IA tiene numerosas y prometedoras aplicaciones para mejorar nuestra relación con la casa común que nos acoge.

Los modelos actuales de IA y el sistema de hardware que los sustenta requieren grandes cantidades de energía y agua y contribuyen significativamente a las emisiones de CO², además de consumir recursos de manera intensiva. Es importante encontrar soluciones no sólo en la técnica sino en un cambio del ser humano.

La IA y la guerra: Nunca debe permitirse que los instrumentos destinados a mantener una

cierta paz se utilicen con fines de injusticia, violencia u opresión, sino que deben estar siempre subordinados al firme propósito de respetar a los demás hombres y pueblos, así como su dignidad, y el apasionado ejercicio de la fraternidad.

Aunque las capacidades analíticas de la IA podrían utilizarse para ayudar a las naciones a buscar la paz y garantizar la seguridad, el uso bélico de la inteligencia artificial puede ser muy problemático. En particular, los sistemas de armas autónomas letales, capaces de identificar y atacar objetivos sin intervención humana directa, son gran motivo de preocupación ética, porque carecen de «la exclusiva capacidad humana de juicio moral y de decisión ética».

La humanidad posee hoy instrumentos de potencia inaudita. Puede hacer de este mundo un jardín, o reducirlo a un cúmulo de escombros. El desarrollo y el empleo de la IA en el armamento debería estar sujeto a los más altos niveles de control ético, velando que se respeten la dignidad humana y la sacralidad de la vida.

La IA y la relación de la humanidad con Dios: La tecnología ofrece medios eficaces para gestionar y desarrollar los recursos del planeta, aunque, en algunos casos, la humanidad cede cada vez más el control de estos recursos a las máquinas.

La presunción de sustituir a Dios con una obra de las propias manos es idolatría, contra la que advierte la Sagrada Escritura (por ej. Ex 20,4; 32,1-5; 34,17). No es la IA quien es divinizada y adorada, sino el ser humano, para convertirse, de este modo, en esclavo de su propia obra.

Aunque puede ponerse al servicio de la humanidad y contribuir al bien común, la IA sigue siendo un producto de manos humanas, lo que conlleva «la destreza y la fantasía de un hombre» (Hch 17,29), al que nunca debe atribuirse un valor desproporcionado.

Reflexión final.

Teniendo en cuenta todos los diversos desafíos que plantea el progreso tecnológico, se ha señalado la necesidad de un desarrollo en responsabilidad, valores, conciencia proporcional al aumento de posibilidades que ofrece esta tecnología, reconociendo que cuanto más se acrecienta el poder del hombre, más amplia es su responsabilidad.

Es decisivo, por consiguiente, saber valorar críticamente las distintas aplicaciones en los contextos particulares, con el fin de determinar si estas promueven, o no, la dignidad y la vocación humana, y el bien común.

Un desafío importante y una oportunidad para el bien común reside en considerar la tecnología dentro de un horizonte de inteligencia relacional, que hace hincapié en la interconexión de los individuos y de las comunidades y exalta la responsabilidad compartida para favorecer el bienestar integral del otro.

Hay que considerar la llamada, provocada por la aparición de la IA en la escena mundial, a **renovar la valoración de todo lo que es humano.**

La verdadera sabiduría: Para impedir que los avances de la ciencia sigan siendo humana y espiritualmente estériles, hay que ir más allá de la mera acumulación de datos y aspirar a la verdadera sabiduría. Esta sabiduría es el don que más necesita la humanidad para abordar los profundos interrogantes y desafíos éticos que plantea la IA: Sólo dotándonos de una mirada espiritual, sólo recuperando una sabiduría del corazón, podremos leer e interpretar la novedad de nuestro tiempo.

Porque lo que mide la perfección de las personas es su grado de caridad, no la cantidad de datos y conocimientos que acumulen, el modo como se utilice la IA para incluir a los últimos, es decir, a los hermanos y las hermanas más

débiles y necesitados, es la medida que revela nuestra humanidad.

En la perspectiva de la sabiduría, los creyentes podrán actuar como agentes responsables capaces de utilizar esta tecnología para promover una visión auténtica de la persona humana y de la sociedad, a partir de una comprensión del progreso tecnológico como parte del plan de Dios para la creación: una actividad que la humanidad está llamada a ordenar hacia el Misterio Pascual de Jesucristo, en la constante búsqueda de la Verdad y del Bien.

Dado en Roma, ante las sedes del Dicasterio para la Doctrina de la Fe y del Dicasterio para la Cultura y la Educación, el 28 de enero de 2025, Memoria Litúrgica de santo Tomás de Aquino, Doctor de la Iglesia.







01/

Bioética de matriz cristiana en una sociedad pluralista y atravesada por la complejidad y la ambigüedad.

Julio L. Martínez, SJ,

Profesor de Teología Moral.

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.

Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

El texto analiza el enriquecimiento mutuo entre la bioética contemporánea y la bioética teológica católica. Señala cómo la bioética desafió a la teología moral a adoptar un enfoque más abierto, empírico y relacional, alejándose del modelo manualístico tradicional. A su vez, la teología cristiana amplió el horizonte ético de la bioética, centrando la atención en la dignidad humana, especialmente en contextos de sufrimiento y exclusión. Se aboga por una ética coherente de la vida que integre tanto la defensa del no nacido como la atención a los pobres, enfermos y migrantes.

El texto subraya la necesidad de redescubrir una razón ampliada que promueva el diálogo entre saberes y reconozca tanto el valor de la ciencia como sus límites ante las preguntas de sentido. En este contexto, la bioética cristiana debe evitar el cientificismo y el fideísmo, buscando un equilibrio integrador entre verdad científica y verdad humana.

Finalmente, se destaca la importancia de una ética transdisciplinar que cuestione los fines del progreso técnico, integre saberes científicos, humanísticos y espirituales, y mantenga una actitud de apertura, compromiso y diálogo público. La dimensión simbólica y religiosa también es reconocida como clave en la construcción del sentido comunitario y ético.

Palabras clave: Bioética, Teología, Dignidad humana, Diálogo interdisciplinar, Ética de la vida.

This article analyses the mutual enrichment between contemporary bioethics and Catholic theological bioethics. It sheds light on how bioethics challenged moral theology by adopting a more open, empirical and relational focus, moving away from the traditional manualist model. Christian theology, in turn, broadened the ethical horizon of bioethics, centring attention on human dignity, especially in contexts of suffering and exclusion. The author advocates an ethic that is coherent with life, integrating both the defence of the unborn and attention to the poor, the ill, and migrants.

The paper likewise underlines the need to rediscover a broader reason promoting the dialogue between the different fields of knowledge and recognising both the value of science and its limits when dealing with questions of meaning. Within this context, Christian bioethics should avoid scientism and fideism, seeking an integrating balance between scientific truth and human truth.

Lastly, the importance is highlighted of cross-disciplinary ethics that question the aims of technical progress; that integrates scientific, humanistic and spiritual knowledge; and that maintains an attitude of openness, commitment and public dialogue. The symbolic and religious dimension is also recognised as key to the construction of community and ethical meaning.

Key words: Bioethics, Theology, Human dignity, Interdisciplinary dialogue, Life ethics.

1/

El mutuo enriquecimiento entre la bioética contemporánea y la bioética teológica católica.

Lo primero que quiero decir es que la bioética contemporánea fue un desafío para la teología moral tanto en la dirección del **diálogo interdisciplinar** como del ahondar en las fuentes de la **especificidad de su discurso teológico**.

En efecto, la bioética le ayudó a la moral católica a superar el estrecho horizonte del sistema manualístico: un público nuevo y profesionalmente cualificado impelía al estudioso de la teología moral a adoptar una actitud de escucha y aprendizaje.

Así, la evolución de la ética médica hacia el ámbito bioético y el mismo impulso del Concilio Vaticano II sirvieron para propiciar un encuentro entre fe y cultura, entre saber teológico-pastoral y saber empírico-científico (**GS 44, 53-62**), y determinaron de manera cualitativa las bases fundamentales de la teología moral, abriéndola a una visión del mundo y del ser humano más

atenta a la evolución histórica, empírica, relacional, procesual y evolutiva. Lástima de algunas interrupciones y bloqueos que hubo en esos desarrollos¹.

Si la bioética estimuló a la teología moral, ésta también contribuyó no poco a enriquecer a aquella. Porque la reflexión moral cristiana amplía la visión moral, suscitando preguntas de índole existencial y aportando una mirada a las periferias y a los lugares de miseria y sufrimiento donde la ética secular generalmente se resiste a mirar.

La moral informada por la fe cristiana pone sobre la mesa los horizontes globales de sentido de la fe y la esperanza cristiana y su apuesta por la sobriedad de vida y el compartir, sin renunciar a mirar de frente y afrontar -desde Jesús resucitado que es también el crucificado- las heridas del dolor, la culpa, la enfermedad o la muerte.

La gran tradición cristiana de la ética de la vida, por su praxis y su profundidad reflexiva, llama a una mayor correlación en la manera de abordar las diversas problemáticas morales y a que el juicio moral en los distintos ámbitos vaya precedido por las mismas actitudes de rigor, respeto, discernimiento y prudencia requeridas, a fin de estructurar debidamente un pensamiento moral y un discurso rigurosos.

En el fondo, tanto en los asuntos de carácter social como en los de carácter personal entra en juego el ser humano entero y se debaten aspectos esenciales de la vida. Aquí late la llamada a tener en cuenta **«una ética coherente de la vida»** que pide la relación y consistencia de los temas de la protección de la vida en los que la dignidad humana está en juego. El papa Francisco lo expresa diciendo:

«La defensa del inocente que no ha nacido debe ser clara, firme y apasionada, porque allí está en juego la dignidad

1. Martínez, J. L. Caps. 3 y 6 (2019) "Sobre esas vicisitudes" en *Conciencia, discernimiento y verdad*. Madrid: BAC.

de la vida humana, siempre sagrada, y lo exige el amor a cada persona más allá de su desarrollo. Pero igualmente sagrada es la vida de los pobres que ya han nacido, que se debaten en la miseria, el abandono, la postergación, la trata de personas, la eutanasia encubierta en los enfermos y ancianos privados de atención, las nuevas formas de esclavitud, y en toda forma de descarte» (Gaudete et Exsultate (2018) 101).

Lo tremendo es que los ataques a la dignidad siguen dándose (pobreza, guerra, genocidio, condiciones de los migrantes, aborto, eutanasia y suicidio asistido, trata de personas) y a esa lista se han sumado nuevos temas, bien porque las tecnologías los hacen ahora posibles como acontece con la maternidad subrogada o la violencia digital, bien porque las ideologías los pongan en el candelero como lo que se refiere a la teoría de género², o porque la conciencia se haya acentuado como sucede con la exclusión y el descarte de personas con discapacidad, los abusos sexuales o las violencias contra las mujeres. Hace unos meses [Dignitas Infinita](#) recordaba trece temas en los que se viola la dignidad humana.

En el centro de la ética social cristiana está la concepción de la dignidad de la persona y de la sociedad como una comunidad de personas. Se trata, pues, de mirar a la persona humana en lo que es y debe llegar a ser según su propia naturaleza social.

Y se trata, también, de mirar a la sociedad como ámbito de vinculación, desarrollo y liberación de la persona. En ella es en donde ha de ser tutelada su dignidad y reconocidos y respetados sus derechos, fundados en esa misma dignidad.

La comprensión teológica de la dignidad, es decir, un conocimiento que no se mueva en el terreno de ideología religiosa, sino en exposición que, en diálogo permanente con otros saberes y cosmovisiones, busca presentar el contenido central histórico de la revelación sobre el misterio de

la persona a partir de las realidades de la experiencia humana, reconociendo dos grandes terrenos de elaboración teológica de la dignidad. El terreno de la teología de la creación, predominante en la teología católica, donde el motivo de la imagen de Dios o **iconalidad** divina, tiene su papel estelar; y el de la teología de la redención, donde está la cruz y la gloria de Cristo que es el Señor resucitado que se aparece a los discípulos dándoles paz con las señales del crucificado.

La entrega kenótica de la encarnación, llevada al extremo del amor en la cruz, muestra la hondura del sentido cristiano de la dignidad. En ningún caso se trata de una ideología del sufrimiento por el sufrimiento, o una justificación del sometimiento y la autoanulación en virtud del sacrificio de Cristo, sino de la expresión máxima del amor en la entrega y el servicio, sin reservas y hasta las últimas consecuencias.

La comprensión cristiana de la dignidad humana pasa por ser imagen de Dios (teología de la creación) en el misterio pascual de Cristo (teología de la redención) y aporta dos notas especialmente densas y propias³: la primera es la finitud: el cristianismo tiene la imagen del hombre finito, frágil, vulnerable; la segunda, la aceptación incondicional de parte de Dios: Él ama al ser humano sin reservas, más allá de las situaciones particulares, sin poner condiciones ni tasas al amor.

No hace falta insistir en que la comprensión cristiana de la dignidad nada tiene que ver con la subjetivización emotivista de la moral, donde la dignidad se pone en la actuación según la libre opción personal y un marco axiológico subjetivo en el que no se necesitan las referencias morales objetivas de la verdad y el bien.

Esta reducción emotivista, hermana del **“todo vale lo mismo”** con tal de que sea preferido (o de su otra cara “neonihilista, que anula diferencias), no es inocua y acaba yendo contra el respeto a la dignidad, porque anestesia contra la indignación e impide el discernimiento moral.

2. Ante preocupaciones que se le ha presentado la religiosa Jeannine Gramick, el papa Francisco aclara en una carta que dirigida a ella: “I understand the concern about that paragraph in Dignitas Infinita, but it refers not to transgender people but to gender ideology, which nullifies differences. Transgender people must be accepted and integrated into society”, National Catholic Reporter (1/5/2024).

3. Mieth, D. «Imagen de hombre y dignidad humana ante el progreso de la biotécnica», en *La ética cristiana: horizontes de sentido*. Madrid. PS 2003, 579-597, pp. 594ss.

2/

Redescubrir la amplitud de la razón y la necesidad del diálogo.

También para la bioética teológica es obligado aplicarse la máxima de buena ética con buenos datos y escuchar a la ciencia. **Santo Tomás de Aquino** tenía clara conciencia de que “un error acerca del mundo redundando en error acerca de Dios”⁴, lo cual significa que para conocer el mundo y “dar una base concreta al itinerario ético y espiritual” (LS, 15) y no hay alternativa a la escucha de los conocimientos científicos disponibles.

Así, la necesidad humana de buscar el sentido último no avala, por ejemplo, que se manipulen las verdades de fe o los textos sagrados para convertirlos en libros de astronomía, geología, biología, psicología u otras ciencias.

En 1981, **Juan Pablo II** se pronunció contundentemente ante la Academia Pontificia de las Ciencias:

“La Biblia nos habla del origen y naturaleza del universo, no para proveernos de un tratado científico, sino para establecer las relaciones correctas del hombre con Dios y con el universo. Las Sagradas Escrituras simplemente declaran que el mundo fue creado por Dios; y con el propósito de enseñar tal verdad el autor sagrado se expresa con términos de la cosmología de su época...”.

Ahora bien, de modo análogo, también hay que tener en cuenta la otra vertiente: quien afirme

que la ciencia excluye la validez de todo conocimiento fuera de la ciencia empírica comete un error colosal, confundiendo el método y el ámbito de la ciencia con sus implicaciones metafísicas. Cuando el investigador extrapola los resultados de su búsqueda como explicación última de la realidad está sobrepasando las fronteras de su ciencia y dando saltos ilegítimos, sobre todo cuando se aprovecha de su celebridad en su propio ámbito de conocimiento para ganar el prestigio de sus consideraciones fuera de él.

Así lo explica el profesor **Francisco José Ayala**, uno de los grandes biólogos evolucionistas de nuestro tiempo:

“Si el compromiso de la ciencia con el naturalismo no le permite derivar valores, significados o propósitos desde el conocimiento científico, tampoco le permite negar su existencia”⁵.

Cuando los interrogantes propiamente humanos y las cuestiones fundamentales de la existencia, que no son objeto de las ciencias empíricas, no encuentran lugar en el espacio de la razón abierta, se acaban desplazando al terreno de lo subjetivo. Una importante tarea hoy consiste, frente a ese desplazamiento, en provocar la cuestión por la verdad en sentido pleno y en redescubrir constantemente la amplitud de la razón y la necesidad del diálogo inter y transdisciplinar, toda vez que las ciencias proporcionan verdades imprescindibles que interpretan la realidad en sus áreas de conocimiento, pero verdades parciales, pues ninguna de ellas nos entrega el último sentido de la realidad que ansiamos conocer.

En ese sentido, la tradición católica no lleva ni al catastrofismo, ni a la resignación pasiva, ni a la claudicación científicista que se entrega ciegamente en manos de las soluciones tecnológicas para resolver los problemas humanos (**Laudato Si’ (2015) 105**).

4. Santo Tomás de Aquino. Suma contra gentiles, II, 3.

5. Ayala, F.J. (2012) Big Questions: Evolution. London: Quercus, 192.

La comprensión cristiana de la dignidad humana, fundamentada en la imagen de Dios y en el misterio pascual de Cristo, ofrece una visión integral que se opone tanto al cientificismo reductivo como al emotivismo moral subjetivo

En realidad, constatamos que

“los hechos por sí solos nunca son normativos, pero tampoco lo es el espíritu por sí solo. Siempre es necesario que ambos trabajen juntos”⁶.

De ahí que también sea pertinente exigir que las decisiones políticas tengan en cuenta los datos científicos, pero sin renunciar a cumplir su propia misión:

“Permitir que los fenómenos humanos se interpreten sólo sobre la base de categorías de ciencia empírica sólo produciría respuestas a nivel técnico. Terminaríamos con una lógica que considera los procesos biológicos como determinantes de las opciones políticas, según el peligroso proceso que la biopolítica nos ha enseñado a conocer. Esta lógica tampoco respeta las diferencias entre las culturas, que interpretan la salud, la enfermedad, la muerte y los sistemas de asistencia atribuyendo significados que en su diversidad pueden constituir una riqueza no homologable según una única clave interpretativa tecnocientífica”⁷.

3/

La presencia imprescindible de la ética en el diálogo transdisciplinar.

En nuestra cultura de posmodernismo tecnológico, se dicta que debemos hacer todo aquello que técnicamente podemos hacer, porque la ciencia no se puede parar y porque detener los avances que pueden reportar felicidad a muchas personas sería un signo de oscurantismo.

Este imperativo tecnológico descansa sobre una concepción instrumental que sostiene la neutralidad de la técnica y, a la vez, su poder civilizador de aumento de la libertad y la racionalidad de los seres humanos, siempre y cuando no se le pongan trabas a su avance. Pero proceder siguiendo un imperativo así no deja de ser una huida hacia delante, que se limita a sacrificar en el presente todo lo necesario para encontrar una solución “mágica” en un futuro cuyas consecuencias pueden ser irreversiblemente nefastas para el conjunto de la humanidad.

Cada vez con mayor nitidez la crítica filosófica nos hace ver que los instrumentos están vinculados a un determinado sentido del mundo y del ser humano y que, por tanto, su no neutralidad axiológica no radica sólo en el uso que se hace de ellos, sino que está ya contenida en los propios medios científico-técnicos que configuran valores y cultura.

Desde luego, reconocer la carga valorativa de la tecnología en sí no ha de llevar a olvidar la responsabilidad ética del investigador, que debe preguntarse “en favor de quién y de qué está su conocimiento”⁸, para que se oriente en la búsqueda de la verdad, como acto humano que es,

6. Demmer, K. (2012) “Katholische Moraltheologie: Herausforderungen und Perspektiven” en *Gregorianum* 93. Roma. 455-462, p. 457.

7. Cf. Pontificia Academia para la Vida. Nota sobre la Pandemia y Fraternidad Universal (30/3/2020).

8. Juan Pablo II. Mensaje a la Universidad Católica del Sagrado Corazón (5/5/2000) 7.

LH n.341

con libertad, mediante la cual la ciencia misma adquiere su dignidad como bien humano y personal, y dirigiendo el progreso al servicio de la humanidad⁹.

El arte consiste en que sean los bienes internos a la práctica y la investigación (cuidar-curar, búsqueda de la verdad en libertad, avance del conocimiento y desarrollo social) y no los externos (prestigio, honores, promoción docente, remuneración...) los que marquen la pauta.

El dominio de los bienes externos tiende a influir negativamente en los resultados mismos de la investigación y siempre en la selección y el para qué y para quién de lo que se investiga.

Como lúcidamente enseñó MacIntyre, sobre los bienes externos mandan las instituciones, que sostienen las prácticas en su orientación a los bienes internos, y se estructuran en términos de jerarquía y poder, distribuyendo dinero, poder y jerarquía como recompensas¹⁰.

4/

La bioética como campo inter-transdisciplinar.

Así pues, la moral católica reconoce el valor del progreso científico y tecnológico, uniéndolo inseparablemente a la necesidad de una criteriología ética que sea capaz de poner todo este progreso al verdadero e integral servicio del ser humano, uniendo ciencia y conciencia.

También esa fue la razón que impulsó a la bioética contemporánea, a principios de la década de los setenta, en su afán por superar la brecha entre lo humanístico y lo científico-técnico para no poner en riesgo la supervivencia de la vida en nuestro planeta. Ante la crisis ecológica

que avizoraba, **Potter** propuso una alternativa **interdisciplinar** a la que llamó Bioética:

«La humanidad necesita urgentemente una nueva sabiduría que brinde el “conocimiento de cómo usar el conocimiento” para la supervivencia del hombre y para mejorar la calidad de vida. Este concepto de la sabiduría como una guía para la acción -el conocimiento de cómo usar el conocimiento para el bien social- podría llamarse Ciencia de la Supervivencia ... [la cual] debe construirse sobre la ciencia de la biología y ampliarse más allá de los límites tradicionales para incluir los elementos más esenciales de las ciencias sociales y las humanidades con énfasis en la filosofía en sentido estricto, que significa “amor a la sabiduría”. Una ciencia de la supervivencia debe ser más que solo ciencia, y por eso propongo el término Bioética...»¹¹.

Potter hablaba en términos de interdisciplinariedad y, si hoy tuviera que repensar la identidad y el estatuto epistemológico de la bioética, probablemente utilizaría el término transdisciplinar para cualificar el abordaje que demanda el método de análisis de los problemas tratados en bioética, sea ésta global o clínica. Así lo hizo el papa Francisco en un discurso en la **Academia Alfonsiana de Roma**:

“[en la bioética se hace presente] la adopción de métodos de investigación transdisciplinario, que permitan abordar nuevos desafíos con mayor competencia y capacidad crítica, a la luz del Evangelio y de la experiencia humana. Sólo así será posible elaborar, en el campo bioético, argumentos razonables y sólidos, enraizados

9. Juan Pablo II. Discurso en el 7º centenario de la muerte de S. Alberto Magno (15/10/1980).

10. Conviene no confundir prácticas e instituciones, porque son diferentes, aunque estén íntimamente conectadas: el ajedrez, la física y la medicina son prácticas, mientras que los clubes de ajedrez, los laboratorios, las universidades y los hospitales son instituciones. Cf. A. MacIntyre. *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica 1987, 241.

11. Potter, V. R. *Bioethics: Bridge to the future*. New Jersey: Prentice-Hall, 1971, 1-2.

en la fe, aptos para conciencias adultas y responsables y capaces de inspirar el debate sociopolítico”.

Sobre la tan traída y llevada cuestión de la identidad y el estatuto epistemológico de la bioética, me resulta muy esclarecedora la posición del profesor **Jorge Ferrer**, que acaba de fallecer y a quien hoy quiero recordar, que, tras aceptar la transdisciplinariedad como actitud y como método de abordaje de los problemas, dice:

“No podemos dejar de remarcar que estamos haciendo ética, como en general aceptan todos los autores que se ocupan de estos temas [...] La pregunta de fondo que nos planteamos en bioética y que confiere unidad e identidad epistemológica al discurso, no se refiere, en definitiva, sólo a cuestiones de hecho. Se refiere esencialmente a los juicios axiológicos justificados en la situación [...] que nos van a orientar en la toma de decisiones en orden a una praxis que contribuya al genuino bien de las personas en la comunidad de personas”¹².

En esta comprensión transdisciplinaria y global, la bioética, con su hondo aliento ecológico y social, no es una simple ética aplicada y normativa, como piensan algunos filósofos, y tampoco puede ser desmembrada en bioéticas sectoriales sin relación entre sí¹³.

La bioética encuentra, en definitiva, en la filosofía su hogar epistemológico e identidad última, sin que esto signifique que se trate simplemente de la aplicación mecánica de teorías y conceptos filosóficos tradicionales a situaciones particulares. Así, pues, no se entendería sin la filosofía ni sin la inter-transdisciplinariedad.

5/

Principales desafíos de la bioética como campo transdisciplinar y, en él, de la bioética de matriz cristiana, en particular.

En primer lugar, se alza la convicción creciente y cada vez más robusta de que hoy son necesarios abordajes que trasciendan los campos de saber clásicos para poder dar razón de la complejidad y ambigüedad, así como del carácter procesual, relacional e interconectado de casi todas las realidades -también las morales- que legítimamente aspiramos a conocer.

En segundo lugar, reconocemos la necesidad de ampliar la convocatoria de actores en la mesa del diálogo del conocimiento, integrando los conocimientos científicos sistematizados y académicos con los saberes de la comunidad y de los distintos representantes de intereses.

Es la necesidad de crear puentes entre el campo científico y el campo social que hace más de cincuenta años manifestó la bioética.

En tercer lugar, en la deriva que existe en todos los sistemas hacia el pragmatismo y el utilitarismo, con una tendencia hacia la fragmentación, reconocemos la necesidad de apostar por ensanchar los horizontes de la racionalidad. Eso llama a la interdisciplinariedad, que de por sí es valiosa y, en ocasiones, lo máximo posible, y lleva a la transdisciplinariedad, que va más allá de la anterior sin anularla.

En cuarto lugar, se torna imprescindible la reflexión ética sobre los modos, medios y fines del conocimiento, desde la firme convicción de que

12. Ferrer, J. “Identidad y estatuto epistemológico de la Bioética”. Revista Latinoamericana de Bioética, vol.8 no.2 (Jul./Dec. 2008) (consulta sitio web 20 julio 2024).

13. Cely Galindo, G. Bioética global. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2007, 79.

LH n.341

la ciencia y la técnica no son neutrales, ni están exentas de responsabilidades morales y normativas (el terreno axiológico).

En quinto lugar, tanto la inter como la transdisciplinariedad hay que estimularlas y entrenarlas, pues no vienen dadas por sí mismas en las mentes de los profesores e investigadores: piden procesos serios de aprendizaje epistemológico y metodológico y apoyos técnicos, donde se tienen que implicar las instituciones del conocimiento y las instituciones sociales, así como donde tiene que haber altas dosis de algunas virtudes especialmente valiosas, como humildad, paciencia, capacidad de escucha y esfuerzo perseverante.

En sexto lugar, la inter y transdisciplinariedad convoca a sus practicantes a visitar continuamente la Tradición viva, con una voluntad recta de purificación de la memoria y de discernimiento, para no perder el sentido de desarrollo.

Esto es importante en todo campo del saber.

En séptimo lugar, parando mientes en la bioética teológica y su contribución, veo varias llamadas que aquí enuncio sucintamente, relacionándolas con algunas inspiradoras reflexiones del magisterio del papa Francisco:

La bioética teológica católica ha de profundizar en el **kerygma** cristiano a través de la experiencia de diálogo que nace de la escucha y genera comunión. Con el **kerygma** y el diálogo a todos los niveles están las llamadas a participar de la inter-transdisciplinariedad y a tejer redes.

Frente a un magisterio que aspiraba a entrar en todo, el papa hoy dice que **“no todas las discusiones doctrinales, morales o pastorales deben ser resueltas con intervenciones magisteriales”** (AL, 3). Actualmente, el ejercicio del magisterio ordinario de la Iglesia se realiza en un espacio social, económico y cultural cada vez más complejo y donde la llamada a atender a los **signos de los tiempos** es, si cabe, más acuciante, por eso debería tener una actitud más **“contenida, cautelosa,**

dialogante y atenta a la pluriformidad de la fe común en la que se expresa el sensum fidei del Pueblo de Dios”¹⁴. Los pastores en ocasiones no tendrán más remedio que pronunciarse, pero otras veces tendrán que callar, para no quitarle a la persona lo que a ella le corresponde: buscar la verdad y decidir en las condiciones concretas de su existencia.

Al respecto dijo en la **Academia Alfonsiana (23/3/2023)**:

“Los teólogos moralistas están llamados a entrar en una relación viva con el Pueblo de Dios, haciéndose cargo especialmente del grito de los últimos, para comprender las dificultades reales, para mirar a la existencia desde su perspectiva y para ofrecerles respuestas que reflejen la luz del amor eterno del Padre”.

Además, la teología moral ha de reflexionar sobre cuál es el nivel de participación de los que están en la periferia y normalmente carecen de voz en nuestros espacios de reflexión, decisión y celebración, preguntándonos si recibimos el eco de los frágiles y vivimos la fuerza salvífica de la vida de los pobres (VG, 4a; EG, 199).

El papa Francisco nos pide a los moralistas que no **“volvamos para atrás”** (**“Non tornare indietro”**), y que no nos dejemos detener en la marcha por aquellos que no quieren moverse y que pretenden frenar todo desarrollo doctrinal, despreciando la Tradición de la Iglesia, que es la vida del Espíritu en la historia del pueblo de Dios.

Por muy ardua que sea la labor, es necesario el arrojo de abrir nuevos caminos de investigación y trabajo conjunto, saliendo de los esquemas clásicos, para poder dar respuestas valientes a la complejidad de los fenómenos que se presentan hoy en día y ante los cuales hace falta visión abierta, sistémica, procesual...

14. Cf. F. J. Vitoria. “Frondosidad y credibilidad del Magisterio de la Iglesia”, *Iglesia Viva* 182 (1996) 95. En pleno pontificado de Juan Pablo II, juzga este autor que el magisterio ordinario “se ha hecho extraordinariamente frondoso, recurrente en exceso a su legitimación en lo sobrenatural”.

La dignidad humana, desde la perspectiva cristiana, no depende de condiciones externas ni del rendimiento, sino del amor incondicional de Dios, que acoge al ser humano en su finitud, fragilidad y vulnerabilidad

Y también tejer “redes evangélicas” en las que se dé la colaboración entre instituciones civiles, eclesiales e interreligiosas:

“Necesitamos teólogos -hombres y mujeres, presbíteros, laicos y religiosos- que, enraizados en la historia y en la Iglesia, y, al mismo tiempo, abiertos a las inagotables novedades del Espíritu, sepan huir de las lógicas autorreferenciales, competitivas y, de hecho, cegadoras que a menudo existen también en nuestras instituciones académicas y escondidas, muchas veces, en las escuelas teológicas”.

Confío en que este congreso lo haga.

Desde aquí, pido a la razón pública que no cierre la puerta a las expresiones de matriz religiosa, porque sin ellas la vida está incompleta y los principales asuntos que han de ser afrontados sobre la vida buena de individuos y de la sociedad no pueden ser adecuadamente abordados. Más que dirigir sus empeños a ver cómo prescindir de la simbología religiosa, quienes que de verdad busquen el bien común deberían preguntarse cómo conjugar el uso de imágenes e ideas derivadas de específicos contenidos religiosos con el discurso común para el bien de todos.

Advierte el filósofo coreano-alemán Han en su libro [La desaparición de los rituales \(2020\)](#) sobre los procesos de generación y transmisión del sentido de la comunidad y de los vínculos sociales:

“La pérdida de lo simbólico y la pérdida de lo ritual se fomentan mutuamente. La desaparición de los símbolos remite a la progresiva atomización de la sociedad. Al mismo tiempo la sociedad se vuelve narcisista... Las formas

objetivas se rechazan a favor de los estados subjetivos... Hoy la percepción simbólica desaparece cada vez más a favor de la percepción serial, que no es capaz de experimentar la duración...”¹⁵.

La Iglesia de acuerdo con la comprensión de sí que adquirió en el último Concilio no se siente llamada por Dios a la oposición frontal con el mundo secular, sino al diálogo y a ser “luz” y “sal”, imágenes que apuntan a la búsqueda de una compenetración discernida y no a una identificación ingenua. Una relación que significa que

“La sabiduría humana y la fe cristiana deben enriquecerse y corregirse mutuamente. La Iglesia puede y debe aprender del mundo; el mundo puede y debe aprender del Evangelio y de toda la tradición cristiana”¹⁶.

El compromiso cristiano no es para disolverse en un magma de sincretismo, ni para ser creador sectario de resistencia cultural. Llama, desde la identidad no disimulada, al diálogo y al argumento, es decir, a buscar lenguajes y canales comunes para buscar acuerdos con otros que no comparten nuestras convicciones cristianas, pero que comparten el carácter de ciudadanos.

15. Han, B.C. La desaparición de los rituales, Herder, Barcelona 2020, 17-18.

16. Hollenbach, D. “Justice as Participation: Public Moral Discourse and the U.S. Economy”, en: C. H. Reynolds—R. V. Norman (eds.) Community in America. The Challenge of Habits of Hearts. Berkeley CA: University of California Press, 1988, 217-230, en p. 221.

6/

Actitudes constructivas de la bioética cristiana en el diálogo público a favor del bien común.

A) La disposición y habilidad de hacerse inteligible en público hablan del hábito de elaborar la posición de un modo comprensible para aquellos que hablan en lenguajes religiosos o morales diferentes; comporta el esfuerzo por traducir la propia posición en un lenguaje compartido de mediación, lo cual no tiene por qué significar renuncia al simbolismo religioso.

B) La **accesibilidad** pública, que consiste en la práctica habitual de defender los diversos puntos de vista de modo que los argumentos utilizados en el discurso público estén abiertos al examen y al escrutinio públicos, para que pueden contribuir al entendimiento recíproco y al respeto mutuo, indispensables para el desarrollo de una ética cívica en una sociedad pluralista.

Cuando uno entiende las razones del otro, aunque no sea persuadido por ellas, sí que normalmente permanece en mutua solidaridad con el que piensa de modo diferente.

C) Y, en el empeño de hacerse inteligible y ser accesible, debe ser posible **no perder la identidad católica** de nuestras voces. En este sentido, quiero referirme por último a algo que constituye una demanda vital: el poder disponer de instrumentos legales efectivos que garanticen a las entidades que prestan un servicio social-público a personas enfermas, tanto no perder la posibilidad de atender a pacientes con el apoyo de medios públicos,

como no tener que hacerlo yendo contra núcleos morales de su identidad, lo cual lesionaría frontalmente el ejercicio del derecho a la libertad religiosa e ideológica, reconocida constitucionalmente tanto a individuos como a comunidades en el art. 16 de nuestra constitución.

D) El diálogo cívico requiere siempre integridad moral y ésta se puede desplegar en un cuádruple significado¹⁷:

a) que la posición que se tiene sea una posición moral y no por ventaja particular o interés político;

b) que haya coherencia entre lo que se diga y lo que se haga;

c) que el interlocutor se puede reconocer en la interpretación que estoy dando a su posición e incluso que el diálogo se establezca entre lo mejor de uno y otro;

d) que los interlocutores procedan con coherencia en las distintas áreas.

Las virtudes enunciadas requieren la vigilancia en varias condiciones que pueden impedir la participación constructiva:

1) la abstracción, que pierde el contexto desde el que se participa en la conversación cívica;

2) el aislamiento propio de todo sectarismo;

3) la imposición, que implica colonización del que se cree poseedor de toda la “verdad”;

4) la búsqueda de éxito puramente mundano, que se combate con abnegación verdadera, porque muchas veces se nos ignora e incluso desprecia por nuestra fe; y

5) el inmediatez frente al sentido de los procesos que muchas veces no se perciben visiblemente y llevan tiempo.

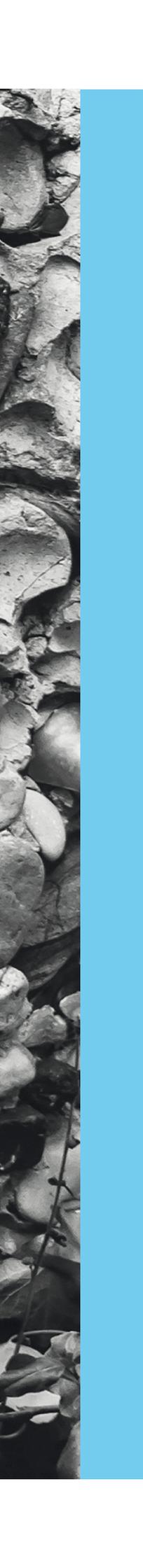
17. Me inspiro en: Gutmann, A. & Thompson, D. “Moral Conflict and Political Consensus”, en: R. Bruce Douglas, G. M. Mara & H. S. Richardson (eds.). *Liberalism and the Good*, New York: Routledge 1992.

7/

Balance en cuatro propuestas.

1. Si la bioética contemporánea favoreció la renovación epistemológica de la teología moral, hoy -los diversos caminos de conocimiento y las sabidurías de la vida- necesitamos recuperar juntos la amplitud de la razón y dar posibilidades reales a los diálogos inter y transdisciplinarios donde esté presente la bioética
 2. También hemos de defender la presencia imprescindible y genuina de la ética en todas las experiencias que se den de diálogo entre disciplinas y cosmovisiones.
 3. Y esto lo hacemos teniendo en cuenta que la bioética ha abierto, desde la filosofía, todo un gran campo transdisciplinar. En diálogo dentro de ese gran campo, la bioética teológica cristiana se sigue disponiendo como desde el comienzo de la bioética contemporánea, como constructora de puentes, para mirar y cuidar lo que casi nadie se atreve, para aportar su rica sabiduría sobre la vida y para el encuentro entre la riqueza simbólica y la experiencia común...
 4. Hemos identificado los principales retos epistemológicos y llamadas de renovación referidas a la bioética, en general, y, sobre todo, a la bioética teológica, en particular, así como las actitudes constructivas de convivencia cívica -ser accesibles, inteligibles, sin renunciar a la identidad propia y con integridad, siempre respetando la pluralidad axiológica, en favor del bien común.
-





02/

Inteligencia Artificial y Espiritualidad: un debate dialéctico en la asistencia sanitaria y social.

Begoña Moreno,

Psicóloga, profesional SAER. Coordinadora departamento Espiritualidad.
San Juan de Dios España. Sevilla

Mercè Puig-Pey,

Trabajadora Social. Coordinadora departamento Espiritualidad.
San Juan de Dios España. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Susana Queiroga,

Socióloga (PhD, D, Sc). Instituto S. João de Deus. Lisboa (Portugal)

La inteligencia artificial se ha impuesto hoy en día y afecta a todas las dimensiones humanas. En este sentido, es importante reflexionar también sobre la influencia de la inteligencia artificial en la espiritualidad, en particular sobre cómo esta influencia puede afectar o no a la forma en que prestamos asistencia espiritual y religiosa a quienes acuden a nuestros servicios.

El artículo presentado es una reflexión escrita por tres autoras, construida dialécticamente (Hegel). Comienza, en forma de tesis, con la afirmación de que la inteligencia artificial es una herramienta útil en el enfoque terapéutico de la espiritualidad integrada en la atención multidisciplinar. Luego, en antítesis, contrapone que la apariencia de veracidad y universalidad de la inteligencia artificial muestra su incapacidad de trascender, de emocionar, de dar esperanza, como elementos esenciales en el acto de cuidar.

Concluye resumiendo que la inteligencia artificial puede utilizarse como acelerador y mediador en el cuidado, pero está lejos de, y es muy improbable que sustituya, el vínculo emocional y espiritual sanador que los seres humanos han perfeccionado a lo largo de años de evolución. Como proceso dialéctico, el texto invita así a reflexionar sobre las nuevas tesis en torno al uso de la IA en la asistencia sanitaria y social.

Palabras clave: Inteligencia Artificial, Espiritualidad, Sanidad y Asistencia Social.

Artificial intelligence has taken hold today and affects all human dimensions. In this sense, it is important to reflect also on the influence of artificial intelligence on spirituality, in particular on how this influence may or may not affect the way we provide spiritual and religious assistance to those who come to our services.

The article presented is a reflection written by three authors, constructed dialectically (Hegel). It begins, in the form of a thesis, with the assertion that artificial intelligence is an intermediary in the success of the therapeutic approach to spirituality integrated into the multidisciplinary care.

Then, in antithesis, it counters that the appearance of veracity and universality of artificial intelligence shows its incapacity to transcend, to emote, to hope, as essential elements in the act of caring. It concludes by summarising that artificial intelligence can be used as an accelerator and mediator in care, but it is far from, and very unlikely to replace, the healing emotional and spiritual bond that humans have perfected over years of evolution. As a dialectical process, the text thus invites reflection on the new theses surrounding the use of AI in health and social care.

Key words: Artificial Intelligence, Spirituality, Health and Social Care.

1. Johanson, D.C.; Edey, M. A. (1981). *Lucy: The beginnings of humankind*. New York, NY, Simon and Schuster.

1/

La inteligencia artificial es un intermediario en el éxito del enfoque terapéutico de la espiritualidad integrada en la atención multidisciplinar (Tesis).

En la década de 1970, el descubrimiento del **Australopithecus Afarensis** puso de relieve el hecho de que un antepasado simiesco no se transforma instantáneamente en un ser humano, sino que demostró que las distintas partes del esqueleto humano cambiaron en distintos momentos. Lucy, como se ha llamado al **Australopithecus Afarensis**, no es el «eslabón perdido» entre los simios y los humanos; es, sin embargo, uno de los intermediarios evolutivos más importantes entre las criaturas más antiguas, parecidas a los simios, y los antepasados más recientes, parecidos a los humanos¹. Desde los albores de la existencia, estamos en constante búsqueda y conexión permanente para saber de dónde venimos y adónde vamos, y nos damos cuenta de que no siempre tenemos todas las piezas

del rompecabezas de nuestra existencia. Es la certeza de una inquietud siempre presente.

Pensar en la atención espiritual significa tener presente no sólo la inquietud existencial antes mencionada, sino también tener presente que la existencia humana debe, en todas sus etapas y diferentes circunstancias, resultar en armonía. Una de las preocupaciones fundamentales de quien presta cuidados espirituales es atender a un conjunto de necesidades de naturaleza subjetiva, expresadas o contenidas en la narrativa de quien busca esos cuidados.

Aunque sean consistentemente difíciles de medir, todas estas necesidades están indudablemente presentes en todo ser humano. Algunas de ellas surgen involuntariamente, otras como resultado de la trayectoria vital de la persona. A menudo surgen en momentos de ruptura, independientemente de la naturaleza de ésta.

La introducción de la atención espiritual en el ámbito multidisciplinar de la asistencia sanitaria o en los planteamientos de intervención social para públicos desfavorecidos (más en el primer caso que en el segundo) ha recorrido un largo camino, ganando credibilidad a medida que se intensifican la investigación y el conocimiento.

En general, las disciplinas y los conocimientos que surgen de ellas tienden a reflejar su estadio, la forma en que se organizan las sociedades o la tecnología de la época. Incluso la forma de enfocar los problemas se ve influida por toda la información que podamos tener sobre un problema concreto.

Por lo tanto, es inevitable que la espiritualidad y la **inteligencia artificial (IA)** se crucen también en el ámbito de la atención espiritual y religiosa.

De hecho, esta intersección debería enfrentarnos inmediatamente a la posibilidad de poder integrar sistemas de IA al servicio de la mejora de nuestras conexiones, facilitando la comunicación, la colaboración y el entendimiento entre culturas.

Desde otra perspectiva, la respuesta a la necesidad espiritual de trascendencia también puede servir de la IA cuando se utiliza para mejorar las capacidades humanas, ayudando potencialmente a un usuario a trascender sus limitaciones físicas como experiencia vivida.

En este caso, los ejemplos podrían ir desde el uso de sistemas de realidad virtual por usuarios encamados, permitiéndoles disfrutar de visitas culturales a un museo concreto, o la simple integración de juegos de consola que requieren movimiento corporal en actividades de fisioterapia y ejercicio físico para un usuario en rehabilitación.

De hecho, existen varias formas en las que la IA puede contribuir a mejorar la asistencia (Ribeiro, 2020)². En primer lugar, y mediante la introducción de una mayor concentración en la actividad asistencial, la simplificación de las tareas administrativas, en las que la IA puede realizar una contribución fundamental, ya que permite a los profesionales sanitarios dedicar más tiempo a los usuarios, en una clara inversión en una experiencia asistencial más humanizadora.

La toma de decisiones también puede mejorar con el apoyo de la IA, ya que puede ayudar a los profesionales sanitarios, incluidos los profesionales de la atención espiritual y religiosa, a tomar decisiones con la mayor información posible, lo que lleva a la elección de enfoques terapéuticos que pueden dar lugar a mejores resultados para los usuarios y hacer que el entorno asistencial sea más colaborativo. Un último aspecto destacado se centra en la característica multicultural que también prolifera en los entornos hospitalarios.

En este caso, el uso de la IA permite comprender de forma más rápida y precisa la diversidad de orígenes de los usuarios mediante el análisis de los determinantes sociales, culturales, religiosos y de salud, haciendo que la planificación personalizada de la atención (Pinho, 2021)³ sea más empática (Figueiredo, 2019)⁴ y más consciente de la cultura de la persona.

Al margen de las cuestiones éticas que plantea la IA, es incuestionable la aportación que las tecnologías hacen a distintos ámbitos de la vida. Estar enfermo o en una situación de vulnerabilidad social sólo puede aliviarse si se mantiene la conexión humana, las emociones y los sentimientos, que a su vez determinarán nuestro comportamiento ante la situación a la que nos enfrentamos.

Como señala Castells (2023)⁵, la tecnología moderna favorece la comunicación, enfatiza la diversidad que, a su vez, se basa en la singularidad⁶ y tenderá, en nuestra opinión, a facilitar las conexiones humanas.

La atención espiritual y religiosa, como actividad que forma parte de la atención multidisciplinar, puede beneficiarse de la IA y contribuir a una atención más humanizada y empática, con más tiempo para poner a la persona en el centro de los cuidados y la atención.

La introducción de la IA en la atención espiritual y religiosa puede, por tanto, ayudarnos a encontrar respuestas a las inquietudes que nos provoca la búsqueda de sentido, especialmente en momentos de vulnerabilidad.

No será un eslabón (perdido), sino más bien Lucy (una intermediaria) en la relación terapéutica que puede proporcionar la espiritualidad.

2. Ribeiro, F. et al. (2020). A Importância da IA na Melhoria da Acessibilidade aos Cuidados de Saúde. *Health Technology Review*.

3. Pinho, E. (2021). A Inteligência Artificial como Ferramenta para Melhoria das Interações em Saúde. *Journal of Health Informatics*.

4. Figueiredo, H. F. (2019). Tecnologia e Empatia: O Papel da IA na Humanização dos Cuidados de Saúde. In: *Human-Centered Health Care: Innovations and Technologies*, Editora Saúde e Tecnologia.

5. Castells, M. (2023). "Os sistemas dos países não mudam por escolha, mudam por necessidade", Entrevista ao *Jornal Público* (23 de julho de 2023).

6. No hablamos aquí de la singularidad en la que insiste Ray Kurzweil (de la que tomamos nota por curiosidad, pero de la que nos distanciamos) por la que, una vez alcanzada, nos transformaríamos en «máquinas espirituales»: trasladaríamos nuestras mentes a superordenadores, ganando la posibilidad de vivir eternamente (la gran aspiración humana) y nuestros cuerpos serían así inmunes a la enfermedad y al envejecimiento. Resolveríamos así un viejo problema, el de la mortalidad, y situaríamos a la humanidad en una era post-biológica. (Kurzweil, Ray. (2005) *The singularity is nearer. When we merge with AI.* Penguin, New York). Ver más actualizaciones y matices al respecto en Kurzweil, Ray (2025) *La singularidad está más cerca.* Barcelona: Deusto. Centro de libros PAPF, SLU.

2/

La apariencia de veracidad y universalidad de la inteligencia artificial demuestra su incapacidad de trascender, de emocionar, de esperanza, elementos esenciales en el acto de cuidar (Antítesis).

La tesis anterior nos refiere que el ser humano es un ser en búsqueda de sentido y significado debido, en parte, a un proceso abierto de la evolución y a un indeterminismo que marca profundamente su existencia.

Ello le lleva a la búsqueda de significados absolutos y a crear simbologías y narrativas cosmogónicas que ofrezcan horizontes sólidos que pacifiquen su existencia y su espíritu ofreciéndole orientación en su abierto devenir (religiones, filosofías, etc.).

En su reflexión nos da a entender que la IA que trata con el lenguaje puede conectar con esas simbologías y narrativas trascendentes, leerlas, escucharlas, verlas, analizarlas, comprenderlas, compartirlas y responder con precisión a las preguntas que se le suscitan al ser humano sobre todo en los momentos de fragilidad, de crisis de valores y dudas existenciales y espirituales.

La IA tendría la capacidad de atendernos y orientarnos de forma directa, o indirectamente, junto con profesionales expertos, a lo largo de procesos de enfermedad, de pérdida de sentido y de marcos de referencia, de conflictos morales,

de dudas existenciales o simplemente a lo largo de nuestra trayectoria cotidiana, con roturas o sin ellas, ofreciéndonos “inteligentemente” una manera buena y adecuada de vivir y morir.

Byung-Chun Han, en varias de sus obras, entre ellas **El espíritu de la Esperanza (2024)** afirma que el pensamiento tiene una dimensión afectiva y corporal... Sin afectos, emociones ni pasiones y en general sin sentimientos, no hay conocimiento. Los sentimientos enervan el pensamiento. Este es el motivo por el cual la IA actual propiamente no piensa.

Siguiendo a Han entendemos que el pensamiento, el conocimiento, no es el fruto de un cálculo algorítmico cuya lógica está sometida a procesos matemáticos cerrados en sí mismos.

La información derivada de esos procesos, aunque muestra una inteligencia de tipo funcional con apariencia de veracidad y universalidad, es más bien plana y opaca, incapaz de trascender, de emocionar, de ofrecer novedad y esperanza, apertura al futuro, en resumen, incapaz de espiritualidad.

La atención a la dimensión espiritual, podría participar del proceso que **Fisher y Tronto (1990)** especificaron para los cuidados de enfermería basado en las siguientes fases, con sus correspondientes requisitos morales:

- A) Interesarse por la situación, detectando la necesidad** - El requisito moral es la atención.
- B) Encargarse de ella** - El requisito moral es la responsabilidad.
- C) El trabajo real del cuidado** - El requisito moral es el compromiso.
- D) Recepción del cuidado** - El requisito moral es la capacidad de respuesta.

En el año 2013, **Joan Tronto** añadió una quinta fase que acuñó como “**cuidar con**” se refería a la confianza en la provisión continuada del cuidado.

El correspondiente requisito moral sería la confianza y solidaridad

Esos requisitos morales podrían entenderse, siguiendo a **Byug-Chun Han**, en su obra **No-Cosas (2021)**, como el estado de ánimo que nos abre al mundo en un nivel previo a la reflexión. Antes de tener cualquier percepción consciente, comenta siguiendo a **Heidegger**, ya hemos experimentado el mundo desde un estado de ánimo concreto.

“Esa disposición anímica ha abierto ya el ser-en-el-mundo como un todo, y esto es lo primero que hace posible dirigirse hacia...”.

La IA puede, o podrá a corto plazo, detectar la necesidad, encargarse de ella, realizar el trabajo real del cuidado, etc. Pero resulta evidente que atención, responsabilidad, compromiso, capacidad de respuesta y acogida, confianza y solidaridad, en el sentido pleno que les damos como humanos, no son atributos de la IA actualmente.

¿Evolucionará la IA hasta conseguir una alineación de sus objetivos algorítmicos con esos atributos morales en el campo de la salud y del bienestar social? A pesar de las dificultades que ello conlleva algunos expertos apuestan que sí.

Castells (2023), afirma que la tecnología moderna favorece la comunicación, facilitando así las conexiones humanas, diseñando nuevos tipos de comunidad y sociedad, y que ello significa una mejora en muchos ámbitos de nuestras vidas, incluida la salud y el desarrollo social.

Eso es así ciertamente, si lo miramos desde un punto de vista puramente sociológico, pero lo que puede que no tenga suficientemente en cuenta, en su optimismo, es la dimensión ontológica del ser humano, la calidad y la profundidad con la que se entrelazan esas relaciones que se establecen en momentos de fragilidad y que

van más allá de la información que se intercambia protocolariamente.

Ante ello surge la pregunta sobre ¿qué tipología de relaciones se van generando ya entre los diferentes agentes presentes en nuestras instituciones teniendo en cuenta que la IA va siendo y será cada vez más un agente determinante?

Ese interrogante nos lleva a preguntarnos seguidamente sobre ¿qué tipo de comunidad asistencial se desarrollará en nuestros centros en base a estas nuevas relaciones cuyo valor principal es la eficiencia del sistema? Un sistema que se alimenta con datos ciegos al futuro, puesto que procesa datos que representan y describen hechos preexistentes, fijados en el pasado más o menos inmediato.

Por todo ello no es irrelevante seguir profundizando en la posible evolución de la disposición anímica de la IA, con la que nos escuchará para poder detectar la sutileza profunda de la necesidad expresada, tocarla, y desde ese contacto profundamente empático agudizar los sentidos para promover lo posible, lo que está por darse, lo por nacer.

O, como dice **Toni Boix (2023)**, la intimidad doliente gusta de los números de prescripción en los que uno no sabe si atender a las palabras o a los gestos, permitiendo así que por un breve lapso de tiempo sintamos la magia de la comunión comprensiva y compasiva.

Situándonos en nuestro ámbito de la atención espiritual, hoy por hoy la IA, en base a la información que absorbe a diario, puede ayudarnos en nuestros acompañamientos a ordenar información de tipo cultural, religioso o moral; a explorar cuestiones espirituales; a introducirnos en una gran variedad de herramientas, indicándonos las adecuadas para el perfil de la persona a la que atendemos; a guiarnos en el análisis de textos sagrados rescatando lo más significativo para la persona... y todo ello simulando “ser” una excelente conversadora y compañera de camino. Pero debemos tener en cuenta que en ese

LH n.341

transitar con ella nos va influyendo de modo muy sutil en nuestro acercamiento y comprensión de la conciencia y la existencia humanas y, sin ni tan siquiera darnos cuenta, irnos llevando a servir, por encima de todo, a los intereses de esos pequeños dioses que están produciendo estas nuevas tecnologías y lucrándose con ellas.

Ante esos peligros, a algunos teóricos, tanto del campo de la tecnología como de los humanidades, les preocupa la relación de la IA con la espiritualidad en lo referente a la deshumanización por la pérdida de la conexión emocional y espiritual, las implicaciones éticas, el sutil control y la manipulación de las creencias, la pérdida de libertad, los cambios en la comprensión de la conciencia y existencia, la no alineación con los valores espirituales en la toma de decisiones, el crecimiento en la confianza en la IA anteponiéndola a la sabiduría interior propia y ajena, los nuevos desafíos que plantea ante la búsqueda y la experiencia de sentido, la soledad y el aislamiento, la dificultad en la creación de comunidades de fe abiertas al futuro, etc.

Nos olvidamos a menudo del frenesí con el que vivimos en este siglo XXI arrastrados por el inexorable paso de un tiempo cuya aceleración se multiplica exponencialmente al ritmo de la velocidad que nos imponen las herramientas computacionales y en particular las que usan IA. Resuenan muy actuales las palabras de Nietzsche, que recoge Han (2015), cuando escribía hace ya más de 100 años que

“Por falta de sosiego nuestra civilización desemboca en una nueva barbarie. En ninguna época se han cotizado más los activos, es decir los desasosegados. Por ello se han de tener en cuenta las correcciones necesarias que conviene hacer al carácter de la humanidad, fortalecer en una amplia medida el elemento contemplativo.”

Ese factor de protección contemplativo, gratuito y aparentemente ineficaz, ¿no debería estar presente en nuestros centros, cada vez más entusiasmados por la potencialidad, la rapidez, y la magia de la IA? La atención espiritual y religiosa, como parte de esa atención que ofrecemos en base a la hospitalidad, debería no olvidar la centralidad del ser que sufre y ser capaz de ofrecer una medida de tiempo humanizada en los procesos terapéuticos. Y, aprovechar, como no, esos maravillosos espacios celebrativos e inútiles para la “algocracia” (Marco Scholemmer, 2019), que disponen el espíritu humano a la contemplación del misterio y a la gracia.

3/

La IA puede utilizarse como acelerador y mediador en los cuidados, pero está lejos, y es muy improbable que sustituya, al vínculo emocional y espiritual sanador que el ser humano ha perfeccionado a lo largo de años de evolución (Síntesis).

Hemos podido comprobar, ante los puntos anteriormente expuestos, y por lo que percibimos en la realidad que nos rodea, que la IA y otros desarrollos tecnológicos como chatbots, reali-

La IA puede ser una herramienta útil en el cuidado espiritual, facilitando procesos y mejorando la atención. Sin embargo, no sustituye el vínculo humano ni la dimensión afectiva y trascendente esenciales en la sanación espiritual

dad virtual, etc, han venido para quedarse y su desarrollo tiene una velocidad nunca vista anteriormente.

En el ámbito de la salud y las ciencias sociales este desarrollo tecnológico puede ayudar en situaciones como distraer, reducir la ansiedad, aminorar la desconexión personal, acercar otras realidades culturales, facilitar la relajación, y además podrá permitir una atención por parte de los profesionales más precisa y rápida basada en el **BigData**.

Cuando además del cuidado de las personas en aspectos sanitarios o sociales, contemplamos su cuidado y acompañamiento espiritual, pueden surgir mayores dudas al analizar los beneficios o dificultades que presenta la IA.

Ya hay bastante literatura y experiencia en la llamada Inteligencia Artificial Emocional (también llamada cómputo afectivo) que analiza el estado emocional de una persona a través de la visión artificial, reconociendo patrones, alteraciones momentáneas y distancias entre los rasgos faciales de una persona. Actualmente es utilizada en neuromarketing, salud mental, medicina, seguridad, atención a clientes y educación.

En las últimas dos décadas, la inteligencia artificial ha integrado el uso de modelos de aprendizaje profundo. Además, los ha combinado con estudios de neuroimagen en pacientes psiquiátricos. Así, mediante el aprovechamiento de información neuroanatómica y neurofuncional, estos modelos permiten clasificar con mayor precisión a personas con trastornos psiquiátricos, como la psicosis ([Vieira et al., 2017](#)).

La depresión y los trastornos de ansiedad son dos problemáticas frecuentes en salud mental y, por lo tanto, también se han estudiado posibles intervenciones con chatbots. Especialmente, las investigaciones se han centrado en adolescentes y jóvenes adultos.

Por ejemplo, [Dosovitsky y Bunge \(2023\)](#) evaluaron la aceptabilidad y eficacia de un **chatbot**

diseñado para ayudar a adolescentes con depresión. Entre los resultados hallaron que la mayoría de los participantes informaron experiencias positivas con el **chatbot**.

Pero, ¿Dónde queda el beneficio del vínculo terapéutico que es necesario en situaciones de sanación emocional o espiritual, como es el caso que abordamos?

Las personas en situación de sufrimiento, sin importarnos la etiología de dicho sufrimiento, necesitan del acompañamiento y del encuentro con el otro que le sirva de herramienta canalizadora de su narrativa.

Pero, además necesita elaborar y crear vínculo con ese otro. No sana tanto el rol profesional que se desempeñe, sin desdeñar el conocimiento concreto de éste, sino el vínculo terapéutico que se establece con dicho profesional.

El vínculo terapéutico se refiere a la relación de confianza y conexión que se establece entre el paciente y el terapeuta. En este caso entre usuario y agente de pastoral o profesional en la asistencia espiritual. Según el psicólogo [David Wallin](#), el vínculo es una base segura que fomenta la exploración, el desarrollo y el cambio.

Es a través de este lazo que el paciente puede sentirse comprendido, validado y acompañado en su proceso de sanación.

La relevancia de un vínculo sólido se revela en confianza y apertura al otro. Un vínculo fuerte facilita que el paciente se abra emocionalmente y comparta aspectos íntimos de su vida.

A través del vínculo, el paciente aprende a gestionar sus emociones, desarrollando herramientas para enfrentarse al malestar emocional, pero también a regularlo.

El vínculo fomenta y refuerza el sentido de pertenencia, la identidad como ser merecedor de atención, cuidado y afecto. Y las relaciones establecidas en procesos de sanación ayuda a refor-

zar otras relaciones para que sean más saludables y equilibradas.

Por tanto, reforzamos el uso de IA como herramienta mediadora, pero subrayando la idea de que la sanación espiritual (y otras) requiere del encuentro reconfortante y vincular con otro.

Y este vínculo ayuda a reforzar vínculos también en la esfera de lo trascendente. Ya que está se nutre de nuestra experiencia como seres relacionales y viceversa.

Bibliografía

Boix Ferrer, J. A. (mayo 2023).

Tecnologización sanitaria y fragmentación del cuidado
en Labor Hospitalaria, núm. 336-337, 44-51.

Castells, M. (2023).

Os sistemas dos países não mudam por escolha, mudam por necessidade,
Entrevista en Jornal Público
(23 de julio de 2023).

Figueiredo, H. F. (2019).

Tecnologia e Empatia: O Papel da IA na Humanização dos Cuidados de Saúde.
In: Human-Centered Health Care: Innovations and Technologies,
Editora Saúde e Tecnologia.

Fisher, B; Tronto, JC. (1990).

Toward a Feminist Theory of Caring.
En: E. Abel y M. Nelson, ed., *Circles of Care* (Albany: SUNY Press, 1990): 36-54.
En: E. Abel y M. Nelson (ed.) *Circles of Care*. Albany, NY: SUNY Press, 3654.
Citado en *El futuro del cuidado, comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera.*
Carmen Domínguez Alcón, Helen Kohlen y Joan Tronto. Ediciones San Juan de Dios Campus Docent

Han, BC. (2015).

La societat del cansament.
Ed. Herder.

Han, BC. (2021).

No- Cosas, quiebras del mundo de hoy.
Ed. Taurus.

▶ **Han, BC. (2024).**

El espíritu de la esquizofrenia.
Ed. Herder.

▶ **Estalayo Hernández, Á.;**

Rodríguez Ochoa, O.;

Guitérrez Sebastián, R.;

Romero León, J.C. (2021)

Psicoterapia de vinculación emocional validante (VEV). Intervención con jóvenes vulnerables, en riesgo y conflicto social.
Ed. Octaedro.

▶ **Johanson, D.C.; Edey, M. A. (1981).**

Lucy: The beginnings of humankind.
New York, NY, Simon and Schuster.

▶ **Lessing, D. (1994).**

Diario de una buena vecina.
Ed Salvat.

▶ **Pinho, E. (2021).**

A Inteligência Artificial como Ferramenta para Melhoria das Interações em Saúde.
Journal of Health Informatics.

▶ **Ribeiro, F. et al. (2020).**

A Importância da IA na Melhoria da Acessibilidade aos Cuidados de Saúde.
Health Technology Review.

▶ **Scholemmer, M. (2019).**

Indagació contemplativa per a l'era de la IA.
Fundació Joan Maragall.

▶ **Vieira, S., Pinaya, W. H.**

y Mechelli, A. (2017).

Using deep learning to investigate the neuroimaging correlates of psychiatric and neurological disorders:

▶ *Methods and applications.*

Neuroscience and biobehavioral reviews,58-75.

▶ **Papa Francisco,**

La inteligencia artificial,

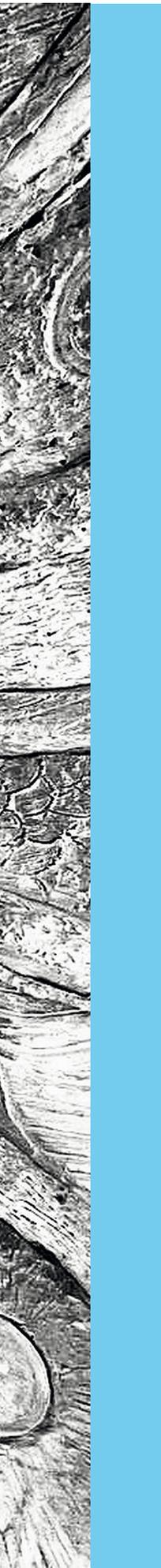
discurso pronunciado el 14 de junio 2024 en Borgo Egnazia en el marco de la G7

▶ *La inteligencia artificial al*

cuidado de la persona (I)

(2024) en Labor Hospitalaria. 339.
Número completo.





03/

Desafíos bioéticos actuales en salud mental: custodiar la dignidad en tiempos de incertidumbre.

Norka Carmela Risso Espinoza.,

Licenciada en Farmacia y en Estudios Eclesiásticos.
Responsable del equipo local de Bioética Centro
San Juan de Dios. Ciempozuelos (Madrid)

El presente artículo explora los principales desafíos bioéticos que emergen hoy en el ámbito de la salud mental, en un contexto marcado por avances tecnológicos, transformaciones sociales y nuevas formas de sufrimiento. Desde una perspectiva profundamente humanizadora y con fundamento en la bioética personalista, se abordan cuestiones como la neuroética y la modificación del comportamiento, el uso de inteligencia artificial en el diagnóstico psiquiátrico, el acompañamiento ético ante el deseo de morir, las terapias con psicodélicos, la atención psicosocial en crisis humanitarias y las implicaciones del transhumanismo. Más allá de una mera exposición de dilemas, el artículo propone un enfoque ético que pone en el centro a la persona, afirmando su dignidad incluso en la fragilidad, y defendiendo una práctica clínica que no se limite a intervenir, sino que sepa también acompañar, discernir y custodiar.

Palabras clave: Bioética, Salud Mental, Dignidad Humana, Inteligencia Artificial, Ética del Cuidado.

In this article we explore the principal bioethical challenges that are currently emerging in the mental health field, within a context marked by technological advances, social transformations and new forms of suffering. From a deeply humanising perspective based on personalist bioethics, questions are broached such as neuroethics and the modification of behaviour, the use of artificial intelligence in psychiatric diagnosis, ethical support in the wish to die, therapies with psychedelics, psychosocial assistance in humanitarian crises, and the implications of transhumanism. Beyond a mere exposition of dilemmas, this article proposes an ethical focus that puts people in the centre, affirming their dignity even in fragility and defending a clinical practice that does not limit itself to intervening, but also knows how to support, discern and safeguard.

Key words: Bioethics, Mental health, Human dignity, Artificial Intelligence, Care ethics.

1/

Introducción.

No es fácil hablar de ética cuando se trata de salud mental, no porque falten normas o principios, sino porque aquí, en este terreno, lo que está en juego no siempre se deja nombrar. A veces, lo que duele no se puede explicar, a veces, lo que se necesita no cabe en ningún protocolo.

El sufrimiento psíquico no es abstracto, tiene rostro, cuerpo, historia; y no siempre encuentra palabras para contarse. Quien acompaña desde la bioética lo sabe: hay decisiones que no se toman con la cabeza fría, hay gestos que no se justifican, pero que piden ser comprendidos.

Vivimos un tiempo extraño, por un lado, los avances tecnológicos nos deslumbran. Se puede intervenir en el cerebro con precisión milimétrica. Los algoritmos aprenden a detectar patrones de pensamiento, incluso antes de que alguien sea consciente de lo que siente.

La inteligencia artificial ofrece posibilidades nuevas... pero también impone preguntas nuevas: ¿Dónde queda la libertad cuando una máquina anticipa lo que aún no hemos dicho? ¿Qué hacemos con el consentimiento cuando alguien no puede decidir con claridad? ¿Y quién tiene derecho a definir qué vida merece ser vivida?

La bioética es una mirada, una forma de estar. A veces incómoda, a veces discreta, pero siempre presente. Porque no se trata solo de qué hacer con la técnica, sino de cómo cuidar al otro sin dejar de mirarlo como alguien único.

Este texto solo pretende abrir un espacio para detenernos un momento, y mirar más hondo. Explorar lo que la ciencia permite, sí, pero también lo que el corazón intuye. Porque entre la autonomía y la fragilidad, entre la mejora y el control, entre el sufrimiento y la dignidad... hay un terreno que merece ser pensado sin prisas, sin atajos, con alma.

En los márgenes de estas preguntas late una inquietud de fondo: ¿cómo garantizar que el avance científico y tecnológico no desdibuje la dignidad de la persona humana? Porque no se trata solo de lo que la técnica permite, sino de lo que nosotros, como sociedad, estamos dispuestos a respetar, preservar y cuidar.

Y eso implica mirar a cada persona -también, y especialmente, en su sufrimiento psíquico- como un misterio sagrado, no como un problema a resolver.

Este artículo se adentra en algunos de los principales desafíos bioéticos que plantea hoy la salud mental, recorriendo temas como la neuroética, la inteligencia artificial en el diagnóstico psiquiátrico, la eutanasia en contextos de sufrimiento psíquico, las terapias con psicodélicos, la atención en crisis humanitarias y las implicaciones del transhumanismo.

Lo que se ofrece aquí es un ejercicio de reflexión que busca iluminar desde dentro, con respeto y con verdad, las decisiones que nos esperan en la práctica clínica y en la construcción ética del futuro.



2/

Neuroética y modificación del comportamiento.

Pensar en la posibilidad de intervenir en el cerebro humano ya no es solo un asunto de ciencia ficción. En los últimos años, las neurociencias han abierto caminos insospechados para comprender y tratar el sufrimiento psíquico. Algunos avances han sido verdaderamente útiles. Otros, en cambio, invitan a detenerse y reflexionar antes de seguir avanzando. No todo lo que puede hacerse conviene, ni todo lo que alivia es inocuo.

El campo de la neuroética surge justo aquí, en este cruce entre lo clínico, lo filosófico y lo profundamente humano. Su propósito no es decir “sí” o “no” desde un marco cerrado, sino ayudarnos a pensar qué consecuencias pueden tener ciertas intervenciones cuando afectan directamente la forma en que una persona se percibe a sí misma, siente o decide. **Roskies (2002)** ya advertía que esta reflexión no puede quedarse en los límites de la técnica; hay que mirar más allá, a lo que toca la identidad.

Uno de los casos más conocidos es el de la estimulación cerebral profunda (ECP), utilizada en trastornos como el Parkinson, el trastorno obsesivo-compulsivo o la depresión resistente (**Lozano & Lipsman, 2013**). Implantes que regulan impulsos eléctricos en zonas concretas

LH n.341

del cerebro han ofrecido resultados alentadores, con mejoras clínicas notables. Pero en algunos pacientes también se han observado cambios inesperados: modificaciones en la forma de tomar decisiones, en la expresión emocional, incluso en lo que valoran o cómo entienden el mundo (Schüpbach et al., 2006). La pregunta que surge no es menor: ¿puede una terapia alterar aspectos tan personales sin tocar la identidad de fondo? ¿Y si alguien deja de reconocerse en lo que siente o hace?

Aquí, la autenticidad y la autonomía se vuelven principios irrenunciables. Klaming y Haselager (2010) lo plantean con claridad: no basta con que una intervención reduzca síntomas. Es necesario asegurarse de que la persona sigue sintiéndose ella misma, que conserva su capacidad de decidir y de reconocerse en sus actos. Porque si eso se pierde, ¿qué estamos curando exactamente?

Otro avance, igualmente impactante, son las interfaces cerebro-máquina. Gracias a ellas, personas con parálisis han logrado comunicarse sin necesidad de hablar o moverse. Mediante la interpretación de señales cerebrales, han podido escribir o controlar dispositivos con el pensamiento (Wolpaw et al., 2002; Willett et al., 2021).

El impacto de estas tecnologías es innegable. Pero algunos usuarios han descrito una sensación extraña: lo que se escribía “casi” coincidía con lo que querían decir, pero no del todo. Ramsey y colaboradores (2018) relatan esta experiencia de desajuste, de palabras que parecían propias y al mismo tiempo no lo eran del todo. Y aunque pueda parecer un detalle técnico, en realidad toca algo fundamental: la expresión auténtica del propio yo. Porque cuando se trata de comunicar lo más íntimo, un matiz puede cambiarlo todo.

También hay otro terreno que merece ser pensado: el uso de fármacos para aumentar el rendimiento cognitivo. Medicamentos como el modafinilo o el metilfenidato, indicados para patologías concretas como el TDAH o la nar-

colepsia, se están utilizando cada vez más entre personas sanas que buscan mejorar su capacidad de concentración o prolongar su jornada laboral (Greely et al., 2008).

Lo que comienza como una ayuda puntual puede convertirse en una exigencia social. Y entonces la pregunta no es solo médica, sino ética: ¿qué humanidad estamos construyendo cuando el esfuerzo personal se sustituye por intervención farmacológica? ¿Qué libertad real tiene quien no puede -o no quiere- acceder a estos recursos?

En este escenario, la justicia distributiva cobra una relevancia especial. Porque si solo unos pocos pueden permitirse estas mejoras, no solo se profundiza la desigualdad, sino que se crea una presión invisible sobre los demás.

La idea de que uno debe “optimizarse” para estar a la altura termina afectando a quienes, por cualquier razón, no entran en esa lógica. Y no es justo. Una sociedad que no respeta los ritmos, los límites y la vulnerabilidad se aleja de lo verdaderamente humano.

Todo esto muestra que no estamos ante un simple debate técnico. Cada caso requiere escucha, discernimiento y una mirada que no se quede en el síntoma, sino que se atreva a considerar el conjunto de la vida de la persona.

No se trata de juzgar los avances, sino de acompañarlos con preguntas sinceras: ¿para qué?, ¿para quién?, ¿a qué coste? La neuroética no frena la innovación, pero recuerda que hay cosas -la dignidad, la identidad, la libertad- que no pueden quedar en segundo plano.

3/

Inteligencia artificial y diagnóstico psiquiátrico.

En los últimos años, la inteligencia artificial ha comenzado a instalarse en el ámbito de la salud mental con una presencia cada vez más evidente. Desde herramientas capaces de analizar el lenguaje hasta sistemas que interpretan patrones de sueño o comportamientos digitales, todo parece apuntar a un futuro donde detectar el sufrimiento antes de que se exprese será posible. La intención es comprensible: llegar antes, intervenir mejor, evitar el colapso. Pero cuando el diagnóstico se anticipa tanto que se convierte en una identidad antes de que haya síntomas, las preguntas éticas se vuelven inevitables.

Algunos estudios han mostrado que es posible prever trastornos psiquiátricos a partir del modo en que una persona habla o se expresa. [Bedi et al. \(2015\)](#), por ejemplo, lograron anticipar con notable precisión la aparición de psicosis en personas jóvenes simplemente analizando su uso del lenguaje. En esa misma línea, [Cummins et al. \(2018\)](#) recopilaron una amplia gama de investigaciones sobre el análisis de voz como herramienta para evaluar depresión o riesgo suicida. Desde lo técnico, los avances son prometedores. Sin embargo, cuando lo que está en juego es el alma humana, el éxito estadístico no basta.

Saber que alguien “**podría**” desarrollar una enfermedad mental no es un dato neutral. Puede convertirse en un lastre, en una etiqueta, incluso en un condicionante que afecta la forma en que la persona se mira a sí misma y es mirada por los demás. Un pronóstico mal comunicado, o no acompañado adecuadamente, puede ser más destructivo que la propia enfermedad. Sobre todo, si no hay garantías de transparencia en el proceso que lo ha generado.

Uno de los problemas más importantes tiene que ver con el funcionamiento de estos sistemas. Muchos operan como cajas negras: reciben datos, procesan algoritmos, devuelven conclusiones. Pero no explican cómo han llegado a ellas, ni permiten cuestionar sus inferencias. Esto hace que el consentimiento informado quede debilitado, porque no basta con firmar una autorización si no se comprende realmente qué se está haciendo con los datos, ni con qué consecuencias. [Torous et al. \(2021\)](#) advierten de forma clara que esta opacidad compromete tanto la confianza como la autonomía.

Cada vez más, lo que hacemos en el entorno digital -lo que buscamos, lo que publicamos, cuándo nos conectamos- se está convirtiendo en información observada por sistemas que intentan interpretar nuestra salud mental. Y eso plantea una pregunta que no se puede obviar: ¿quién ha decidido que esos datos dicen algo de nosotros? ¿Hasta qué punto se pueden convertir en indicadores clínicos sin haber pedido permiso?

No se trata solo de que nos analicen. Es más hondo. Es el riesgo de que lo que compartimos con naturalidad, a veces como una forma de desahogo, se convierta en una señal interpretada fuera de contexto. Una emoción mostrada en redes sociales, una frase escrita con cansancio, puede acabar marcando la forma en que otros nos ven o nos entienden. Y eso no siempre ayuda.

También preocupa el destino de esos datos. En contextos donde aseguradoras, plataformas tecnológicas o incluso empleadores puedan acceder a información sobre la salud mental de una persona, el riesgo de discriminación se vuelve real. La historia clínica, en estos casos, deja de estar al servicio del acompañamiento para convertirse en un factor de exclusión. Y eso vulnera no solo la ética profesional, sino la dignidad misma de quien sufre.

Pero quizá el punto más delicado tenga que ver con lo que ninguna máquina puede reemplazar: la relación humana. La salud mental no se reduce al diagnóstico.

LH n.341

Es un proceso que necesita mirada, escucha, presencia. Un algoritmo no puede captar los silencios, ni ofrecer consuelo, ni sostener con paciencia una historia rota. Por más eficiente que sea, le falta lo esencial: el vínculo.

La inteligencia artificial puede ser una herramienta valiosa si se integra bien, si está al servicio del cuidado, si respeta los límites de lo humano. Pero nunca debe sustituir el encuentro. Porque cuando alguien atraviesa un dolor psíquico profundo, lo que más necesita no es una predicción, sino una persona a su lado. No un diagnóstico anticipado, sino una presencia que no huya. Y eso, por ahora, sigue siendo tarea nuestra.

4/

Acompañar el sufrimiento psíquico: más allá del derecho a morir.

En lo más profundo del debate bioético contemporáneo resuena una pregunta estremecedora: ¿cómo acompañar el sufrimiento psíquico cuando parece no tener alivio posible? No se trata solo de un diagnóstico complejo ni de un tratamiento difícil. Es algo más hondo. Es ese dolor que no se ve pero que consume, esa desesperanza que no grita, pero pesa, y ese deseo de dejar de vivir que emerge no como una decisión racional, sino como un último intento de pedir auxilio.

En algunos países como Bélgica, Países Bajos o Canadá, este clamor ha encontrado una forma jurídica en la posibilidad de solicitar la eutanasia en casos de trastornos mentales graves, incluso cuando no existe enfermedad física terminal.

El argumento parte de una convicción: que el dolor psíquico puede llegar a ser tan intenso y refractario como el físico, y por tanto merecer el mismo reconocimiento legal (Kim et al., 2016). Pero cuando nos acercamos a cada historia concreta, esa aparente claridad se disuelve en matices. Porque la libertad que se necesita para decidir la muerte exige haber tenido, antes, acceso real a una vida digna.

Hablar de autonomía en estos contextos no es sencillo. Una persona atrapada en la desesperanza, sin apoyos afectivos ni recursos clínicos adecuados, ¿decide realmente con libertad? O, como plantea Battin (2005), ¿es esa decisión el reflejo de una rendición silenciosa ante la ausencia de alternativas? La bioética no puede conformarse con verificar si alguien entiende lo que firma. Tiene que preguntarse si aún existen horizontes posibles. Si lo que se pide no es morir, sino ser mirado de otro modo.

Aquí, los cuidados paliativos que integran una mirada existencial y espiritual abren una vía aún incipiente, pero profundamente esperanzadora. Cuando el sufrimiento psíquico se aborda desde esta perspectiva, muchas personas, incluso en contextos de enfermedad avanzada o desesperanza profunda, redescubren sentido y dignidad. Algunos estudios han mostrado que, al acompañar con sensibilidad las dimensiones más hondas del malestar -aquellas que no se curan con fármacos, pero sí con presencia y vínculo-, es posible transformar el deseo de morir en una oportunidad de reencuentro consigo mismo (Rodríguez-Prat et al., 2017). Porque cuidar en el límite no es resignarse: es permanecer. Es ofrecer alivio, aunque no haya cura; escucha, aunque no haya palabras; compañía, aunque no haya fuerzas. Y a veces, ese acompañamiento silencioso y firme transforma lo que parecía irreversible.

El deseo de morir, en muchos casos, no es un deseo de desaparecer, sino un grito callado que pide ser escuchado. En su trabajo sobre psicoterapia centrada en el sentido, William Breitbart (2017) señala que cuando se brinda un espacio auténtico

Hablar de salud mental es hablar de lo que nos hace humanos:
nuestros miedos, nuestros deseos, nuestro sufrimiento.
Y todo eso no puede ser comprendido desde un algoritmo

donde poder hablar del dolor -sin miedo, sin juicio, sin prisas-, ese deseo empieza a transformarse. A menudo, lo que parecía una voluntad firme de morir es, en realidad, la necesidad profunda de recuperar la propia voz, de restituir una historia que el sufrimiento ha interrumpido.

Pero no podemos mirar ese dolor sin tener en cuenta el contexto donde nace. Cuando la pobreza, la soledad o la exclusión social marcan la vida de alguien, su petición de morir puede ser reflejo de abandono más que de libertad.

Battin et al. (2007) advierten que, en estas situaciones, la eutanasia corre el riesgo de convertirse en una respuesta social al desamparo, no en una verdadera elección autónoma. ¿Qué margen real tiene una persona para decidir, si no le queda casi nada?

Aquí, la bioética no puede limitarse a definir principios. Está llamada a implicarse, a encarnarse en lo real. **Paul Ricoeur (1990)** lo expresó con hondura: vivir bien es hacerlo “**con y para otros**”, dentro de estructuras que no excluyan. Acompañar éticamente no es ofrecer soluciones cerradas, sino sostener la esperanza cuando se desmorona. Estar ahí. No imponer caminos, sino caminar con quien apenas se sostiene.

5/

Psicodélicos y el renacer de lo profundo: entre ciencia, ética y sentido.

En los márgenes de la medicina convencional ha comenzado a abrirse paso una antigua promesa: la de los psicodélicos como catalizadores de procesos terapéuticos profundos. Sustancias como la psilocibina, el MDMA o la ketamina, que

durante décadas permanecieron relegadas al olvido o al estigma, están siendo “**redescubiertas**” por la investigación científica como herramientas posibles para abordar el sufrimiento mental resistente a otros tratamientos. Y lo que emerge no es solo una opción farmacológica distinta, sino un modo nuevo de mirar el alma herida.

Los estudios realizados en los últimos años han mostrado resultados esperanzadores, especialmente en contextos de depresión resistente, trastorno por estrés postraumático (TEPT) y ansiedad existencial en pacientes con enfermedades terminales. En muchos de estos casos, lo que relatan los pacientes no es tanto una mejora sintomática, sino un reencuentro con el sentido, una experiencia de claridad emocional, una apertura a lo trascendente (**Carhart-Harris et al., 2016; Griffiths et al., 2016**).

A diferencia de los psicofármacos tradicionales, que tienden a aplanar la experiencia emocional para disminuir el malestar, los psicodélicos amplifican y transforman la percepción, provocando a menudo experiencias que los propios pacientes describen como espirituales o místicas. Esto obliga a repensar el marco ético desde el que se regula su uso. No basta con evaluar la eficacia clínica. Hay que abrirse a una comprensión más integral de la persona.

El potencial terapéutico de estas sustancias no puede hacernos olvidar los riesgos reales que entrañan. La historia de su uso en las décadas de 1960 y 1970 nos recuerda lo que ocurre cuando se banaliza lo sagrado o se utiliza sin el contexto adecuado. Por eso, la comunidad científica ha insistido en que su administración solo puede hacerse en entornos clínicos rigurosamente controlados, con acompañamiento profesional cualificado y protocolos éticos exigentes (**Johnson et al., 2008**).

Desde la bioética, el principio de no maleficencia exige una vigilancia continua: no basta con que una experiencia sea intensa, debe ser también segura.

LH n.341

Las recaídas posteriores, las vulnerabilidades psíquicas preexistentes o la integración inadecuada de lo vivido pueden derivar en nuevas formas de sufrimiento si no se acompaña con profundidad. Lo terapéutico no puede desligarse de lo simbólico.

Y es precisamente en ese plano donde se vuelve especialmente importante la dimensión espiritual. Muchas de las personas que participan en estos ensayos clínicos relatan encuentros con lo que perciben como lo sagrado, reconciliaciones interiores, visiones de unidad o de amor incondicional. Estas vivencias, que trascienden lo psicológico, reclaman un acompañamiento ético que no reduzca ni patologice lo espiritual, sino que lo acoja con respeto.

Tanto **Phelps (2017)** como **Grof (2000)** han insistido en la importancia de ampliar la mirada cuando se habla de sufrimiento psíquico. Para ellos, hay experiencias que no pueden entenderse solo desde lo clínico. Requieren otros lenguajes, otros marcos. Hablan del sentido, del misterio, del modo en que el dolor forma parte del camino de una vida que busca comprenderse.

Desde la ética del cuidado, esto significa, reconocer que hay procesos que solo se revelan cuando se acoge lo profundo. Algunas vivencias, especialmente aquellas ligadas al uso terapéutico de psicodélicos, despiertan en quienes las atraviesan algo que toca la raíz misma de lo que somos. Y eso merece ser acompañado con cuidado.

Acoger estas terapias exige discernimiento. Supone caminar con atención, sin perder de vista lo que está en juego. Porque no todo lo que alivia sana, ni todo lo que abre conciencia construye sentido. Lo importante no es tanto autorizar o prohibir, sino cómo se acompaña, cómo se sostiene el proceso, qué mirada lo envuelve.

Tal vez, el reto más hondo no sea técnico, ni siquiera legal, sino humano. Asegurar que nadie viva estas experiencias como una moda o un experimento. Que haya presencia, escucha, respe-

to. Que quien se adentra en estos espacios interiores -tan frágiles, tan reveladores- sepa que no está solo. Que alguien camina con él, no para dirigir, sino para sostener.

6/

Salud mental en contextos de crisis: custodiar lo invisible en medio del caos.

Cuando la vida estalla, cuando la guerra, el hambre, la migración forzada o los desastres naturales arrasan con todo lo visible, lo que primero se desintegra no siempre es el cuerpo, es el sentido, es la percepción de unidad interior es la capacidad de reconocerse en medio del dolor.

Y en esos contextos donde la urgencia parece devorarlo todo, la salud mental se convierte en una necesidad silenciosa, a menudo postergada por otras prioridades más tangibles; pero, precisamente ahí, donde todo se ha perdido, es donde más necesario se vuelve el cuidado ético.

Las crisis humanitarias alteran no solo los sistemas sanitarios, sino también los marcos afectivos, espirituales y culturales que dan sostén a la identidad. Según la **OMS (2019)**, una de cada cinco personas expuestas a emergencias humanitarias sufre algún trastorno mental, siendo los más comunes la depresión, la ansiedad, el estrés agudo y el trauma complejo. Y, sin embargo, la atención psicosocial rara vez ocupa un lugar central en las respuestas de emergencia. Como si el alma pudiera esperar.

Desde la bioética, es una cuestión de justicia. Porque cuando no se protege la interioridad, se

contribuye -aunque sea de forma involuntaria- a la deshumanización.

Lo que las personas necesitan en medio del colapso no es solo alimento, medicinas o cobijo. Necesitan ser escuchadas. Necesitan ser vistas más allá del daño. Necesitan que alguien se atreva a sostener su historia, incluso si está rota. Como han subrayado autores como [Summerfield \(2001\)](#) o [Mollica \(2006\)](#), el trauma colectivo no se cura con protocolos clínicos estandarizados, sino con vínculos, con escucha culturalmente sensible, con la restitución progresiva del sentido.

En este escenario, la equidad se vuelve aún más urgente, porque no todas las personas parten del mismo lugar cuando sobreviene la catástrofe. Las mujeres, los menores no acompañados, las personas con discapacidad o quienes ya padecían trastornos mentales previos, se sitúan en una posición de extrema vulnerabilidad.

Y eso exige respuestas que no sean neutrales, sino activamente comprometidas con la justicia.

No se trata de ofrecer lo mismo a todos, sino de ofrecer más a quienes más lo necesitan. La justicia distributiva, como señala [Beauchamp \(2019\)](#), no es dar igual a todos, sino distribuir los recursos de modo que las desigualdades no se perpetúen.

En el ámbito de la salud mental en emergencias, eso implica diseñar estrategias interseccionales, que reconozcan las múltiples capas de exclusión y que ajusten la intervención a cada contexto, a cada cultura, a cada biografía.

El cuidado en estos contextos no es una técnica. Es una postura ética. Una forma de hospitalidad. Como recordaba [Emmanuel Lévinas](#), “el otro me importa incluso más que mi propia vida”. Esa es la ética que aquí se necesita: una ética de la presencia, de la compasión activa, de la acogida que no pregunta primero por papeles, diagnósticos o pronósticos, sino por el latido humano que sobrevive bajo los escombros.

Porque aun cuando todo se ha derrumbado, cuando ya no queda casi nada, la dignidad permanece. Y eso basta para que el cuidado nunca se suspenda.

7/

Transhumanismo y sufrimiento psíquico: entre el deseo de alivio y la fidelidad a lo humano.

En el horizonte de las grandes corrientes de pensamiento contemporáneo, el transhumanismo se presenta como una de las más provocadoras. No propone simplemente mejorar la salud o prevenir la enfermedad. Propone trascender las limitaciones de la biología humana mediante la tecnología: intervenir sobre el cuerpo, sobre el pensamiento, sobre las emociones, para lograr una existencia más eficiente, más longeva, más feliz. Y en ese proyecto, la salud mental aparece como uno de los frentes prioritarios.

¿Qué ocurriría si pudiéramos eliminar por completo la tristeza, el miedo, la angustia, mediante intervenciones cerebrales precisas o fármacos cada vez más sofisticados? ¿Qué sucedería si lográramos un estado emocional constante de bienestar, sin los vaivenes del dolor psíquico?

A primera vista, podría parecer una meta deseable. Incluso compasiva. Pero cuando la bioética entra en este terreno, surgen preguntas que no pueden silenciarse. Porque no todo lo que alivia es justo. Y no todo lo que suprime el sufrimiento genera sentido.

Uno de los riesgos más profundos del pensamiento transhumanista es considerar el sufri-

LH n.341

miento como un fallo, una disfunción que debe corregirse. Pero el dolor -también el psíquico- no es un error de diseño, es una parte constitutiva de la condición humana. Es, en muchos casos, una grieta que humaniza, una herida que invita a la búsqueda de sentido, una noche que, al atravesarla, transforma (Frankl, 2004).

Eliminar la angustia puede parecer una victoria, pero también puede ser una amputación. Porque la tristeza por una pérdida, el miedo ante lo incierto, la nostalgia, la culpa o la duda no son síntomas que haya que extirpar. Son lenguajes del alma. Hablan de lo que importa. De lo que nos afecta. De lo que somos.

Como ha señalado Habermas (2003), intervenir genéticamente o neurotecnológicamente sobre la emocionalidad humana sin preservar la capacidad de autodeterminación pone en riesgo la autenticidad del sujeto. Si alguien ya no siente porque ha sido programado para no sufrir, ¿sigue siendo plenamente libre? ¿Sigue siendo plenamente él?

El deseo de mejorar la mente humana -más concentración, menos sensibilidad, más estabilidad emocional- plantea también una pregunta crucial: ¿quién decide qué tipo de personalidad es deseable? ¿Qué pasará con la libertad de ser vulnerable, de llorar sin explicación, de sentir con intensidad? En nombre del bienestar, podríamos estar diseñando seres humanos más productivos, pero menos reales.

Además, el acceso desigual a estas tecnologías podría generar una nueva brecha: una aristocracia emocional, donde solo unos pocos puedan permitirse una mente "optimizadamente feliz". Esto convertiría el dolor no en algo humano, sino en un signo de exclusión. Y eso, desde la ética, no puede aceptarse.

Como recuerda la bioética personalista, la dignidad humana no está en la perfección, sino en la apertura al otro, en la capacidad de amar, de sufrir, de elegir. La tristeza no es lo contrario de la salud. Es muchas veces su camino.

Esto no significa rechazar de plano los avances que puedan aliviar el sufrimiento. Significa discernir. Preguntarse no solo si se puede, sino si se debe. Significa que el criterio no sea la eficacia, sino la fidelidad a la verdad del ser humano.

En palabras de Sandel (2009), el problema del perfeccionismo biotecnológico no es que aspire a lo mejor, sino que olvida que lo mejor del ser humano no es su potencia, sino su misterio. Lo que nos salva no es la felicidad constante, sino la capacidad de atravesar la vida con sentido, incluso cuando duele.

Por eso, en este umbral entre lo humano y lo posthumano, la ética tiene una misión irrenunciable: custodiar lo invisible. Acompañar sin intervenir lo que no debe tocarse. Y recordar, una y otra vez, que ninguna tecnología sustituirá nunca el poder de una presencia que escucha, de una mirada que acoge, de una relación que sana.

8/

Conclusión: una bioética que se sienta al lado y permanece.

Hablar de salud mental no debería ser una cuestión técnica. Hablar de salud mental es hablar de lo que nos hace humanos: nuestros miedos, nuestros deseos, nuestro sufrimiento. Y todo eso no puede ser comprendido desde un algoritmo. No, los algoritmos no nos permiten ver lo que realmente importa. No nos permiten ver la vida detrás de las cifras.

Porque las máquinas pueden predecir, pueden calcular, pueden identificar patrones. Pero lo que nunca podrán hacer es entender lo que sig-

nifica sentirse perdido, sentirse vacío, sentir que todo se desmorona. La salud mental no se trata de diagnosticar, se trata de acompañar. Se trata de estar allí con la persona que está pasando por algo que no puede explicar con palabras.

Sabemos que la inteligencia artificial se está infiltrando en todos los ámbitos de nuestra vida. Y no es que la tecnología sea mala; es que no puede hacer lo que solo nosotros, los humanos, podemos hacer: estar presentes en el dolor del otro, dar un hombro, ofrecer una mano. Las máquinas no pueden hacer eso. No pueden ofrecer consuelo. No pueden sentarse con alguien y escuchar sus miedos en silencio.

A veces, lo que más necesitamos no es una predicción sobre nuestra salud, no es un diagnóstico frío de nuestra mente. Lo que necesitamos es alguien que escuche, que entienda, que no tenga prisa por “arreglarnos”. La salud mental no es un problema que deba ser resuelto rápidamente. Es algo que toma tiempo, que necesita paciencia, que necesita humanización.

Bibliografía

Battin MP, van der Heide A, Ganzini L, van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen BD. (2007)

Muerte legal asistida por un médico en Oregón y los Países Bajos: evidencia sobre el impacto en pacientes de grupos vulnerables.

Journal of Medical Ethics.

Reino Unido. 33(10):591–7.

<https://doi.org/10.1136/jme.2007.022335>

Battin MP.

El fin de la vida: La ética y nuestra forma de morir. (2005)

Oxford: Oxford University Press.

Beauchamp TL, (2019) Childress JF.

Principles of biomedical ethics.

8th ed. Oxford: Oxford University Press.

Bedi G, Carrillo F, Cecchi GA, Slezak DF, Sigman M, de la Iglesia B, et al. (2005)

El análisis automatizado de la libertad de expresión predice la aparición de psicosis en jóvenes de alto riesgo.

NPJ Schizophr. 1(1):15030.

<https://doi.org/10.1038/npjpsychz.2015.30>

Breitbart W. (2017)

Meaning-centered psychotherapy in the cancer setting: Finding meaning and hope in the face of suffering.

Oxford University Press.

Carhart-Harris RL, Bolstridge M, Rucker J, Day CM, Erritzoe D, Kaelen M, et al. (2016)

Psilocibina con apoyo psicológico para la depresión resistente al tratamiento: un estudio de viabilidad de etiqueta abierta.

LH n.341

Lancet Psychiatry 3(7):619–27.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30065-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30065-7)

Cummins N, Scherer S, Krajewski J, Schnieder S, Epps J, Quatieri TF. (2018) *Una revisión de la evaluación del riesgo de depresión y suicidio mediante el análisis del habla*. Speech Commun. 71:10–49.
<https://doi.org/10.1016/j.specom.2015.03.004>

Frankl VE. (2004) *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

Greely, H., Sahakian, B., Harris, J., Kessler, R.C., Gazzaniga, M., Campbell, P., & Farah, M.J. (2008). *Hacia un uso responsable de fármacos que mejoran la cognición por parte de personas sanas*. Nature, 456(7223), 702–705.
<https://doi.org/10.1038/456702a>

Griffiths RR, Johnson MW, Carducci MA, Umbricht A, Richards WA, Richards BD, et al. (2016) *La psilocibina produce disminuciones sustanciales y sostenidas de la depresión y la ansiedad en pacientes con cáncer potencialmente mortal: un ensayo aleatorizado doble ciego*. J Psychopharmacol. 30(12):1181–97.
<https://doi.org/10.1177/0269881116675513>

Grof, S. (2000) *Psychology of the future: Lessons from modern consciousness research*. Albany: SUNY Press.

Habermas J. (2003) *The future of human nature*. Cambridge: Polity Press.

Johnson MW, Richards WA, Griffiths RR. *Investigación sobre alucinógenos en humanos: directrices para la seguridad*. J Psychopharmacol. 2008;22(6):603–20.
<https://doi.org/10.1177/0269881108093587>

Kim SYH, De Vries RG, Peteet JR. (2016) *Eutanasia y suicidio asistido de pacientes con trastornos psiquiátricos en los Países Bajos, 2011-2014*. JAMA Psychiatry. 73(4):362–8.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2887>

Lozano AM, Lipsman N. (2013) *Sondeo y regulación de circuitos disfuncionales mediante estimulación cerebral profunda*. Neuron. 77(3):406–24.
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.01.020>

Mollica RF. (2006) *Healing invisible wounds: Paths to hope and recovery in a violent world*. New York: Harcourt.

Organización Mundial de la Salud. (2019) *La salud mental en las emergencias*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>

Phelps J. (2017) *Desarrollo de directrices y competencias para la formación de terapeutas psicodélicos*. J Humanist Psychol. 57(5):450–87.
<https://doi.org/10.1177/0022167817711304>

Ricoeur P. (1996) *Sí mismo como otro*. España: Siglo XXI.

▶ **Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Balaguer A. (2017)**
Comprender las experiencias de los pacientes sobre el deseo de acelerar la muerte: una revisión sistemática y metaetnografía actualizada y ampliada.
 BMJ Open. 7(9):e016659.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016659>

▶ **Roskies AL. (2002)**
Neuroética para el nuevo milenio.
 Neuron. 35(1):21–3.
[https://doi.org/10.1016/S0896-6273\(02\)00763-8](https://doi.org/10.1016/S0896-6273(02)00763-8)

▶ **Sandel MJ. (2009)**
The case against perfection: Ethics in the age of genetic engineering.
 Cambridge: Harvard University Press.

▶ **Schüpbach WM, et al. (2006)**
Neurocirugía en la enfermedad de Parkinson ¿Una mente angustiada en un cuerpo reparado?
 Neurology. 66(12):1811–6. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000234880.51322.16>

▶ **Summerfield, D. (2001)**
La invención del trastorno de estrés posttraumático y la utilidad social de una categoría psiquiátrica.
 BMJ. 322(7278):95–8.
<https://doi.org/10.1136/bmj.322.7278.95>

▶ **Torous J, Bucci S, Bell IH, Kessing LV, Faurholt-Jepsen M, Whelan P, et al. (2021)**
El creciente campo de la psiquiatría digital: evidencia actual y el futuro de las aplicaciones, las redes sociales, los chatbots y la realidad virtual.
 World Psychiatry. 20(3):318–35.
<https://doi.org/10.1002/wps.20883>

▶ **Willet FR, Avansino DT, Hochberg LR, Henderson JM, Shenoy KV. (2021)** *Co-municación cerebro-texto de alto rendimiento mediante escritura a mano.*
 Nature. 593(7858):249–54.
<https://doi.org/10.1038/s41586-021-03506-2>

▶ **Wolpaw JR, Birbaumer N, McFarland DJ, Pfurtscheller G, Vaughan TM. (2002)**
Interfaces cerebro-computadora para comunicación y control.
 Clin Neurophysiol. 113(6):767–91.
[https://doi.org/10.1016/S1388-2457\(02\)00057-3](https://doi.org/10.1016/S1388-2457(02)00057-3)



04/

Del chamán al algoritmo:

El compromiso de la Iglesia con la ciencia y el saber.

Francisco José Alarcos Martínez,

Director Cátedra de Bioética.

Universidad Loyola Andalucía. Dos Hermanas (Sevilla)

El autor analiza la evolución del tratamiento del sufrimiento humano, la enfermedad y la muerte desde sus raíces chamánicas hasta el presente marcado por la inteligencia artificial, la medicina personalizada y la bioética.

Se describe el tránsito desde una medicina basada en rituales espirituales hacia una basada en leyes naturales, evidencias científicas y avances tecnológicos. La desmitificación de tres pilares fundamentales —la materia, la vida y el cálculo— ha posibilitado una nueva era en la atención médica, basada en la genética y el análisis masivo de datos. Sin embargo, estos avances también plantean dilemas éticos profundos relacionados con la identidad genética, la equidad en el acceso, la privacidad y la mercantilización de la salud.

Se propone una bioética ampliada que responda a los desafíos del "nuevo tiempo eje" que vivimos, capaz de salvaguardar la dignidad humana frente a la virtualización de lo real, el tecnocentrismo y los intereses económicos.

Palabras clave: Medicina personalizada, Inteligencia Artificial, Bioética, Datos, Tecnología, Salud.

The author analyses the evolution of the treatment of human suffering, illness and death from its shamanic origins to our present day marked by artificial intelligence, personalised medicine and bioethics

A description is made of the transit from a medicine based on spiritual rituals to one based on natural laws, scientific evidence and technological advances. The demythification of three fundamental pillars – matter, life and calculation – has allowed a new era in medical care, based on genetics and big data analysis. Nevertheless, these advances also pose far-reaching ethical dilemmas relating to genetic identity, equity of access, privacy, and the commodification of health.

An extended bioethics is proposed that faces the challenges of the "new axial age" in which we are living, capable of safeguarding human dignity against the virtualisation of reality, technocentrism and economic interests.

Key words: Personalised medicine, Artificial intelligence, Bioethics, Data, Technology, health.

LH n.341

La enfermedad, el sufrimiento y la muerte han sido, y continuarán siendo, un permanente reto a resolver en la historia de la humanidad. En la etapa precientífica se iba al chamán de la tribu para que, invocando los espíritus de otro mundo mediante danzas, rituales y sacrificios de animales, pudieran recuperar la salud aquellos que padecían alguna patología. La medicina chamánica trataba con seres superiores que tenían el poder para conceder la salud o condenar a la enfermedad y a la muerte.

La medicina hipocrática trató de deshacerse de los chamanes, y de la necesidad de invocar a los espíritus, conociendo las leyes que regían el mundo natural. Este estaba ordenado mediante esas normas que estaban dentro de la naturaleza.

Lo que había que conocer por parte del médico eran esas leyes para poder restablecer una vida ordenada frente al caos que suponía la aparición de enfermedades.

Con ese modelo hemos estado muchos siglos hasta que apareció una medicina que quería tener evidencias y no solo síntomas.

La segunda mitad del siglo pasado supuso una transformación radical para el mundo de la salud. Universalizó el uso de antibióticos como la penicilina, las transfusiones de sangre erradicando las sangrías medievales, las vacunaciones masivas o el uso de analgésicos para combatir pandemias y controlar el dolor fueron aportaciones que cambiaron la expectativa ante la vida y la muerte. Tras la década de los años 60 y los 70,

el uso de inmunosupresores, como la ciclosporina, abrió el campo para realizar de forma masiva los trasplantes de órganos. La incorporación de respiradores, máquinas de diálisis o circulación sanguínea extracorpórea, que podían prolongar la existencia en situaciones vitales críticas, planteaban nuevos problemas para la ética: ¿cuándo desconectar o prolongar la vida en procesos irreversibles? Surgía la medicina intensiva dentro de los hospitales instalando las UCIs.

No digamos la influencia que tuvieron nuevos métodos de diagnóstico como los rayos X, la ecografía o el TAC. El tradicional “**ojo clínico**” del experimentado médico quedó extinguido por los análisis en laboratorio o la evidencia que ofrecía la imagen directa del interior del cuerpo sin cirugía.

En la década de los 90, la incorporación de un inmenso arsenal tecnológico al ámbito de la medicina planteaba, como problema ético, si no estábamos deshumanizando un arte que ponía, por delante del paciente, el respeto a los protocolos que determinaba la ciencia.

La muerte, al finalizar el siglo XX, era más un tema para los técnicos, científicos y especialistas médicos que una cuestión personal e intransferible a la que cada cual se ha de enfrentar y dotar de sentido.

La responsabilidad personal ante la salud fue transferida a los sistemas sanitarios como un derecho sin límites alimentado por el discurso político.

Los profesionales sanitarios, ante tantos derechos de los enfermos, empezaban una “**praxis a la defensiva**” exigiendo el consentimiento informado ante cualquier acto médico. La relación de confianza que había sido el soporte que hacía posible cualquier acto terapéutico quedaba supeitada a la burocracia, invadiendo todos los actos médico-sanitarios.

1/

Deschamanización de tres grandes pilares.

Es en el contexto de mediados del siglo XX donde se lograron descifrar tres códigos “sagrados”: la física, la biología y la velocidad de cálculo. En el siglo V a.C. **Demócrito y Leucipo** sostenían que la materia estaba compuesta de partículas indivisibles llamadas “átomos” (del griego “a-tomos”, que significa “indivisible”). Poco antes de la segunda guerra mundial científicos como **J.J. Thomson, Ernest Rutherford** y **Niels Bohr** descubrieron su estructura: los electrones, el núcleo y los protones.

Con el desarrollo de la mecánica cuántica, científicos como **Schrödinger** y **Heisenberg**, se llega al modelo actual, que describe al átomo como una nube de probabilidad donde los electrones se encuentran alrededor del núcleo. **James Chadwick** descubrió el neutrón en 1932, completando la imagen moderna del núcleo atómico compuesto de protones y neutrones. Se desacralizaba así un primer código fundamental: qué es la materia.

El segundo código, el de la vida, en 1869 **Friedrich Miescher** lo identificó por primera vez en una sustancia de los núcleos de las células, a la que llamó “nucleína”.

Durante décadas, se pensó que las proteínas, eran las portadoras de la información genética debido a su diversidad estructural. Sin embargo, en 1953, **James Watson** y **Francis Crick**, propusieron el modelo de doble hélice del ADN.

Esta estructura mostró cómo las bases nitrogenadas (adenina, timina, guanina y citosina) se emparejan y cómo la molécula puede replicarse lo que les valió el Premio Nobel de Medicina en 1962.

Unos años más tarde, en 1977, **Frederick Sanger** desarrolló el método de secuenciación del ADN, permitiendo leer la información genética.

En 2003, se completó el **Proyecto Genoma Humano**, un esfuerzo internacional para mapear todos los genes en el ADN humano. Esto abrió nuevas fronteras en medicina, biotecnología y genética. Actualmente existen técnicas que permiten editar genes de manera precisa, revolucionando la investigación genética y el tratamiento de enfermedades. El ADN no solo es un pilar de la biología, sino también un código para entender y transformar la vida.

El trivium y el quadrivium formaban el currículo básico de la educación superior en la Edad Media. El primero, comprendía gramática, retórica y lógica, y era la base de las artes liberales. El segundo, incluía aritmética, geometría, música y astronomía, enfocándose más hacia las ciencias. Pero ya, desde muchos siglos antes, la matemática y el cálculo constituían un pilar fundamental.

El reto era obtener resultados a los problemas matemáticos mediante fórmulas que se pudiesen aplicar en el mundo real. La dificultad estaba en la velocidad para incorporar y manejar los datos con los que obtener una respuesta.

Muchas culturas inventaron “calculadoras” manuales para hacerlo de manera más rápida.

La invención del primer ordenador es atribuida a **Charles Babbage**, quien diseñó la “Máquina Analítica” en el siglo XIX y, aunque no se completó, sentó las bases para la computación moderna.

Más tarde, en 1936, **Alan Turing** desarrolló el concepto de la “máquina de Turing”. Esta fue puesta en práctica, no sin muchos contratiempos, durante la segunda guerra mundial para descifrar las claves que la máquina Enigma, diseñada por los nazis, elaboraba para atacar los barcos cargados de mercancías que venían de América.

LH n.341

Utilizaba un sistema de rotores que cambiaban la posición de las letras para crear un cifrado complejo. Cada vez que se presionaba una tecla, los rotores giraban, lo que hacía que la misma letra se cifrara de manera diferente cada vez. Turing fue capaz de descifrar los mensajes y obtener sus códigos con mayor rapidez antes de que fuesen sustituidos por otros, lo que hizo posible ganar la guerra.

Probablemente quien esté leyendo estos párrafos se pregunte qué tienen que ver estos tres pilares con la medicina personalizada, la inteligencia artificial y la bioética. Y muy probablemente estamos dando por sentado que lo que hoy es de uso cotidiano siempre ha existido.

Nada más lejos de la realidad. Los avances producidos en poco más de un siglo han dado la vuelta de manera radical a aquellas cuestiones que consideramos, durante milenios, que solo eran accesibles mediante la intervención de los chamanes de la tribu.

En este momento ya no se discute sobre los códigos binarios que pueden ser 0 o 1. Los bits se combinan para formar unidades más grandes de datos, como kilobytes, megabytes, terabytes, de la clásica computación que todos portamos en nuestros dispositivos. Pero esto ya es “antiguo” pues los temas computacionales han dejado paso a la informática cuántica, donde un qubit es la unidad básica de información. A diferencia de un bit clásico, que solo puede ser 0 o 1, un qubit puede estar en una superposición de ambos estados al mismo tiempo.

Google finalizaba el año 2024 presentando un ordenador cuántico llamado Willow. Traducido a un lenguaje cotidiano: el tiempo que un ordenador actual tardaría en resolver un problema de algunos trillones de datos serían millones de años, mientras que una computadora cuántica lo resuelve en pocos segundos.

No en vano este desarrollo está en plena expansión sin saber con certeza todavía cuáles son sus límites y hasta donde ofrece posibilidades.

Si a esta potencia, en el manejo de inimaginables cantidades de datos, se une una inteligencia artificial con un algoritmo que vaya eliminando las infinitas probabilidades de resultados se terminaron los secretos y las contraseñas y, en poco tiempo, serán vistas como herramientas seguras de la prehistoria.

Cabría preguntarse si la humanidad es consciente de que estamos iniciando un tiempo donde nos desenganchamos del mundo real para instalarnos en otro, el virtual, diseñado por una IA desconociendo quién diseña los algoritmos y los fines que busca. Si el empeño durante milenios fue entender, a base de tropiezos, el misterio, el límite, lo inabarcable, ahora delegamos y transferimos algo que nos constituía, la inteligencia comprensible, en otra dimensión, también en este caso irreal.

La realidad carecerá del encanto, de la capacidad de asombro y sorpresa, de la admiración y la contemplación de lo puesto ante cada uno sin ser previamente programado.

Algunos nos preguntamos si es que los humanos no podemos existir sin “brujería” y, por eso, sustituimos los chamanes de la tribu por los qubit cuánticos.

El poder desentrañar la realidad material, la realidad biológica y la velocidad para calcular y resolver problemas, que ya contemplamos como algo normal y natural, supone un nuevo “tiempo eje” en la historia de la condición humana y de su presencia en este planeta.

Para Karl Jaspers el concepto de “tiempo eje” fue plasmado en su obra “El origen y la meta de la historia” y se refiere a un período de aproximadamente entre el 800 y el 200 a.C., durante el cual surgieron figuras religiosas y filosóficas como Confucio, Buda, Sócrates, los profetas judíos, Jesús de Nazaret o Mahoma.

Para él, este período fue un tiempo de ruptura de nivel, de transformación espiritual y moral para la humanidad en su conjunto.

En la era de la medicina personalizada y la inteligencia artificial, el mayor desafío no es tecnológico, sino ético: proteger la dignidad, la intimidad y la humanidad de cada persona

Quizás, estamos asistiendo a otro “**tiempo eje**”, sin tomar mucha conciencia de que este viene codificado, por el desarrollo exponencial de una tecnología que procesa ingentes cantidades de datos a una velocidad inimaginable y con la capacidad para crear otros mundos sin conexión con este mundo.

Si bien es verdad que no es muy caro identificar patrones genéticos, lo que es verdaderamente costoso es crear un tratamiento individualizado para cada persona. Y cuando entramos en economía y gestión de recursos limitados hablamos también del principio de justicia, uno de los pilares sobre los que se desarrolló el inicio de la reflexión bioética.

2/

Inteligencia artificial, medicina personalizada y bioética.

La medicina personalizada necesita de algunos de los elementos mencionados. Una ingente cantidad de datos genéticos y una gran capacidad de computación representa un avance significativo para la atención médica.

Al utilizar algoritmos avanzados, la IA puede identificar patrones y proporcionar tratamientos adaptados a las características genéticas y ambientales de cada individuo. Esto permite diseñar tratamientos específicos para cada paciente, optimizando la eficacia de las intervenciones.

La IA también ayuda a predecir cómo responderá a ciertos tratamientos, permitiendo enfoques más precisos y efectivos; puede mejorar la detección temprana de enfermedades y facilitar la monitorización continua.

Ya se utiliza en tratamientos contra el cáncer o en diabéticos, monitoreando los niveles de glucosa, prediciendo complicaciones y aplicando la insulina que necesita en cada instante. También en cardiología, neurología, cirugía y otras muchas ramas de la medicina va a prestar un gran soporte y beneficio.

Pero este es solo uno de los problemas a los que hay que atender. La privacidad de los datos, el consentimiento informado y la equidad en el acceso a estas tecnologías son aspectos fundamentales que también tendremos que volver a considerar. Es crucial encontrar un equilibrio entre la innovación tecnológica y la protección de los derechos y dignidad de los pacientes, asegurando que la medicina personalizada beneficie a todos de manera justa y ética.

El manejo de los datos genéticos confidenciales es una cuestión que hay que priorizar en la reflexión bioética. Ya no se trata de proteger la historia clínica, sin duda importante y que hay que mantener, sino la identidad genética que codifica a cada ser humano como único, sin que haya existido alguien igual en la historia y sin que pueda repetirse en el futuro.

Es esencial establecer medidas de seguridad para proteger la información genética y de salud de los pacientes, asegurando que solo se use con consentimiento informado y para fines éticos. En una medicina personalizada, la disposición de los datos genéticos debería estar en manos del propio individuo. Es esencial que cada persona tenga control sobre quién puede acceder y utilizar su información genética.

La bioética, en este ámbito, tiene el reto de elaborar una fundamentación más intensa sobre el valor de la intimidad y la privacidad personal. Si bien es verdad que la autonomía se ha protegido con el consentimiento informado, ahora hemos de traspasarla, ir más allá, hacia la salvaguarda de la identidad personal. La intimidad genética, más el paso por el crisol de la experiencia, el ambiente y las relaciones con los demás, representa

LH n.341

en buena medida quién es cada uno.

Ser yo mismo a nivel genético se mantendrá hasta mi muerte sin cambiar. Si mi yo mismo, tras el paso por los otros, adquiere un sentido, un argumento biográfico ya no será solo un producto biológicamente estructurado por mi ADN, sino una existencia que vive desde la consciencia de intentar responder a quién y no solo a qué soy.

Dicho esto, la custodia y protección de los datos genéticos debería recaer en entidades con altos niveles de seguridad, protección y ética, neutrales e independientes del ámbito de la salud.

Los datos médicos se almacenan en registros electrónicos y bases de datos hospitalarias. Es fundamental que estos sistemas estén protegidos con medidas de seguridad avanzadas, como el cifrado y el acceso controlado, para garantizar la privacidad y confidencialidad de la información.

Además, la gestión de estos datos debe cumplir con regulaciones estrictas y ser controlados por organismos independientes que no tengan intereses, en ningún caso, con respecto a ellos. Olvidar que esos ingentes depósitos de datos no son otra cosa que la identidad de personas únicas e irrepetibles, con una biografía “sagrada”, sería profundamente inmoral.

A nadie se le escapa que el negocio del big data se ha instalado ya en el mundo mercantil y que también los datos biogenéticos circulan como mercancía. Los intereses económicos están ocultamente presentes en el desarrollo de esta nueva forma de atención sanitaria.

Las grandes corporaciones farmacéuticas buscan desesperadamente obtener grandes bancos de datos genéticos para esa terapia personalizada pues suelen ser las que desarrollan y crean medicamentos de precisión. Empresas como Roche, Novartis y GlaxoSmithKline han mostrado un notable interés en este ámbito.

Por ejemplo, en 2018, GlaxoSmithKline adquirió 23andMe, una empresa de análisis genético,

por más de 300 millones de dólares para el desarrollo de nuevos medicamentos. También las grandes compañías de seguros de salud podrían estar interesadas en usar esta información para ajustar pólizas y primas, o denegar el acceso para contratar seguros de asistencia médica.

3/

Hacia una bioética personalizada.

Desde hace medio siglo que emergió, ante la irrupción de los nuevos avances en tecnología que se incorporaban a la praxis sanitaria, la bioética ha ido madurando y evolucionando. A la par, también surgieron diferentes paradigmas de fundamentación y metodologías para tomar decisiones en situaciones de conflicto moral.

Estas cuestiones están sufriendo, en este nuevo “**tiempo eje**”, la irrupción de un elemento inexistente hasta hoy: la velocidad exponencial en el análisis de datos, cursos de acción y propuestas terapéuticas para cada persona.

Si bien es verdad que se ha hablado mucho de humanizar la asistencia, al anteponer la técnica a los pacientes, *prima facie* podría parecer que bajo la “**medicina personalizada**” ya es un tema menos relevante y necesario. Nada más lejos de lo que se empieza a vislumbrar en el horizonte.

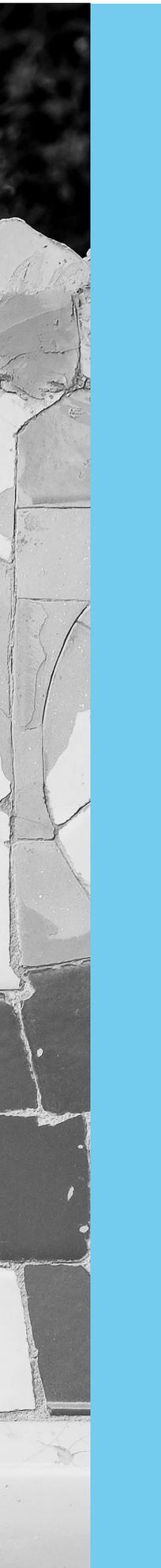
Cuando seamos diagnosticados por una IA; expropiados de nuestra individualidad genética diluyéndola en bancos de genomas; tratados solo aquellos que tengan suficientes recursos y proponiendo opciones terapéuticas basadas en un algoritmo al que no le podremos pedir responsabilidad por la decisión tomada ¿no empezaremos a experimentar una nostalgia de humanidad?

Cuando aquello que era un pacto sagrado, el **Res corpoream extra commercium**, quede aniquilado por el negocio y el beneficio de grandes fondos y multinacionales ¿no emergerá una nostalgia de humanidad? Cuando fiemos nuestra esperanza, por la fragilidad biológica, a terapias génicas regenerativas de nuestro ADN que tenía algunas bases fuera de su sitio en la doble hélice ¿no sucumbiremos a la frustración y desesperanza ante la inevitabilidad del límite y la finitud?

La bioética como disciplina se ha de ampliar incorporando en su reflexión lo que suponen los elementos disruptivos de los datos y los metadatos que afectan a la condición humana. Y ha de hacerlo para evitar la disolución de lo real en lo virtual. El sufrimiento, el vacío existencial, la consciencia de la muerte, la necesidad de cuidar y ser cuidados, la compasión y la esperanza que salvan de la soledad, no pueden dejar de ser reales. Lo virtual no deja de ser, en la sociedad de la posverdad, más que una forma elusiva de nuestra responsabilidad moral.







05/

Reconciliación desde la Hospitalidad.

Julio de la Torre,

Director. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

Calixto Plumed Moreno O.H.

Psicólogo Clínico. Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid

La reconciliación es un proceso esencial para restaurar el equilibrio y el bienestar en el ámbito de la salud. Este artículo explora cómo el concepto de reconciliación, basado en la perspectiva de San Juan de Dios, puede aplicarse de manera holística para mejorar la atención y el cuidado de los pacientes.

La unión de esa perspectiva de la reconciliación desde lo ignaciano hace que el cuidado en la enfermedad sea visto como el acompañamiento activo en el conjunto del proceso marcado por la Hospitalidad.

Palabras clave: Reconciliación, Hospitalidad, Humanización, Cuidado, Salud.

Reconciliation is an essential process for restoring balance and wellbeing in the health field. This article explores how the concept of reconciliation, based on the perspective of St. John of God, may be applied holistically to improve the care and attention provided to patients. The union of this outlook on reconciliation through the Ignatian philosophy causes the care of illness to be seen as an active support in the overall process marked by hospitality..

Key words: Reconciliation, Hospitality, Humanisation, Care, Health.

1/

La Reconciliación desde la Hospitalidad.

La reconciliación, vista con la mirada desde la Hospitalidad y enfrente de la enfermedad, posee tonalidades de diferentes matices puestos en la restauración, si bien las cicatrices hacen que no sea posible volver a puntos anteriores, y que la búsqueda de la restitución haya que entenderla como la adaptación de los procesos y el encuentro a la aceptación de los diferentes estados por los que cada situación discurre.

El acento de la recuperación dentro del contexto de salud siempre está ligado a dos cuestiones fundamentales, la de la plena aceptación de la situación de enfermedad, de fragilidad y vulnerabilidad, y la segunda, ligada a esta, la de ser capaces de aceptar situaciones nuevas y evoluciones, tanto en sentido positivo como en negativo. Una vez aceptadas, vivir con ellas de manera plena es esencial en el equilibrio tanto personal, como familiar y comunitario. San Ignacio de Loyola entendía la reconciliación como un proceso dinámico y relacional que involucra a todas las partes afectadas por el conflicto o la enfermedad. En el contexto de la salud, la reconciliación busca restaurar la armonía y el bienestar a través del amor, la compasión y el cuidado integral. La Hospitalidad con el

sentido del Cuidado en San Juan de Dios, nos ofrece una mirada al otro, especialmente al enfermo y vulnerable, que va más allá de la técnica, y que nos invita a la acogida sin condiciones ni reparos, buscando el bienestar de las personas. La cultura de la Hospitalidad, por tanto, busca la asistencia integral guiada por sus otros cuatro valores guía: calidad de atención, respeto a la persona, responsabilidad en el trabajo realizado y espiritualidad, como expresión viva de la sensibilidad ante lo trascendente. En ese contexto, la Reconciliación busca la restitución de los equilibrios en salud con una perspectiva de acogida y acompañamiento marcada por estos valores mencionados, donde se destaca el valor espiritual de cada una de las personas atendidas.

2/

Reconciliación en la Salud.

En el ámbito de la salud, la reconciliación busca restaurar el bienestar físico, mental y social de los pacientes. Un enfoque holístico que incluye el cuidado, el consuelo y la humanización es esencial para lograr una recuperación integral. La reconciliación en la salud también involucra a la familia y la comunidad donde está inserto el individuo, promoviendo la restauración y la paliación. Reconciliación en Salud sería definida entonces como el restablecimiento del equilibrio relacionado con el bienestar, donde se recobran los estados previos a la enfermedad en diferentes niveles, y no exclusivamente en el físico.

Quizás en otros, psicológicos, espirituales, sean los cambios más hondos y profundos en tanto a esa vuelta a la restitución o reparación de la salud. La disrupción en el estado vital de la persona de la enfermedad no siempre espera curación, si

bien, sí integración, consuelo, acompañamiento y finalmente, aceptación, con el acento del cuidado, con la paliación de todo tipo de sufrimiento y el retorno a una condición saludable cuando este regreso sea posible.

La Reconciliación desde la Hospitalidad pone en especial consideración el Cuidado y son dos ejes los que lo vertebran: la restauración y la paliación. La restauración no significa volver al estado inicial, o de salud plena: las cicatrices después de la recuperación pueden ser más o menos permanentes, y debemos aprender y reaprender a vivir con ellas: el estado de acción sería la adaptación a la nueva situación. Y también el concepto de paliación, del dolor, y de todo aquel sufrimiento que padece el enfermo. La paliación y el Cuidado Paliativo dejan aquí la marca de la Hospitalidad en el acompañamiento en el sufrimiento, donde el objetivo es manejar los síntomas del sufrimiento cuando la posibilidad de curación ha desaparecido. Clave aquí es el Cuidado como noción de atención integral del individuo, en constante comunicación con el cuidador.

El cuidado posee dimensiones holísticas e integradoras en la vida del paciente, donde la atención se prevé como el todo, donde el equilibrio se alcanza desde uno mismo, en lo intrapersonal, y también en núcleo familiar y de forma comunitaria; de esta manera podríamos concretar las plataformas principales de vivencia de ese estado de balance. Cuando los escenarios se ven alterados, la salud se ve resentida, entendiendo que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Ofrecerse al enfermo y trabajar, por tanto, con el enfermo, así como con su familia, el entorno, y la comunidad, es Cuidar, con aportaciones directas al bienestar de todos ellos. El poder de la presencia del cuidador es real y tangible, y se manifiesta en la asistencia.

Positivamente, se transmite en el hecho del cuidado al enfermo, y también al su entorno, de forma transversal a través de la Hospitalidad y la acogida.

El acompañamiento humanizador al enfermo, en cada una de las necesidades, es fundamental para establecer atención renovadora y completa, donde la persona que sufre se sienta acompañada y consolada, y que, en la recuperación de la enfermedad se vea reconfortada, y en caso de que sólo haya posibilidad de paliación, la dimensión humana del individuo sea siempre preservada, a fin de proporcionar los mejores cuidados. La restauración de balances positivos fuera de las situaciones previas de equilibrio tiene una importante carga de cuidados en salud. Desde las necesidades fundamentales, hasta las complejas, se ven atendidas desde el prisma de la salud, desde lo global hasta el detalle.

3/

Mirada histórica.

Sin la herencia de San Juan de Dios a lo largo de la Historia, y especialmente, desde el final de la Edad Media, no se puede entender el arte del cuidado y la cultura de los cuidados al enfermo, en tanto que estableció un modelo y paradigma de relación de Amor con el enfermo y el vulnerable, con especial acento al enfermo mental, y que era y es, excluido por la sociedad. Esa misma correspondencia de Amor, con un paralelismo cercano al de san Francisco, tal como el santo de Asís había vivido y que se producía en la comunidad en Cristo a través del hermano.

El mensaje de los que trabajamos con, por y para el enfermo de San Juan de Dios es «**Tened siempre caridad**» palabras de Juan de Dios, y sintetiza el concepto de reconciliación se hace presente cuando el enfermo, en su desgarró, regresa a la gracia y al Padre a través de Cristo y el hermano. En la vida asistencial, con seguridad, será la Reconciliación del enfermo uno de los momentos más críticos a los que podemos asistir. La paz encontrada por quien se reconcilia

LH n.341

es uno de los hechos más hermosos que acontecen en el camino de la enfermedad, y tiene una relación directa con ese encuentro íntimo con el Padre que es amor, que acoge al hijo.

En la Granada del siglo XVI que **Juan Ciudad** caminara buscado al enfermo como encuentro con el Padre en cada una de las acciones de vida (**todo lo que hacéis, hacedlo en el nombre del Señor**). Se une la Humanidad con la Hospitalidad. Juan Ciudad acerca el sentido y significado de la Humanización en toda su magnitud. Juan marca un camino, un itinerario para poder llegar a un fin y para poder ser ejemplo para otros que siguen su obra de acercamiento a la enfermedad, y el sufrimiento. La esencia de la Humanización viene a resultar que es, la aproximación, el abajamiento a la realidad radical del hombre y del hombre en necesidad, para desde ahí descubrir y tratarlo con la dignidad que le corresponde por el mero hecho de ser persona.

En el marco de la asistencia, hemos llegado a perder el valor de la hospitalidad como herramienta de cuidado a los enfermos y a sus familias. La humanización y la misma Hospitalidad se ha contrapuesto, a veces, con la técnica, cuando realmente son complementarias, y la una no puede caminar sin la otra. Hoy podemos movernos ajenos al servicio holístico a los enfermos: rechazar lo que va más allá de la pura función y actividad sanitaria, si tenemos esa mirada, les fallaremos. En nuestra área asistencial es posible mantener la atención sólo al avance tecnológico, científico, sin tener la mirada puesta en otras necesidades que vayan más allá de la fisiología o fisiopatología del enfermo: su situación clínica basada en valores numéricos, de analítica, y sin considerar aspectos como los psicológicos o espirituales. Podemos hacer la actividad o el servicio técnico que hay que hacer porque está pautado y nada más. Así dejaremos a medias el trabajo y el paciente será atendido de manera inconsistente y para nada completa. La humanidad no es sólo todo esto.

Humanas también son cualidades negativas tales como el egoísmo, la crueldad, la intransigencia

Solo desde ahí, renovándonos en profundidad, podemos redescubrir nuestros propios valores y los de los demás, reconociendo que toda persona es portadora de unos valores que la constituyen en sagrada.

Hospitalidad reconciliada es comprender en su totalidad, y de forma puramente holística, al hombre, en especial, al enfermo y vulnerable. Y esto solo es posible si caminamos hacia el encuentro del ser humano desde lo hondo: escuchando, conociendo, reconociendo sus problemas, sus esperanzas, sus dificultades, su historia. Pero el encuentro solo es posible en reciprocidad. Sin humanizar no humanizamos, sin ejercer la hospitalidad en nuestras acciones, no humanizamos. Y esto solo es posible si asumimos la valentía de reconocer nuestra propia historia también llena de soledad, fracasos, dificultades, esperanzas... desde esa perspectiva de Reconciliación. Hay algunos acentos y miradas que nos pueden servir como guía y catalizador de la Hospitalidad en salud reconciliada. La Hospitalidad comprende contemplar perspectivas Bioéticas que proporcionan respuestas a la evidencia real de cada día. Esta aplica un comportamiento social al gobierno de los centros sanitarios y a las actuaciones de todo el equipo asistencial y de gestión, según los valores de esta.

La cultura de la Hospitalidad sabe y aprecia lo relativo a la ciencia, y conoce que más allá de los avances técnicos y farmacológicos en el campo de la medicina, está la realidad espiritual y de necesidades psicológicas del enfermo, acompañadas en muchos casos de angustia y sufrimiento, que precisan de alivio.

Quienes trabajen en el mundo de la salud han de ser personas que aprendan todos los días a ser sensibles al dolor humano. Y de ese aprendizaje se evoluciona hacia una relación más completa hacia el enfermo y su entorno.

El desarrollo de la cultura de la Hospitalidad es una necesidad para el equipo interdisciplinar de salud, sin la cual será difícil brindar la comprensión, seguridad y apoyo que espera el enfermo.

Trabajar en la línea de la Hospitalidad significa haber adquirido una cultura de trabajo que mejore la sensibilidad para ver al enfermo desde su mismo lado de la cama; haber decantado las impurezas del juicio para tratar de comprenderlo con sus virtudes y defectos.

La relación que se establece con la persona enferma y con su familia, es eminentemente humana y esta engloba la salud comunitaria, no solo la asistencia en la enfermedad, sino también la prevención de la misma, o de sus efectos más notables, así como el trabajo con los efectos adversos de medicamentos o intervenciones.

4/

Conclusión.

En nuestro mundo hospitalario, es posible prestar atención sólo al avance tecnológico, científico, al trabajo como tal, a la política. Podemos hacer la actividad o el servicio técnico que hay que hacer porque está mandado y en el tiempo establecido. Pero la Hospitalidad:

- Desde la Humanización implica contemplar con seriedad planteamientos bioéticos que dan respuestas a la evidencia real de cada día. La Humanización aplica la doctrina social recta a la gestión de los centros sanitarios y a las actuaciones de cada uno de los profesionales de la salud, según unos valores conocidos y establecidos, según una cultura.
- Quienes trabajan en el mundo de la salud han de ser personas que aprendan todos los días a ser sensibles al dolor humano. Y de ese aprendizaje se evoluciona hacia una relación más completa hacia el enfermo y su entorno.
- La relación que se establece con la persona enferma y con su familia, es eminentemente huma-

na, no se limita a lo profesional exclusivamente. En algunos ámbitos aparece la amistad.

- Una cultura de la Humanización sabe y aprecia lo relativo a la ciencia, y **sabe que más allá de los descubrimientos, de los avances en el campo de la medicina, de la física, de la química, están las reacciones psíquicas del enfermo, su angustia y sufrimiento.** Una cultura de la Humanización se mueve en la civilización del amor, porque las máquinas pueden realizar grandes cosas, pero nunca comprender el sufrimiento del enfermo, sus tensiones, o sus emociones.

En consecuencia, la reconciliación es un proceso complejo y multidimensional que requiere un enfoque interdisciplinario, algunos hablan de transdisciplinario. En el ámbito de la salud, la reconciliación basada en las perspectivas ignaciana y juanediana puede mejorar significativamente la atención y el bienestar de los enfermos, promoviendo un cuidado más humano y compasivo. En el fondo, los seres humanos somos herederos de un talante benevolente que se ha solidificado a lo largo de milenios. Es comprensible que sean pocos los inclinados a distraerse con el lento camino de la evolución y la selección natural a la hora de admirar la bondad humana. Después de todo, lo mismo ocurre cuando nos deslumbramos con una piedra preciosa.

Casi nunca nos paramos a pensar que debe su belleza a millones de años de compresión en la roca. En este sentido, la gratificación que nos promete una disposición humanizada es el trofeo que recibimos por obedecer a nuestros impulsos naturales. La Hospitalidad es relación con otro, es encuentro, con obligaciones y responsabilidades; la Hospitalidad es acogida universal: se fija en el diferente, acepta la discrepancia; respeta el misterio que envuelve al otro que llega o puede llegar; el extraño puede representar a Dios. La Reconciliación a través de la Hospitalidad: es un cuidado restaurador humanizado, que se percibe como el acercamiento y acompañamiento a la persona vulnerable desde la perspectiva de la atención humanizada del hermano.

Glosario de salud.

1. Acompañamiento personal. Misión que realiza una persona con relación a otra, a partir de la aceptación mutua de actuar con transparencia, para conseguir que la persona acompañada realice el camino personal en libertad, según el plan de Dios sobre ella.

2. Autocuidado. Resolución de las necesidades de salud de una persona por sí misma, en base a unos conocimientos y habilidades previamente adquiridos.

3. Caridad. Sentimiento de amor, a la manera de Dios, por las necesidades del prójimo, como si se nos despedazase el corazón.

4. Caritas, Amor. Es el impulso generoso del cuidador hacia el cuidado, que le lleva a hacer de su misión y cometido un arte, una suerte de compañía fraternal en la enfermedad, desde su diagnóstico hasta su desenlace, curación, paliación o el acomodo del paciente en su muerte.

5. Consolación. El cuidado del enfermo no es sólo el éxito en el tratamiento, o la búsqueda de este. El alivio, buscando confortar al enfermo, es clave como término de acompañamiento.

6. Cuidado. Asistir, entender al paciente y proteger su estado, en pro de la recuperación, rehabilitación o paliación de la enfermedad.

7. Curación. Reparación, total o parcial, del daño previo. Cuando no hay curación, se propone la paliación de síntomas, el mejor tratamiento de soporte, tanto vital como espiritual.

8. Curar. Acción a través de la cual se recobra el nivel de la salud anterior.

9. Dolor. La experiencia de la persona que sufre en cualquier nivel: espiritual, psicológico o físico.

10. Escucha. Atención y percepción sobre las comunicaciones con el enfermo y su entorno.

La escucha es activa e implica comunicación, es multidireccional, con el enfermo, familiares, amigos, entorno, y entre profesionales del cuidado.

11. Hospitalidad. a través del cuidado humanizado, que se percibe como el acercamiento al enfermo desde la perspectiva del acompañamiento humano del hermano. La Hospitalidad es relación con otro, con obligaciones y responsabilidades; la Hospitalidad es acogida, es universal; todos somos huéspedes y anfitriones, se mueve en el anonimato. La Hospitalidad es encarnación y Humanización.

12. Misericordia. Disposición de ayudar al necesitado, se hace realidad en la caridad auténtica, se ejerce en la medida con que fue aplicada al hombre cuando fue perdonado. Se mide no por la intensidad de sentimientos sino por las pruebas que se dan de ella.

13. Salud. Situación de equilibrio dinámico entre las estructuras biológicas del médico interno y externo en relación a la calidad de vida y las condiciones del medio que nos rodea.

14. Sanar. Recuperación de las pérdidas del nivel de salud.

15. Sufrimiento: Dolor físico o moral, prueba para la fe que, asociados a Cristo, son fuente de salud pues vivido con Cristo y con su fuerza, lejos de sucumbir se vive en la esperanza escatológica.

16. Sufrimiento es la consecuencia, dinámica y cambiante, de la interacción entre la percepción de amenazas y recursos, modulada por el estado de ánimo (**Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2004, Bayés, 2006**).

17. Tratamiento. Es el método, sistema o conjunto de procedimientos terapéuticos, que engloban todos los elementos de trato sistematizado al enfermo; es la estructura formal del compromiso con el convaleciente.

18. Vida del hombre. Estado de actividad del ser humano en el que se conjugan factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Bibliografía

▶ **Brusco, A. (1999)** *Humanización de la asistencia al enfermo*. Santander. Sal Terrae.

▶ **Arroyo Gordo, M.P. (2001)** *Calidad y Humanización de los cuidados*. En *Metas de enfermería*. Valencia. Paradigma. Vol. 4, N.º. 39, 2001, págs. 26-31

▶ **Brusco, A. (1991)** *La Humanización en el mundo de la salud*. Bogotá. SELARE.

▶ **Eseverri, C. (1988)** *Un hospital, un mundo*. Bogotá. SELARE.

▶ **Galán, J.M. (1993)** *La Humanización de las instituciones de salud*. Misión el hombre. 1993; 5(15).

▶ **Innerarity, D. (2001)** *Ética de la Hospitalidad*. Barcelona. Ed. Península.

▶ **Lelkens, J.P.M. (2001)** *Deshumanización de la asistencia sanitaria dentro y fuera de las estructuras hospitalarias, sus causas de fondo y las expectativas para el futuro*. Roma. Dolentium Hominum. 46:21-24.

▶ **Marchesi, P.L. (1981)** *La Humanización*. Madrid. Secretariado Interprovincial de España. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

▶ **Marchesi, Spisanti, S. y Spinelli A. (1986)** *Por un hospital más humano*. Madrid. Ediciones Paulinas.

▶ **OMS (1946)**. *Constituciones. Definición de salud*. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>

▶ **Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (2019)** *Carta de Identidad*. Madrid. Fundación Juan Ciudad.

▶ **Piles, P. (1996)** *El hospital: templo de la humanidad*. En *Dolentium Hominum*, Roma, 31.

▶ **Plumed Moreno, C. (2013)** *Una aportación para la Humanización*. En *Archivo Hospitalario*. 11: 261-352.

▶ **Redrado, J.R. y cols. (1991)** *La Humanización en salud*. Bogotá: SELARE.

▶ **Rojas Marcos, L. (2001)**. *Humanización de la medicina y calidad de vida*. En *Diario Médico*, 3 de octubre. Madrid.

▶ **Toledo Ortiz, F. (1995)** *Humanización de los servicios de atención pediátrica*. En *García Caballero, C. (1995) Pediatría social*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

▶ **Torrallba, F. (2003)** *Sobre la Hospitalidad. Extraños y vulnerables como tú*. Madrid. PPC.



06/

Consideraciones éticas, legales y sociales para el uso de la inteligencia artificial en investigación¹.

Iciar Alfonso Farnós,

Médico Especialista en Farmacología Clínica. Vicepresidenta. Comité de Ética de la Investigación con medicamentos de Euskadi. Presidenta Asociación Nacional de Comités de ética de la investigación-ANCEI

Guillermo Alcalde Bezhold,

Médico Especialista en Nefrología. Presidente Comité de Ética de la Investigación. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz (Araba)

La Inteligencia Artificial (IA) desarrolla algoritmos y modelos que permiten a las máquinas realizar tareas que normalmente requieren de la inteligencia humana, como la percepción, el razonamiento, el aprendizaje, la creatividad y la capacidad de planificar. En medicina, se utiliza para analizar grandes cantidades de datos y buscar patrones que puedan ayudar a los profesionales sanitarios a tomar decisiones más precisas sobre el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y/o procesos.

La investigación biomédica con IA puede contribuir a descubrir nuevos medicamentos y terapias, facilitando la instauración de una medicina personalizada que permita ofrecer a cada paciente un tratamiento individualizado con la pauta de administración más precisa. Para ello, deben llevarse a cabo estudios clínicos cuyas conclusiones permitan implementar en el ámbito sanitario sistemas de IA seguros y con una finalidad pertinente.

La IA analiza grandes cantidades de datos, por lo que su desarrollo presenta una serie de retos éticos y jurídicos que deben tenerse en cuenta tanto en su desarrollo como en su implementación: aspectos éticos relacionados con la privacidad y seguridad, o la repercusión legal, laboral o personal de una posible revelación no autorizada de datos personales. La legislación y las diferentes guías éticas han asignado a los Comités de Ética de la Investigación la supervisión ética de la investigación, motivo por el que es fundamental que investigadores y miembros de los comités se familiaricen con las particularidades que presentan estas investigaciones.

Palabras clave: Ética, Inteligencia Artificial (IA), Comité de Ética de la Investigación (CEI), Protección de Datos.

Artificial intelligence (AI) develops algorithms and models that allow machines to perform tasks which usually require human intelligence, such as perception, reasoning, learning, creativity and planning. In medicine, AI is used to analyse large quantities of data, looking for patterns which can help health professionals to make more accurate decisions on the diagnosis and treatment of illnesses and/or processes.

Biomedical research with AI can help to discover new medications and treatments, facilitating the introduction of a personalised medicine that lets each patient receive an individualised treatment with the most precise administration schedule. To this end, clinical trials should be conducted whose conclusions allow safe AI systems with a pertinent objective to be implemented in the health field.

Artificial intelligence analyses large quantities of data. For this reason, the development of AI poses a series of ethical and legal challenges that should be taken into account in both the development process itself and in implementation. This involves ethical aspects relating to privacy and security, and the legal, employment-related and personal effects of the possible unauthorised disclosure of personal data. The law and the various ethical guides have assigned the ethical supervision of research to research ethics committees, making it essential for researchers and committee members to familiarise themselves with the particularities of research involving AI.

Key words: Ethics, Artificial Intelligence (AI), Research Ethics Committee (REC), Data protection.

1/

Comités de Ética de la Investigación.

El Real Decreto 1090/2015² define al **Comité de Ética de la Investigación (CEI)** como un

«órgano independiente y de composición multidisciplinar cuya finalidad principal es la de velar por la protección de los derechos, seguridad y bienestar de los sujetos que participan en un proyecto de investigación biomédica y ofrecer garantía pública al respecto mediante un dictamen sobre la documentación correspondiente del proyecto de investigación, teniendo en cuenta los puntos de vista de las personas legas, en particular, los pacientes, o las organizaciones de pacientes».

Además, define «**Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm)**» como un Comité de Ética de la Investigación que además está acreditado para emitir un dictamen en un estudio clínico con medicamentos y en una investigación clínica con productos sanitarios.

La **Ley 14/2007**, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (LIB) asigna a los CEI las siguientes funciones:

A) Evaluar la cualificación del investigador principal y la del equipo investigador, así como la factibilidad del proyecto;

B) Ponderar los aspectos metodológicos, éticos y legales del proyecto de investigación;

C) Ponderar el balance de riesgos y beneficios anticipados dimanantes del estudio;

D) Velar por el cumplimiento de procedimientos que permitan asegurar la trazabilidad de las muestras de origen humano;

E) Informar, previa evaluación del proyecto de investigación, toda investigación biomédica que implique intervenciones en seres humanos o la utilización de muestras biológicas de origen humano;

F) Desarrollar códigos de buenas prácticas de acuerdo con los principios establecidos por el Comité de Bioética de España y gestionar los conflictos y expedientes que su incumplimiento genere;

G) Coordinar su actividad con la de comités similares de otras instituciones y

H) Velar por la confidencialidad.

Por último, en relación al tratamiento de datos en la investigación en salud, la Ley Orgánica 3/2018 ha asignado a los CEI la supervisión de los estudios realizados con datos de carácter personal o de datos seudonimizados o anonimizados.

En la evaluación de estudios con IA los CEI deben analizar detalladamente cómo se van a afectar los derechos, la privacidad, la justicia y la seguridad de los participantes, asegurándose de que se mitigan los riesgos y se maximizan los beneficios en todo momento.

A continuación, se describen algunos de los aspectos más relevantes que deben tenerse en cuenta en la evaluación ética de un proyecto de investigación con IA.

1. Resumen de la ponencia presentada en el I Congreso Bioética Orden Hospitalaria San Juan de Dios 2024. "Ética, Humanización y Hospitalidad"

2. Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos

2/

Funciones que debe desempeñar un comité de ética de la investigación.

2/1

Aspectos relacionados con la factibilidad y pertinencia del estudio.

El catálogo disponible de herramientas IA es muy amplio, por lo que se deben seleccionar aquellas que puedan ajustarse a las necesidades del proyecto de investigación, valorando sus ventajas y utilizándolas con responsabilidad.

Si se plantea desarrollar una nueva herramienta deberá describirse, justificando su utilización en el protocolo del estudio.

2/2

Evaluación del equipo investigador.

Los CEI deben valorar la cualificación del investigador en relación a la formación y experiencia necesarias para asumir las responsabilidades que requiere el estudio, mediante la revisión del Curriculum Vitae, su implicación en la obtención de los datos primarios, a partir de los que se plantee el desarrollo de algoritmos, y su experiencia en la interpretación de los posibles resultados.

A su vez, deberá revisar la idoneidad de las instalaciones, es decir que las características de los centros sean las adecuadas para su realización, incluyendo las necesarias medidas de seguridad informática.

2/3

Evaluación de aspectos metodológicos.

Para que un proyecto de investigación pueda obtener conclusiones adecuadas debe estar **metodológicamente bien diseñado**, de forma que la memoria científica describa, entre otros, la justificación del estudio, los objetivos, los datos necesarios o el análisis estadístico previsto.

Por otra parte, en la investigación con inteligencia artificial deben tenerse en cuenta una serie de aspectos metodológicos específicos, relacionados con el desarrollo de la herramienta de IA, respecto al ciclo de vida de un sistema algorítmico (dividido en una fase de diseño y desarrollo o pre-comercialización y una fase de implementación o post-comercialización).

En todas ellas deben implementarse metodologías de validación rigurosas que garanticen los estándares de calidad.

Los CEI/CEIm desempeñan un papel muy relevante a la hora de evaluar la metodología de la validación de sistemas de IA. Para ello, la memoria científica debe describir la estrategia prevista para evitar la creación de sesgos en el sistema de IA, tanto en relación con el uso de datos de entrada como en el diseño del algoritmo.

Además, deben establecerse procesos para verificar y realizar un seguimiento de los sesgos potenciales durante el desarrollo, despliegue y uso del sistema.

2/4

Principios éticos que deben guiar la investigación con IA.

Los CEI, en el procedimiento de evaluación de cualquier estudio, deben llevar a cabo una deliberación ética en base a los principios y valores de la ética de la investigación enumerados en las directrices y guías internacionales.

LH n.341

Los principios éticos para la investigación médica en seres humanos de la Declaración de Helsinki³, referente ético en el que se basa gran parte de la legislación internacional, destaca la importancia de proteger la dignidad, autonomía, privacidad y confidencialidad de los participantes en la investigación.

Afirma que el objetivo principal de la investigación médica con seres humanos es generar conocimiento para comprender las causas, el desarrollo y los efectos de las enfermedades; mejorar las medidas preventivas, diagnósticas e intervenciones terapéuticas; y, en última instancia, promover la salud individual y pública; estos fines nunca pueden prevalecer sobre los derechos e intereses de los participantes individuales de la investigación.

La justificación ética para realizar investigaciones relacionadas con la salud, en las que participen seres humanos, radica en su valor social y científico: la perspectiva de generar el conocimiento y los medios necesarios para proteger y promover la salud de las personas.

Tal como recoge el Convenio de Oviedo para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia.

2/4.1.

Principios éticos específicos de la investigación con IA.

Se han publicado varias guías éticas que profundizan en los principios éticos que deben guiar la investigación con IA, cuyo contenido se resume a continuación^{4,5}.

En el desarrollo de los sistemas de IA debe prevalecer la intervención humana tanto en la fase de entrenamiento como en la fase de aplicación, respetando la **autonomía humana**, de manera que las personas mantengan el control sobre los

sistemas de atención de la salud y las decisiones médicas. El respeto de la autonomía humana debe garantizar que los proveedores⁶ proporcionan la información necesaria para hacer un uso seguro y eficaz de los sistemas de IA y facilitar que quienes han de implementarlos puedan transmitir información precisa para que las personas entiendan el papel de dichos sistemas en la atención de la salud.

Así, los sistemas de IA deben capacitar a los seres humanos, permitiéndoles tomar decisiones informadas y fomentando sus derechos fundamentales.

Al mismo tiempo, deben garantizarse mecanismos de supervisión adecuados, siendo necesario que en el sistema sanitario se vaya adquiriendo la confianza suficiente para aplicar modelos de IA en la práctica clínica habitual.

Con este objetivo, debería informarse a los pacientes cuando se utilicen sistemas de IA como herramientas de apoyo a la toma de decisiones clínicas.

La investigación con IA debe destinarse a comprobar su fiabilidad, garantizando que sean **resistentes y seguros**, con objeto de minimizar y prevenir los daños no intencionados, mentales o físicos; para ello, deben disponer de un plan de emergencia en caso de mal funcionamiento. Además, debe promoverse el **bienestar** y la **seguridad de las personas y el interés público**.

Es preciso establecer **medidas de control de la calidad e integridad de los datos** en la utilización de la IA a lo largo del tiempo, garantizando un acceso legítimo a los mismos.

Debe garantizarse la **inteligibilidad** para los desarrolladores, profesionales de la salud, pacientes, usuarios y reguladores; así como la **transparencia**, de forma que se publique o documente información suficiente antes del diseño o despliegue de una tecnología de IA, y que dicha información facilite consultas y debates públicos significativos sobre la manera de diseñar la

3. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asociación Médica Mundial. [En línea, consultado el 9/12/2024]. Disponible en: <https://www.wmanet/es/>

4. Ética y gobernanza de la inteligencia artificial en el ámbito de la salud: orientaciones de la OMS. Resumen [Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance. Organización Mundial de la Salud 2021.

5. Guía ética publicada por el Grupo de expertos sobre inteligencia artificial de la UE en 2019.

6. «proveedor»: persona física o jurídica, autoridad pública, órgano u organismo que desarrolle un sistema de IA o un modelo de IA de uso general o para el que se desarrolle un sistema de IA o un modelo de IA de uso general y lo introduzca en el mercado o ponga en servicio el sistema de IA con su propio nombre o marca, previo pago o gratuitamente. Definido en el Reglamento (UE) 2024/1689 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de junio de 2024, por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial

tecnología y sobre cómo debe o no utilizarse; los sistemas de IA y sus decisiones deben explicarse de forma adaptada a las partes interesadas. Los seres humanos deben ser conscientes de que están interactuando con un sistema de IA y ser informados de las capacidades y limitaciones del sistema.

El **principio de justicia** engloba la imparcialidad y la equidad, así como la protección de los grupos sociales vulnerables. En la investigación con IA debe verificarse que el diseño de los sistemas de IA es equitativo, teniendo en cuenta la diversidad y representatividad de los usuarios en los datos y si se han realizado pruebas para poblaciones concretas o casos de usos problemáticos.

Debe garantizarse la **inclusividad** a través del uso y acceso equitativos, con independencia de la edad, el sexo, el género, los ingresos, la raza, el origen étnico, la orientación sexual, la capacidad u otras características amparadas por los derechos humanos.

Las tecnologías de IA deben compartirse siempre que sea posible y estar disponibles con independencia de los contextos, las capacidades y la diversidad de los países en función de los ingresos; no deben conllevar sesgos en detrimento de grupos identificables, especialmente si ya están marginados; deben minimizar las inevitables disparidades de poder que se producen entre los proveedores y los pacientes, entre las instancias normativas y las personas, y entre las empresas y los gobiernos que crean e implementan tecnologías de IA y quienes las utilizan o dependen de ellas.

Deben evitarse los **prejuicios injustos**, ya que podrían tener múltiples implicaciones negativas, desde la marginación de grupos vulnerables hasta la exacerbación de los prejuicios y la discriminación. Para fomentar la diversidad, los sistemas de IA deben ser accesibles para todos, independientemente de cualquier discapacidad, e implicar a las partes interesadas pertinentes a lo largo de todo su ciclo vital.

Deben establecerse mecanismos que garanticen la **responsabilidad** de los sistemas de inteligencia artificial y sus resultados; así como una IA con capacidad de respuesta.

La **auditabilidad**, que permite la evaluación de algoritmos, datos y procesos de diseño, desempeña un papel clave en este sentido, especialmente en aplicaciones críticas. Además, debe garantizarse una reparación adecuada y accesible.

Finalmente, los sistemas de IA deben ser sostenibles, beneficiando a todos los seres humanos, incluidas las generaciones futuras, garantizar su sostenibilidad y respeto con el medio ambiente, incluidos otros seres vivos y considerar su impacto en la sociedad.

De cara a evaluar si el sistema de IA, que se está desarrollando, implantando, adquiriendo o utilizando, cumple los requisitos éticos, el grupo de expertos de la Unión Europea (UE) elaboró la **Lista de Evaluación de la Inteligencia Artificial Confiable (ALTAI)**, accesible en: <https://altai.insight-centre.org/>, que tiene como finalidad ayudar a las organizaciones a identificar cómo pueden generar riesgos los sistemas de IA y a determinar qué medidas han de adoptar para evitarlos o minimizarlos.

2/5

Marco normativo.

Los sistemas de IA requieren de grandes bases de datos para su entrenamiento y validación; para ello, contemplan con frecuencia el tratamiento de datos de carácter personal, especialmente en el ámbito sanitario, como por ejemplo un sistema que estudie la probabilidad de padecer una enfermedad o el éxito de una terapia en un individuo.

Para garantizar el cumplimiento de la normativa de protección de datos, los proyectos de investigación con IA deberían incluir la información referente a la gobernanza de los datos generados

LH n.341

por el modelo, así como la descripción del tratamiento que se le dará a los datos de salud, clarificando si se tratarán de forma seudonimizada o anonimada⁷.

En este sentido, debe recordarse que el paradigma de la anonimización como garantía de confidencialidad ya no existe, teniendo en cuenta que el avance tecnológico podría permitir la reidentificación de los datos anonimizados, implicando un riesgo potencial para la privacidad.

De este modo, la auténtica anonimización exige perder información (diferencial de privacidad) que podría ser muy relevante para alcanzar los objetivos del estudio. Por ello, en la evaluación de estos estudios, los CEI deben velar por la confidencialidad de los participantes y sus datos, como aspecto fundamental en la valoración del balance riesgo beneficio de la investigación.

2/5.1.

Legislación en materia de protección de datos.

Los estudios con IA pueden implicar el tratamiento de categorías especiales de datos, entre otros datos de salud y genéticos. Por ello, es prioritario garantizar el cumplimiento de la normativa de protección de datos⁸ en cualquiera de las fases de diseño, desarrollo e implementación de los sistemas algorítmicos.

Por otra parte, uno de los aspectos cruciales que debe tenerse en consideración es que generalmente se requiere un uso masivo de datos recogidos con otros fines, lo que hace impracticable la obtención del consentimiento informado de los sujetos, siendo uno de los principales aspectos que deben revisar los comités en la evaluación de estos estudios.

En este sentido, la LOPD-GDD permitiría el uso seudonimizado de los datos con fines de investigación en salud bajo las garantías definidas en la disposición adicional 17^a.2, sin necesidad de solicitar el consentimiento como base legítima del tratamiento de los datos.

Debe tenerse en cuenta el **principio de minimización y exactitud de los datos**, es decir que los datos utilizados en un proyecto de investigación sean los mínimos, adecuados, pertinentes y limitados; de forma que solo se traten los datos necesarios para alcanzar los objetivos de la investigación.

No obstante, hay que considerar que una de las ventajas de emplear la IA en el campo de la investigación es su capacidad de detectar patrones ocultos en grandes volúmenes de datos, por lo que la aplicación del principio de minimización no debe ceñirse a la “cantidad” de datos, ya que se limitaría el potencial de estas nuevas herramientas; por ello, cuando el CEI evalúe estos estudios debe tener en cuenta si los conjuntos de datos solicitados están alineados con el contexto científico y facilitan la resolución de los objetivos del estudio.

Cuando un modelo de IA se entrena o valida con datos anonimizados, que estén irrevocablemente disociados de los sujetos fuente, no se aplicaría la normativa de protección de datos, ya que los datos anónimos no se consideran datos de carácter personal.

Sin embargo, hay que recordar que la anonimización es un tratamiento de datos, y que puede conllevar riesgos importantes si se realiza sin las garantías adecuadas.

2/5.2.

IA como producto sanitario. Control ético y marco regulatorio.

Los sistemas de IA como programas informáticos⁹ pueden considerarse como pro-ductos sanitarios (PS), por lo que estarían sujetos a la correspondiente normativa^{10,11}.

El artículo 2 del Reglamento Europeo de productos sanitarios (MDR) establece que para que un **dispositivo sea considerado como PS debe estar destinado a un uso médico específico en personas**, incluyendo la posibilidad expresa de que el PS sea un programa informático o software.

7. <https://www.aepd.es/prensa-y-comunicacion/blog/anonimizacion-y-seudonimizacion>: La información anónima es un conjunto de datos que no guarda relación con una persona física identificada o identificable (Considerando 26 del RGPD), en tanto que la información seudonimizada es un conjunto de datos que no puede atribuirse a un interesado sin utilizar información adicional, requiere que dicha información adicional figure por separado y, además, esté sujeta a medidas técnicas y organizativas destinadas a garantizar que los datos personales no se atribuyan a una persona física identificada o identificable (Artículo 4.5).

8. Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD-GDD).

9. Definición de sistemas de IA del Reglamento (UE) 2024/1689. En su artículo 3.1 se afirma que un sistema de inteligencia artificial debe ser considerado como "un sistema basado en una máquina que está diseñado para funcionar con distintos niveles de autonomía y que puede

El desarrollo y uso de la inteligencia artificial en salud exige responsabilidad: debe ser transparente, supervisado por comités éticos y centrado siempre en proteger la dignidad, la intimidad y los derechos de las personas

mostrar capacidad de adaptación tras el despliegue, y que, para objetivos explícitos o implícitos, infiere de la información de entrada que recibe la manera de generar resultados de salida, como predicciones, contenidos, recomendaciones o decisiones, que pueden influir en entornos físicos o virtuales;".

10. Definición de sistemas de IA del Reglamento (UE) 2024/1689 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de junio de 2024, por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial (Reglamento de Inteligencia Artificial). En su artículo 3.1 se afirma que un sistema de inteligencia artificial debe ser considerado como "un sistema basado en una máquina que está diseñado para funcionar con distintos niveles de autonomía y que puede mostrar capacidad de adaptación tras el despliegue, y que, para objetivos explícitos o implícitos, infiere de la información de entrada que recibe la manera de generar resultados de salida, como predicciones, contenidos, recomendaciones o decisiones, que pueden influir en entornos físicos o virtuales;".

Algunos ejemplos pueden ser los sistemas de IA para el diagnóstico médico, como los empleados para detección de cáncer de mama o retinopatía diabética basados en análisis automático de imágenes por IA, las aplicaciones para el móvil o los programas para el seguimiento y la predicción de eventos clínicos o riesgo elevado de enfermedades crónicas.

Sin embargo, la simple utilización de un software informático, algoritmos de IA o APP en el contexto clínico no es suficiente para considerarlo un producto sanitario.

Los programas informáticos o soluciones de IA que sólo tienen la función de almacenar, archivar, comunicar o buscar información no deberían ser considerados PS.

El MDR establece que cuando los productos incorporan sistemas electrónicos programables, es necesaria la **validación y verificación del software, confiabilidad, repetibilidad; así como la evaluación clínica**, incluyendo la demostración de un beneficio clínico y clara descripción del propósito previsto.

Una vez calificada una solución de IA o software como producto sanitario el sistema de IA **debe ser clasificado**¹², en relación a las consecuencias que puedan tener los posibles errores del producto desarrollado.

Esto significa que las responsabilidades establecidas varían según el riesgo que presente el producto, es decir, a mayor riesgo para los pacientes, mayor será la clasificación y más rigurosas serán las obligaciones impuestas al proveedor o desarrollador.

Esta clasificación determina fundamentalmente el tipo de evaluación clínica que se requiere para la certificación del producto (CE) o el seguimiento post-comercialización aplicable.

El Real Decreto 192/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan los productos sanitarios, establece en su artículo 30, Investigaciones clínicas

realizadas para demostrar la conformidad de los productos, que los productos destinados a investigación clínica solo podrán ser puestos a disposición de los facultativos si la investigación cuenta con el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos y la conformidad de la dirección del centro donde vaya a realizarse.

Cuando estas investigaciones se realicen en varios centros, el dictamen será emitido por un CEIm del territorio nacional y será único y vinculante.

Es importante destacar que los estudios con IA considerados productos sanitarios deberán ser autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) si el producto no dispone del mercado CE.

Si dispone del mercado CE y se utiliza dentro de su finalidad prevista, el estudio no requiere autorización de la AEMPS; aunque en el caso de que se vayan a llevar a cabo procedimientos adicionales que sean invasivos o graves se requeriría una notificación a la AEMPS.

3/

Adaptación de los CEI a la evaluación de proyectos con IA.

Para realizar una correcta evaluación de los proyectos de investigación con IA los CEI deben adaptarse, tanto en composición como en funcionamiento, a las exigencias requeridas por la normativa y por la tecnología a utilizar.

Así, deberían contar con expertos en las herramientas de IA y en las medidas de seguridad asociadas.

LH n.341

Si no dispusieran de esta opción, podría solicitarse el asesoramiento de expertos independientes, tal y como exige el Real Decreto 1090/2015¹⁴ en relación a la evaluación de estudios con productos sanitarios.

Por otra parte, en la evaluación de este tipo de estudios, los CEI deben garantizar el **cumplimiento de lo establecido en la LOPD-GDD**, integrando entre sus miembros un delegado de protección de datos (DPD) o, en su defecto, un experto con conocimientos suficientes del Reglamento (UE) 2016/679.

Además, es imprescindible la coordinación con las autoridades de control y con los DPD de los centros investigadores, que deben implementar las directrices para que los investigadores puedan realizar los proyectos conforme a la normativa de protección de datos.

No debe olvidarse que los pacientes van adquiriendo un mayor protagonismo en los sistemas sanitarios, reclamando una participación más activa a lo largo de todo el proceso de investigación.

Tal y como exige la normativa, los pacientes participan en los Comités científicos de la EMA, como ocurre en el Comité de Medicamentos Huérfanos, el Comité Pediátrico o el Comité de Terapias Avanzadas.

En esta línea, se exige que formen parte de los Comités de Ética de la Investigación representantes de los intereses de los pacientes.

Para cumplir su cometido, los miembros de los comités deben recibir formación en las nuevas exigencias del marco normativo, así como en las innovaciones tecnológicas.

Los CEI deberían establecer **requisitos de evaluación específicos y adecuar los procedimientos normalizados de trabajo**, de forma que recojan las exigencias, tanto de la legislación como de los avances tecnológicos, incluyendo protocolos de evaluación del riesgo de la tecnología.

Por otra parte, debe avanzarse en unificar los criterios de evaluación de este tipo de estudios. Para ello, la Asociación Nacional de Comités de Ética de la Investigación-ANCEI y la AEMPS han impulsado un Grupo de Trabajo con miembros de varios CEIm y representantes del Departamento de Productos Sanitarios de la AEMPS.

El objetivo del grupo ha sido armonizar los requisitos específicos de estas investigaciones, simplificar la implementación de los criterios establecidos y facilitar su aplicación por las autoridades regulatorias, los CEIm, los promotores, los investigadores y las administraciones sanitarias involucrados.

Se pretende lograr una coherencia y uniformidad en la evaluación ética, metodológica y legal de las investigaciones clínicas con productos sanitarios a nivel nacional. El documento final está en fase de consulta pública.

4/

Otras funciones de los CEI.

Los CEI desempeñan un papel clave en el **seguimiento** de los estudios con IA, verificando que su realización ha sido acorde a los principios éticos y legales.

Las herramientas y los sistemas de IA deben ser objeto de vigilancia y evaluación para identificar efectos desproporcionados en grupos específicos de personas.

Por ello, debe garantizarse el funcionamiento seguro de los sistemas de IA a lo largo de todo su ciclo de vida y comprobar que se han implantado metodologías de validación rigurosas,

11. RD de Productos Sanitarios 192/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan los productos sanitarios, cuyo texto es acorde al Reglamento UE 2017/745 del Parlamento Europeo y del Consejo de 5 de abril de 2017 sobre los productos sanitarios. Se define producto sanitario (PS) como: Todo instrumento, dispositivo, equipo, programa informático, implante, reactivo, material u otro artículo destinado por el fabricante a ser utilizado en personas, por separado o en combinación, con alguno de los siguientes fines médicos específicos: - diagnóstico, prevención, seguimiento, predicción, pronóstico, tratamiento o alivio de una enfermedad, - diagnóstico, seguimiento, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una discapacidad, - investigación, sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso o estado fisiológico o patológico, - obtención de información mediante el examen in vitro de muestras procedentes del cuerpo humano, incluyendo donaciones de órganos, sangre y tejidos, y que no ejerce su acción principal prevista en el interior o en la superficie del cuerpo humano por mecanismos

farmacológicos, inmunológicos ni metabólicos, pero a cuya función puedan contribuir tales mecanismos.

12. En la regla 11 del anexo VIII del MDR se especifica esta clasificación: Los programas informáticos destinados a proporcionar información que se utiliza para tomar decisiones con fines terapéuticos o de diagnóstico se clasifican en la clase IIa, salvo si estas decisiones tienen un impacto que pueda causar:

- la muerte o un deterioro irreversible del estado de salud de una persona, en cuyo caso se clasifican en la clase III, o;
- un deterioro grave del estado de salud de una persona o una intervención quirúrgica, en cuyo caso se clasifican en la clase IIb.

Los programas informáticos destinados a observar procesos fisiológicos se clasifican en la clase IIa, salvo si se destinan a observar parámetros fisiológicos vitales, cuando la índole de las variaciones de dichos parámetros sea tal que pudiera dar lugar a un peligro inmediato para el paciente, en cuyo caso se clasifican en la clase IIb. Todos los demás programas informáticos se clasifican en la clase I.

lo que hace más necesaria la intervención de los CEI/CEIm tanto en su desarrollo como en su implementación.

Los CEI deben garantizar el **acceso a la información**, exigiendo que los estudios realizados con datos de salud estén disponibles de forma fácil en la web corporativa; además, deben verificar que los resultados han sido publicados en medios de divulgación científica.

Finalmente, los CEI desempeñan una tarea fundamental en la **formación** a investigadores en aspectos éticos y legales de la investigación de cara a garantizar la calidad científica y el respeto por los derechos seguridad y bienestar de los participantes.

5/

Conclusión.

Los sistemas de IA deben desarrollarse e implementarse con total transparencia, mediante metodologías de validación rigurosas. Para ello, deben incluir un estricto control ético de la validación tecnológica de estos sistemas durante su desarrollo, antes de su puesta en marcha en el centro que corresponda y hasta el final de su ciclo de vida cuando sea efectivamente implementado.

Al mismo tiempo, deben establecerse mecanismos de supervisión adecuados, de manera que puedan ser controlados y vigilados adecuadamente por seres humanos. Dada la importante repercusión que la IA puede tener en la sociedad y la necesidad de generar confianza, es fundamental que sea una herramienta para las personas y que tenga como objetivo último aumentar el bienestar humano.

Debe garantizarse su uso y aplicación en un marco ético y jurídico adecuado, tanto en el ámbito asistencial como en el contexto de proyectos de investigación.

El control ético es ejercido por los Comités de Ética de la Investigación, responsables de velar por las personas que participan en investigación, que deben tener voz y voto en todo el proceso, tanto en la puesta en marcha de la investigación como en su evaluación, así como en el acceso a los resultados de las investigaciones en las que participan.

Los Comités de Ética de la Investigación verifican el cumplimiento de los principios éticos y legales aplicables a la investigación con datos de salud; intervienen fundamentalmente en la fase de diseño y desarrollo del sistema, y también en la fase de implementación, cuando un sistema de IA está ya certificado como un producto sanitario o conforme a otros modelos de certificación que resulten de aplicación.

Los CEI deben adaptarse, tanto en composición como en funcionamiento, a los avances tecnológicos en investigación, desempeñando un papel proactivo en la difusión de los principios éticos aplicables a la investigación en salud, de cara a fomentar una cultura de respeto por la intimidad y la confidencialidad de los datos personales que facilite que en el sistema sanitario se vaya ganando la confianza suficiente para aplicar modelos de IA en la práctica clínica habitual.

LH n.341

Bibliografía

- ▶ **Alcalde G, Alfonso I. (2019)**
Utilización de tecnología Big Data en investigación clínica
en Rev Der Gen H Núm. Extraord. 2019: 55-83
- ▶ **Alfonso I, Alcalde G, Mendez M.**
Evaluación de proyectos de investigación con tecnología Big Data por un Comité de Ética de la investigación
en Rev Der Gen H Núm. Extraord.2019: 349-393
- ▶ **Lazcoz G, Urda A, De Miguel I, Martín M, Alonso M, Alfonso I. (2024)**
Evaluación de estudios con inteligencia artificial por un comité de ética de la investigación
en Boletín ANCEI vol. VI / Nº 2 / 2024

13. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-7416>

14. Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos.

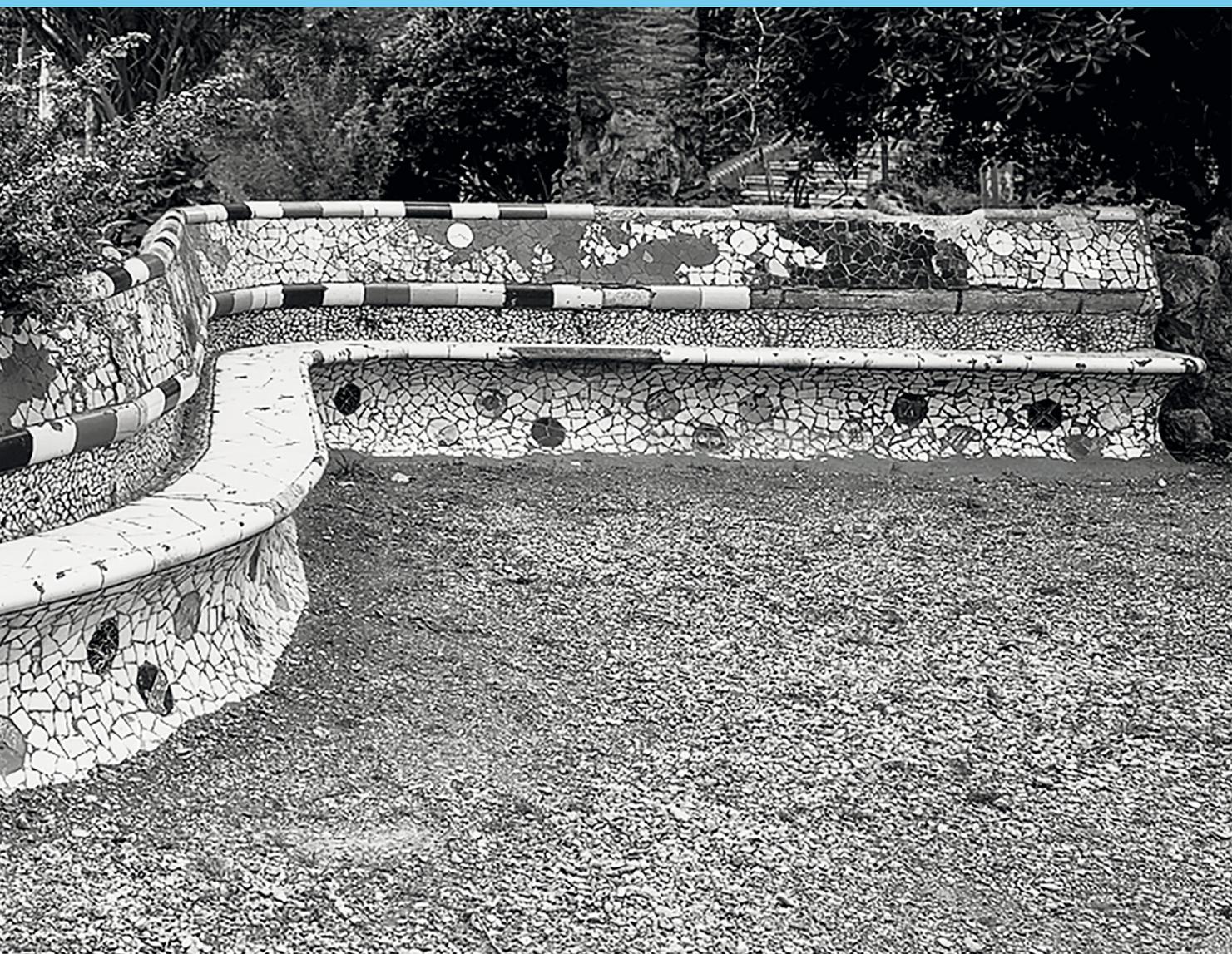




07/

Experiencias





LH n.341

07/1

Explorar el perdón individual y colectivo como herramienta terapéutica.

Beatriz de Novoa,

Servicio de Acompañamiento Espiritual y Religioso (SAER).

Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

La jornada **Perdón difícil, saludable compasión** organizada por el **Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER)** del **Parc Sanitari Sant Joan de Déu** en noviembre de 2024, exploró el perdón como proceso de curación individual y colectiva. Con la participación de expertos en psicología, espiritualidad y justicia restaurativa, se abordaron sus matices, dificultades y beneficios terapéuticos. Se discutió el perdón desde la perspectiva de la víctima, el victimario y la comunidad, así como su papel en la reconciliación social.

Testimonios de experiencias en conflictos bélicos y dictaduras ilustraron la complejidad del perdón en contextos de violencia e injusticia. Se reflexionó sobre el auto-perdón, la memoria histórica y el papel de la compasión en la transformación personal y social. La jornada concluyó con una interpretación teatral que permitió integrar los aprendizajes de manera experiencial¹.

La vida es un proceso de aprendizaje continuo, que implica cometer errores. Aprender de ellos es parte esencial del crecimiento personal. Sin embargo, cuando nuestras decisiones nos llevan a un callejón sin salida, surge la duda de si podemos empezar de nuevo.

Si nuestras acciones lastiman a otros por egoísmo o crueldad ¿merecemos una segunda oportunidad? En general tendemos a ser más indulgentes con nuestros seres queridos y amigos que con nuestros enemigos, pero ¿qué sucede cuando nos equivocamos nosotros mismos? ¿nos permitimos empezar de nuevo?

Después de analizar la culpa en la anterior jornada organizada desde el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER) del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, nos comprometimos a explorar el perdón en la siguiente; el perdón como camino de curación, tanto individual como colectivo. Surgen dos preguntas en torno al perdón. El perdón es opcional, pero ¿es terapéutico?, como sociedad ¿contemplamos que la gente pueda cambiar? Y si es así ¿damos oportunidades para que lo hagan?

1. <https://www.youtube.com/watch?v=-hbW0BD-gyA>

Estas son algunas de las cuestiones que se plantearon en la edición del 2024. Bajo el título **Perdón difícil**, saludable compasión, el acto, al que asistieron cerca de 200 personas y más de 170 pudieron seguirlo en formato online, se centró en los matices y las dificultades del perdón y el abordaje de los procesos de reconciliación, tanto desde una vertiente individual como colectiva, así como desde las diferentes perspectivas que intervienen: la de la víctima, el victimario y la comunidad, con un papel clave en el desenlace.

En su discurso inaugural el director gerente del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, **Dr. Sebastià J. Santaeugènia**, explicó que estas jornadas profesionales en torno a la atención espiritual y religiosa eran las primeras dentro del currículum formativo de los profesionales sanitarios acreditadas por el **Consejo Catalán de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias (CCFCPS)**; considerando la importancia de esta dimensión como parte fundamental de la atención en salud, especialmente en situaciones de vulnerabilidad.

El Dr. Santaeugènia resaltó que el acompañamiento espiritual es un elemento diferencial del modelo de atención integral de San Juan de Dios, reconociendo el esfuerzo y dedicación de los profesionales en este ámbito.

La ponencia inicial de la jornada corrió a cargo de **María Prieto-Ursúa**, psicóloga e investigadora de la **Universidad Pontificia Comillas** en Madrid, experta en psicología del perdón, que habló sobre los matices y las dificultades del perdón, acerca de su relativa conveniencia o la indudable inconveniencia de todo perdón prematuro o forzado.

En relación con el perdón a otros, Prieto-Ursúa habló del malestar post-ofensa como la experiencia personal común en las víctimas de una agresión. El proceso de perdón comienza con un análisis profundo de la herida y los sentimientos de la víctima. La agresión impacta en las dimensiones emocional, cognitiva y conductual,

y puede alterar las creencias básicas sobre el mundo y la propia identidad.

El proceso del perdón implicaría el abandono voluntario del resentimiento. Se trata de un derecho, no de una obligación, tal y como subrayó, basada en una decisión libre que produce efectos positivos en la salud, que han sido ampliamente descritos. Es considerado como un regalo incondicional al agresor con el objetivo principal de liberar a la víctima, no de cambiar al ofensor.

La ponente enfatizó que el perdón se presenta como una opción poderosa para reducir el malestar post-ofensa, aunque no es imprescindible ni obligatorio para sanar. Este perdón se facilita a través de cuatro pasos: reconocer el daño en profundidad, decidir perdonar, trabajar en el proceso de perdón y encontrar sentido a la experiencia.

Prieto-Ursúa también habló de los peligros del perdón, como el daño causado por el perdón forzado o superficial, la reducción del perdón a una mera herramienta psicológica, la perpetuación del abuso a través del falso perdón, y la dificultad añadida que puede suponer la gravedad del daño o la cronificación de la identidad de víctima. Es crucial reconocer que cada persona experimenta el perdón de manera única y no debe confundirse con la reconciliación.

Para acabar, Prieto-Ursúa habló del perdón a uno mismo que, tal y como señaló, implica enfrentar el daño causado, distinguiéndose así de la auto-compasión. La **respuesta psicológica inmune** y los mecanismos de desconexión moral pueden obstaculizar este proceso. El auto-perdón auténtico requiere reconocimiento, responsabilidad y reparación, ofreciendo beneficios como mejor autoestima y conductas pro-sociales, en un proceso que viene facilitado por contextos de aceptación por parte del entorno hacia la persona que desea redimirse.

La jornada también permitió la reflexión sobre las posibles articulaciones que pueden darse, en los procesos de reconciliación colectiva, entre

LH n.341

justicia penal y perdón personal, para encontrar respuestas a estas cuestiones, reuniendo en una misma mesa a tres testimonios de excepción, que hablaron desde la experiencia personal de una guerra en activo y desde experiencias ya pasadas que todavía se están digiriendo.

Desde Ucrania, la participación de **Olha Voronkova**, cofundadora de la **Asociación Ucraina de Logoterapia y Análisis Existencial y psicóloga** del **Hospital Psiquiátrico de Dnipro**, versó sobre lo complejo del perdón al analizarlo desde la experiencia de una guerra que todavía se está librando y que transforma nuestra habitual percepción de valores fundamentales.

Voronkova centró su discurso en la complejidad y el carácter personal del perdón, así como en la transformación que experimentan los valores durante las situaciones de crisis. Destacó el potencial del perdón en la sanación, pero subrayó que no es indispensable para todos. En situaciones de crisis, los valores se ajustan sutil y rápidamente, y puestas las personas en modo de supervivencia, sus valores pasan a articularse alrededor de la referencia de los peligros potenciales.

El perdón es un proceso interno e íntimo que no puede ser forzado ni exigido; debe tener un significado personal para el individuo. No implica olvidar lo ocurrido ni renunciar a la búsqueda de justicia, sino liberar el pasado y reconocerse como una persona fuerte a pesar del dolor sufrido. Cada persona, explicó, tiene su propio camino hacia la sanación y depende de múltiples factores, y aunque potencialmente valioso, el perdón no es una solución universal y su importancia debe ser determinada por cada persona.

A continuación, **Jorge Barudy**, médico psiquiatra chileno, referente internacional en terapia del trauma, fundador de **EXIL** en Bruselas, Barcelona y Chile (centro médico-psico-social para víctimas de violencia, tortura y violación de los Derechos Humanos) y co-fundador del **Instituto IFIV** (Instituto de formación e investigación-acción

sobre las consecuencias de la violencia y la promoción a la resiliencia) en Barcelona, compartió con el auditorio su experiencia personal como prisionero político y superviviente de la dictadura chilena, cuya vivencia transformó e hizo más profunda su comprensión sobre aspectos como la justicia, el perdón y la reconciliación social.

Estos aspectos, presentes en su núcleo familiar desde su infancia, junto con el compromiso social y el desarrollo de su espiritualidad, se intensificaron tras vivir la injusticia y la asimetría de poder.

Barudy enfatizó la importancia de la verdad para exonerar, en lugar de perdonar, y destacó el valor de la resiliencia y la búsqueda del bienestar como formas de resistencia contra la injusticia. Mantener la memoria de los que no sobrevivieron o desaparecieron, y continuar luchando por una vida significativa, constituyen actos de homenaje y resistencia frente a las injusticias arraigadas en la sociedad, dijo.

Por último, intervino **Jordi Palou-Loverdos**, abogado acreditado ante el **Tribunal Penal Internacional**, impulsor de las Audiencias Memoriales en Cataluña y abogado defensor de las familias de los españoles asesinados en Ruanda entre 1997 y el año 2000, actual asesor en justicia restaurativa del Síndic de Greuges de Catalunya.

Palou habló de las **Audiencias Memoriales en Cataluña**, una experiencia dijo, relacionada con la reparación del tejido social. Se trata de espacios públicos que dan voz a las víctimas y a sus descendientes hasta la cuarta generación, quienes comparten sus testimonios de la Guerra Civil y la dictadura franquista, como herramienta para construir una memoria verdadera y plenamente colectiva y contribuir al reconocimiento de estas experiencias y a la reparación simbólica.

Palou expresó que las Audiencias Memoriales han sido muy satisfactorias para los participantes,

distinguiendo tres momentos clave: el primero, una reunión preparatoria en un ambiente confidencial e íntimo donde los participantes comparten sus experiencias, reparatorio en sí mismo; el segundo, la audiencia memorial, donde algunos deciden compartir en público sus experiencias frente a autoridades y vecinos, en el mismo lugar donde sucedieron los hechos; y el tercero, un espacio de cierre informal y valioso, que permite a los asistentes reconocer y valorar esta memoria individual y colectiva.

Se trata, explicó Palou, de facilitar un espacio público de escucha y expresión respetuosa, donde las personas comparten sus experiencias vividas en primera, segunda, tercera o cuarta generación, en presencia de sus familiares, amigos, vecinos y representantes de instituciones locales y nacionales.

También hubo espacio, de la mano de **Xavier Melloni**, jesuita, antropólogo, teólogo y reconocido experto en mística comparada y diálogo interreligioso, para hablar sobre el perdón vinculado a los conceptos de redención y compasión, invitando a los asistentes a sentir que, quizás, ante el abismo del resentimiento solo tiene cabida la apertura a la compasión.

El ser humano se encuentra en un constante proceso de evolución, llamado a crecer en conciencia y amor, proceso que Melloni relacionó con la aceptación de toda la realidad.

Nuestra tarea, continuó diciendo, es ver la vida como un todo integrado, no como fragmentos aislados, y aceptar incluso aquellas realidades que parecen más difíciles de abrazar. Es a través de este viaje de autodescubrimiento y aceptación que podemos alcanzar una comprensión más profunda de nosotros mismos, de quienes nos rodean y de nuestra experiencia compartida. En este contexto, el amor se manifiesta como la habilidad de acoger una realidad cada vez más amplia, de abrazar cada vez más realidad, hasta llegar a abrazar aquello inabrazable, aquello que podría parecer imperdonable. El perdón, como parte crucial de este desarrollo, no puede ser

forzado, y tiene su propio tiempo y recorrido hacia la reconciliación.

Melloni habló del perdón como un acto transformador y liberador que se presenta como la apertura a nuevas posibilidades en nuestra vida y en nuestras relaciones, trascendiendo el conflicto y el dolor.

Describió el hecho de perdonar como un acto de dar sin medida, asociado a lo divino por su capacidad de recrear lo que parecía acabado. El perdón va más allá de una técnica o protocolo; es una transformación profunda de uno mismo y de las relaciones, que implica un nuevo conocimiento de la propia identidad y de la capacidad de crear relaciones diferentes, no basadas en la sumisión sino en la libertad y la horizontalidad.

Xavier Melloni habló de superar la dinámica víctima-victimario para evitar una visión “**di-abólica**” (que separa) de los otros e insistió en la importancia de buscar relatos “**sim-bólicos**” que unan, enfatizando la necesidad de comprender y abrazar el dolor para transformarlo, citando ejemplos de no-violencia. El valor de los rituales, tales como la eucaristía, puede ser útil para alentar y explicitar la necesidad de reconciliación en situaciones difíciles.

Por último, dijo que el proceso del perdón es complejo y que implica gestionar la memoria para liberarse del pasado, sin olvidar. En el desarrollo de este proceso, es crucial y esencial distinguir entre memoria tóxica y memoria enriquecedora. El desafío está en recordar sin quedar atrapado en el resentimiento, cerrando ciclos de manera creativa para avanzar y crecer. Esto permite transformar nuestras narrativas personales y abrir nuevas posibilidades de existencia.

La jornada concluyó con la actuación de **El Ensable TPB**, pioneros en teatro profesional Playback en Catalunya. Fundada en abril de 2018 por la actriz **Nadia Zuñiga**, esta compañía ofrece una experiencia teatral innovadora y participativa.

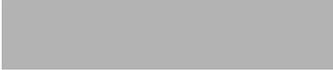
LH n.341

El Teatro Playback es una forma de improvisación teatral que transforma las historias personales del público en representaciones escénicas en tiempo real. Los actores utilizan técnicas de improvisación y recrean las experiencias compartidas por la audiencia, creando un espacio de reflexión, diálogo y empatía.

La actuación de El Ensemble TPB no solo cerró la jornada de manera impactante, con una interpretación improvisada centrada en el tema del perdón y las diversas cuestiones surgidas durante la misma, sino que permitió a los asistentes procesar y reflexionar sobre los temas tratados e integrar lo aprendido de forma significativa.

Clausuraron la jornada el **director general de Asuntos Religiosos de la Generalitat de Catalunya, Ramon Bassas** y la adjunta a la gerencia del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, **Isabel Grimal**, quién apeló a la necesidad de seguir promoviendo y cultivando espacios dedicados a la reflexión continuada y profunda que permitan la incorporación a la práctica asistencial diaria de los elementos clave surgidos de dicha reflexión.

Precisamente, la organización de las jornadas descritas, responde al compromiso del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa del Parc Sanitari Sant Joan de Déu en favor de una atención cada vez más reflexionada, humanizada, integral y con sentido.



07/2

Conexión del trabajo social y sanitario con la bioética

Beatriz Baena Ventura,
Trabajadora Social. Hospital San Rafael. Granada.

Nuestra profesión es una profesión basada en la práctica, donde están involucradas las personas e infraestructuras internas donde se desarrolla nuestra intervención y las personas e infraestructuras externas con las que mantenemos coordinación.

El trabajo social sanitario exige que exista una real relación entre la teoría y conocimiento clínico de los factores que generan la falta de salud, la evolución previsible de las enfermedades, las previsible complicaciones clínicas en función del diagnóstico,... todo ello con el fin de desarrollar nuestra práctica orientando al paciente y su familia hacia una acción que sea la “menos mala”, sea la más adecuada en su situación sociofamiliar concreta en ese momento vital que está experimentando el paciente y su red de apoyo familiar.

Esto exige un estudio de cada caso en su conjunto, tomando a la persona enferma en el centro de la atención y valorando todo su entorno, para desde ahí buscar y diseñar las distintas vías de acción.

Pero, ¿estás orientando hacia la mejor opción? ¿Tienes en cuenta la autonomía del paciente? ¿se está haciendo el menor daño posible al paciente y familia? ¿Es lo justo para la mayoría de las personas implicadas? ¿Se está ayudando en todo lo posible a la persona enferma según sus deseos y preferencias?

Estas preguntas nos las hacemos diariamente en nuestra praxis profesional o deberíamos de reflexionar sobre estos aspectos para orientar nuestra intervención desde la ética profesional.

El trabajador social sanitario tiene un rol profesional de interacción y coordinación permanentemente multidisciplinar que debe de contar con habilidades, actitudes y competencias orientadas a favorecer en los momentos de toma de decisiones complejas la capacidad de ser la principal “fuente” para dar orientación sobre una realidad concreta, diversa y compleja del paciente para “vislumbrar” situaciones que no se ven pero que forman parte de esa realidad específica, precisa y delimitada donde existe el conflicto a la hora de tomar una determinada decisión.

El orientar o llevar a cabo la opción “**intermedia**” en un determinado caso.

Es muy importante tener presente en la intervención sanitaria que la persona es un ser bio-psico-social donde lleva intrínseco su ser de vida social, su entorno, forma de vida y forma de ver la vida...

Al inicio de la intervención clínica el profesional sanitario tiene una primera aproximación a la realidad del paciente. El proceso, progreso y evolución de la enfermedad va asociado a una “**realidad real**” de la persona, que es su realidad de vida previa que ya tenía antes de comenzar el proceso clínico. De esta realidad de vida previa dependerá en gran medida su proceso de enfermedad, su evolución, su pronóstico, su salud en general y todo lo que ello conlleva.

Y aquí nuestra profesión que cuenta con una actuación reflexiva, tenemos la oportunidad de llevarla a cabo con el resto de profesionales sanitarios que atienden al paciente, aportando una aproximación a la realidad del paciente en conjunto.

Es donde el profesional del Trabajo Social Sanitario aporta a la Bioética, aporta al equipo, aporta al paciente, aporta a la familia, aporta a la institución y a la sociedad.

Nuestra aportación, desde donde se transforma la situación de las personas en determinados momentos vitales, donde la persona vive una experiencia de vida en concreto, encontrándose viviendo una situación y experiencia vital excepcional para ella y su entorno y que en muchas ocasiones no cambiará en un futuro, se cronificará e incluso empeorará. Debemos de lograr una postura profesional ética, donde afirmemos nuestra identidad profesional.

El desarrollar nuestra actividad con responsabilidad, con una actitud de aprendizaje, una actitud crítica, unida a la satisfacción personal y profesional, son claves para dar un lenguaje visible a los valores en cuanto a la actuación que se desarrolla desde la ética.

LH n.341

La Bioética y las Comisiones interdisciplinares de Ética y Bioética permite crear espacios de reflexión y de desarrollo de la ética aplicada. Plantea un contexto, un escenario, un espacio donde analizar con perspectivas multidisciplinares capaces de abordar holísticamente a la persona.

Es un espacio donde se facilita la detección de conflictos éticos y pone en marcha herramientas y recursos para orientar la deliberación racional para alcanzar líneas de posibles soluciones y prever su abordaje en situaciones complejas. Existe una deliberación donde se favorece un espacio de respeto y diálogo, de comunicación para construir ideas con valores de la ética del cuidado, de la escucha y del respeto profesional ético.

Nuestra conexión con la Bioética es directa, es real, es necesaria y es necesario que los profesionales del Trabajo Social Sanitario lo pongamos en práctica, nos formemos y participemos aportando desde lo social, desde la experiencia profesional y el trabajo coordinado. Los principios fundamentales de la Bioética son los que nosotros contemplamos en nuestra praxis profesional, teniendo en cuenta los recursos que disponemos, las personas que atendemos y reflexionando sobre la situación en concreto en un momento determinado.

Es prioritario adaptarnos a nuestra situación profesional, entorno profesional y situación concreta del paciente, desde ahí aportar a la Bioética y nuestra actitud marcada desde una posición ética aplicada, promoviendo un buen desarrollo de nuestro quehacer profesional diario y en una situación real concreta.



07/3

Experiencia de esperanza en salud mental.

Begoña Moreno Guinea,

SAER. Centro San Juan de Dios.
Ciempozuelos (Madrid).

Elena Iglesias López,

SAER. Clínica Nuestra Señora de la Paz.
Madrid.



Con motivo del año Jubilar de la Esperanza, muchas son las iniciativas que se están llevando a cabo como Iglesia para reflexionar y promover una vida con esperanza en estos momentos donde la polaridad, los conflictos o la oscuridad parecen llenar de contenido las noticias.

Para la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (OHSJD), como institución socio-sanitaria de Iglesia la esperanza ha sido una constante en todas nuestras Obras (centros) y aún más si cabe en el ámbito de la salud mental o las adicciones donde el estigma y la lucha contra los prejuicios siguen siendo una realidad con la que lidiar a diario. En ocasiones las personas atendidas en nuestros centros comparten frases como “no sé si podré conseguir llevar una vida normal”, “no me veo capaz de superar este momento”, “para qué voy a trabajar este aspecto si cuando salga de aquí todo va a volver a ser igual” o “una vida así no tiene sentido”. Es justo, en estos momentos donde la esperanza es más necesaria y poderla contagiar, transmitir o reavivar se convierte en fuente de alivio y consuelo.

En relación al concepto de Esperanza, tomaremos como punto de partida estas tres definiciones:

- “La esperanza no es la convicción de saber que algo saldrá bien sino la certeza de que algo tiene sentido, salga como salga” (**Václav Havel**) que nos lleva a desprendernos del futuro y pone foco en el presente sabiendo que esta decisión, esta acción, más allá de lo que genere dentro de un tiempo, hoy tiene sentido.
- “La esperanza es contener dentro de sí el fruto de lo cierto” (**Fray Luis de León**), ponemos foco en la idea de que es algo interno que nace dentro de cada uno de nosotros.
- “La fe y la esperanza coinciden en que tanto el objeto de la una como el de la otra es invisible” (**San Agustín**). En su deseo de conocer a Dios y el alma humana, se refiere a la esperanza como algo que se puede ver, medir y cuantificar

La experiencia concreta que hoy compartimos tiene lugar en dos centros de Salud Mental en Madrid: el **Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos (CSJD)** y la **Clínica Nuestra Señora de la Paz (CNSP)**.

En el CSJD hemos querido que la palabra **ESPERANZA** nos acompañe y esté presente todo el año. Reproducimos el gesto concreto de abrir la “puerta” del año jubilar y hemos generado un lema que nos recuerde a todos la importancia de este valor. **Portadores de esperanza** es el lema que hemos elegido para guiarnos en este curso. Esta frase no es solo un título; es una invitación profunda a vivir y compartir un don muy especial: la esperanza.

Este regalo de Dios no es solo para nuestro consuelo personal, sino para ser transmitido a todos aquellos que lo necesiten. La esperanza, en su esencia más pura, es un don precioso que nos ayuda a mantenernos firmes en tiempos difíciles y, sobre todo, a ofrecer luz a los demás en medio de sus propias oscuridades.

En el mundo de la salud mental la esperanza a veces se torna un concepto ambiguo que tiene más que ver con la suerte o vivir algo “perfecto”. Para romper con esa idea, estamos intentando profundizar en las herramientas que todos tenemos para construir un futuro esperanzador, pero para llegar a eso debemos partir del compromiso comunitario de generar algo bueno los unos para los otros. Por eso. En los grupos, tanto de catequesis como de valores, resaltamos las capacidades que tenemos todos para mirar la vida con esperanza, y que esa mirada no es de perfección sino de superación y de sentirse acompañados por otros y por Él en ese camino vital. La esperanza es un don, pero también debe significar para cada uno de nosotros un compromiso para vivir la vida de una manera concreta.

En la CNSP atendemos a personas que presentan problemas de salud mental en fase aguda tanto adultos como infanto-juvenil y personas que están queriendo afrontar una adicción con o sin

LH n.341

patología dual. Desde el **Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER)** cuidamos dicha dimensión de formar multidisciplinar y se promueven grupos de reflexión que inviten al cuestionamiento y favorezcan el autoconocimiento a través de los valores.

La experiencia nos ha mostrado que en ocasiones detrás de una persona con una adicción, hay una persona que sufre y que ha perdido la esperanza. Por todo ello a través del propio grupo y de cuentos o textos reflexivos como herramientas metodológicas se les propone volver a encontrarse consigo mismos, conectar de nuevo con sus valores personales y poder desde ahí dar respuesta a las preguntas de la vida de un modo diferente.

Consiste en aprender a vivir desde la aceptación de una enfermedad y sabiendo que el reto es día a día, y las acciones llevadas a cabo han de tener sentido hoy para seguir teniendo un futuro mejor, pero con la esperanza de la definición de Václav Havel: **saberse en el presente trabajando por estar bien.**

Otra de las propuestas que se ofrecen, es la posibilidad de participar en grupos voluntarios de contenido más religioso como es el “coro” donde compartimos nuestra semana empleando la música como herramienta. Con ella pueden llegar a expresar preocupaciones, sentimientos o encontrar palabras de alivio y consuelo ante la dificultad. Se ensayan las canciones que sonarán en la misa del domingo, pero va más allá de un mero ensayo pues creamos música juntos, lo que hace que tengan que escuchar, y aportar con su voz o instrumentación a un momento común.

Les invitamos a disfrutar de la belleza de la música que creamos juntos. Analizamos la letra de las canciones y se refuerza la esperanza de no sentirse solos en el camino, sino que Dios y la comunidad cristiana acompaña en los momentos buenos, pero sobre todo en los malos. Conectan con esa “**esperanza que no defrauda**” desarrollada en la Bula de convocación del

Jubileo “**Spes non confundit**”.

“**Y la esperanza no quedará defraudada, porque el amor de Dios ha sido derramado en nuestros corazones por el Espíritu Santo, que nos ha sido dado**”. (Rm 5,1-2.5).

En este espacio de coro los asistentes refieren frases como “**Aquí no me siento juzgado y he vuelto a hablar con Dios**”, “**Estos ratos me dan fuerza y esperanza para afrontar la semana**” “**Bajo a la capilla porque me siento tranquilo y en paz**” “**La Palabra sigue siendo actual y me ayuda a dar sentido a la vida y a sentirme acompañada**”.

Terminamos con la frase del apóstol **San Pablo** a los Romanos que refleja lo que nuestras experiencias en Salud Mental reflejan

“**Que el Dios de toda esperanza les colme de todo gozo y paz en su fe, hasta rebosar de esperanza por la fuerza del Espíritu Santo**” (Rom 15, 13).

IH

HUMANIZACIÓN PASTORAL Y ÉTICA DE LA SALUD Y SOCIAL

www.laborposofalana.com

