

MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

1996/2

**Crisis de la libertad, familia y Evangelio de la vida –
Definitivamente sí a la vida humana – Problemas de
la salud reproductiva en los adolescentes – Cirugía
estética – Aspectos éticos en la toxicodependencia:
la “reducción del daño” – Bioética clínica.
Nefropatías crónicas y embarazo –
El concepto de pudor y de castidad
en la especulación tomista**



UNIVERSIDAD ANAHUAC
VINCE IN BONO MALUM

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

*Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore, Roma*

MEDICINA Y ETICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter
Impreso en Litho Press de México
Torres Quintero, Núm. 218-42
Iztapalapa, C.P. 09310, México, D.F.

Dirección y Administración:
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México. C.P. 52760
México D.F. C.P. 11000
A.P. 10-844
Tels. 589-90-00 y 589-22-26, Ext. 227 y 228

Dirección y Redacción en Roma, Italia:
Centro di Bioetica della Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore
Tel 06/33054960. Fax: 06/3051149

Distribución
Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac

México: 150 nuevos pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls;
Otros países: \$85 U.S. Dls.

El importe de la suscripción se realizará con cheque
a nombre de Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
Universidad Anáhuac. Apartado Postal 10-844, México D.F. 11000

Medicina y Ética.
Número de Registro de Marca 427526
Certificado de Licitud de Título 6655
Certificado de Licitud de Contenido 6923
Certificado de Reserva de Derechos al uso exclusivo 1009-93; control 22235
Impreso en México. *Printed in Mexico.*
ISSN 0188-5022

[039 0793] Porte pagado.
Publicación periódica.
Registro 0390793.
Características 210451118.
Autorizado por SEPOMEX.

2

VOLUMEN VII NUMERO 2 ABRIL-JUNIO DE 1996

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

Italia

Dirección

Adriano Bausola - Leonardo Ancona - Alessandro Beretta
Anguissola - Carlo Caffarra - Enzo Delorenzi - Angelo Fiori
Giuseppe Morgante - Elio Sgreccia

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

Comité científico: Evandro Agazzi - Leonardo Antico - Adriano Bompiani
Vincenzo Cappelletti - Ignacio Carrasco de Paula - Numa Cellini
Francesco Introna - Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi
Angelo Serra - Dionigi Tettamanzi

México

<i>Director responsable:</i>	Dr. José Kuthy
<i>Director:</i>	Dr. Jesús Quirce
<i>Coordinador Editorial:</i>	Dra. Martha Tarasco Michel,
<i>Administración:</i>	Lic. Margarita Pereira
<i>Corrector de redacción:</i>	Lic. Verónica Rodríguez Struck
<i>Colaborador de Edición:</i>	Dr. Manuel Sánchez de Carmona
<i>Colaboración periodística:</i>	Cristina Ferrer de Fernández
<i>Composición tipográfica:</i>	Tipografía computarizada
<i>Comité Editorial:</i>	Dr. Enrique Ruelas - Lic. Antonio Cabrera - Dr. Víctor Espinosa de los Reyes - Dr. Manuel Velasco Suárez - Dr. Carlos Campillo Serrano - Dr. Horacio García Romero

INDICE

EDITORIAL	135
Crisis de la libertad, familia y Evangelio de la vida. <i>Angelo Scola</i>	137
Definitivamente sí a la vida humana. <i>Gloria María Tomás y Garrido</i>	153
Problemas de la salud reproductiva en los adolescentes en México. <i>Margarita Pereira Cid y Martha Tarasco Michel</i>	159
Cirugía estética y culto a la belleza en la sociedad contemporánea. <i>Ilaria Guidantoni</i>	169
Aspectos éticos emergentes en la toxicodependencia: la "reducción del daño". <i>Vicenzo De Filippis y Gonzalo Miranda</i>	203
Bioética clínica. Nefropatías crónicas y embarazo: riesgo renal materno. <i>G. Stirati, A. Pierucci, E. Boccia, C. Mazzoni, R. Colonnelli, A.R. Rocca, A. Pacci, A.G. Spagnolo</i>	217
El concepto de pudor y de castidad en la especulación tomista: una lectura positiva como propuesta. <i>Maria Luisa Di Pietro</i>	235
DOCUMENTACION	
De los Organismos Internacionales.	241

EDITORIAL

Consentimiento formado trae a la mente la imagen de las demandas. Hace pensar en ese documento que asegura que el médico pueda defenderse de una acusación por parte del paciente o de sus familiares, si llegan a presentarse problemas como consecuencia del tratamiento o de los estudios a los que se someta el paciente.

Como que la sentencia: “Sobre advertencia no hay engaño”, queda en el aire cuando nos referimos a este documento y, sin embargo, la función que cumple, el objetivo que se debe perseguir con él, es muy diferente.

La palabra clave es comunicación, y no debe considerarse como el medio que asegure la defensa del médico o del paciente, sino un componente indispensable para el buen funcionamiento del acto médico.

Aunque la importancia de la relación médico-paciente se conoce desde tiempos inmemoriales, el ritmo del mundo actual no deja tiempo para reflexionar sobre ella. Esta no se limita a un trato cordial o incluso cariñoso, sino al establecimiento de esa confianza que sólo puede ser el resultado de tiempo y charla.

Muchas veces el público piensa que el lenguaje que utilizan los médicos tiene como objetivo precisamente el confundir. Como sucede con todas las terminologías especializadas, ya sea en las ciencias, la técnica o incluso en las artes, la utilizada en la medicina sólo es comprendida claramente por las personas dedicadas a ella; incluso entre especialistas en diferentes campos médicos, los términos pueden tener diferentes significados o ser completamente diferentes.

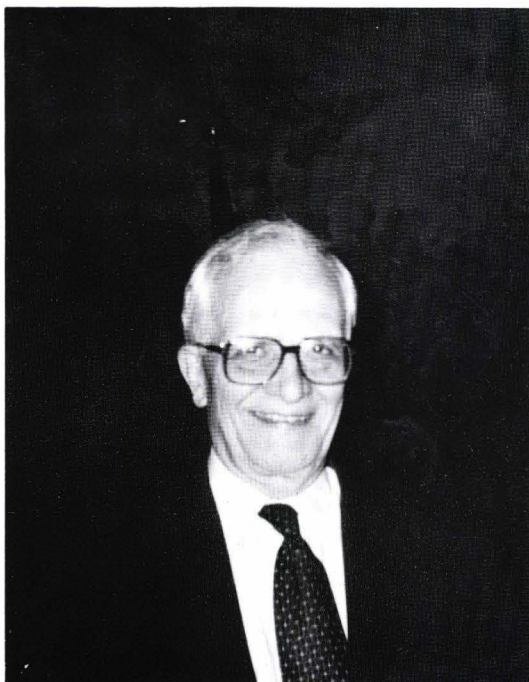
Imaginemos qué sucede cuando el paciente, presa de un cierto grado de ansiedad o angustia, recibe una explicación de la cual no acaba de concluir, si todo va a salir bien o si no existe solución alguna. La imaginación es mala consejera en estos casos de duda.

Bajo estas condiciones es que muchos pacientes se someten a procedimientos diagnósticos, tratamientos médicos e incluso operaciones, sin tener una clara idea de cuál es su problema y cuál el camino que se aconseja para solucionarlo.

La necesidad del consentimiento informado debe hacer pensar en la precaria comunicación que existe muchas veces entre el médico y sus pacientes; en la importancia que ésta tiene para el adecuado seguimiento de las instrucciones del médico; en el tiempo que debe dedicar el profesional de la salud a dar todas esas explicaciones a quien está depositando en sus manos su confianza, su salud e incluso su vida.

El consentimiento informado debería ser tomado por los médicos como ese documento que le ayudará a no olvidar nada de lo que tiene que comunicarle a su paciente. No es una parte más del expediente que viene a aumentarle sus obligaciones; no es otra forma que tiene que llenar, sino un instrumento que le asiste para que su atención médica alcance ese grado de excelencia que es indispensable en el cuidado de un ser humano.

Queremos dedicar este número al profesor Juan de Dios Vial Correa, Rector de la Universidad Pontificia Católica de Chile y Presidente de la Academia Pontificia para la Vida, queriendo consolidar así nuestra amistad con su persona y con las Instituciones que él dirige, así como rendir homenaje a su magnífica labor.



*Prof. Don Juan de Dios Vial Correa
Presidente de la Academia Pontificia para la Vida*

Crisis de la libertad, familia y Evangelio de la vida

*Mons. Angelo Scola**

Resumen

El título de esta ponencia, Crisis de la libertad, familia y Evangelio de la vida, indica, a grandes rasgos, el camino a recorrer. El anuncio gozoso del Señor, autor de la vida (cfr. Hch 3, 15), se encuentra hoy con una situación familiar que sólo se explica por una crisis de la libertad. En este artículo, el autor nos acercará a las razones de dicha crisis, nos hará percibir sus consecuencias en la institución familiar, y dará pautas para un anuncio concreto y fascinante del Evangelio de la vida, mediante la reflexión sobre el valor de la acogida vivida en sus fundamentos cristológico y eclesiológico.

El pasado 25 de marzo de 1995, fiesta de la Anunciación del Señor, Su Santidad Juan Pablo II nos anunciaba de nuevo con vigor a Jesucristo, “el Señor, amigo de la vida” (cfr. Sab 11, 26), con la publicación de la encíclica *Evangelium vitae*.

A finales del segundo milenio cristiano, el anuncio del Evangelio de la vida se ha hecho particularmente urgente, ante la impresionante multiplicación y agudización de las amenazas a la vida de los pueblos y de las personas, especialmente de los más necesitados.¹ Asistimos a un obscurecimiento de las conciencias ante el valor sagrado de la vida

**Presidente del Instituto Pontificio Juan Pablo II. Rector Magnífico de la Pontificia Universidad Lateranense*

humana: obscurecimiento que afecta, de un modo u otro, a todos los ámbitos sociales y, como no podía ser menos, a la familia.

La defensa de la dignidad humana, el reconocimiento del valor intangible e inviolable de la vida del no nacido, así como del enfermo, aún en su fase terminal², han sido un patrimonio constante del *ethos* cristiano. La encíclica *Evangelium vitae*, al recordar este patrimonio perenne de la Tradición eclesial, actualiza también la memoria viva de la Iglesia, al servicio de todos los hombres, mostrándoles la verdad del valor sagrado de la vida corporal del inocente³, reflejada en el rostro ensangrentado de Cristo.

1. La situación de la familia hoy

Es innegable que durante los últimos treinta años ha surgido, en los más diversos ámbitos, una notoria oposición a la existencia de la familia, y se ha desarrollado un fuerte movimiento ideológico contrario a ella. No me refiero simplemente al renacimiento de ciertas corrientes utópicas, cuyos primeros pasos podemos percibir en la filosofía “comunista” de Platón, corrientes que desembocan en la idea de *comuna*. Dicha idea parte de la cultura *hippy*, y es recogida por la cultura revolucionaria en general, y por la revolución sexual en particular. También se constata, en el espectro de la cultura burguesa occidental en su estado puro, incluso en lo que podríamos denominar el ámbito del compromiso cristiano-burgués, el repetido intento de rebatir la necesidad de *la familia como célula elemental de la vida social*, y como factor esencial para la humanización de la persona.

Y, sin embargo, se trata de un dato sorprendente, reconocido por todos los estudiosos de las ciencias humanas, hoy, *la familia resiste* y *el deseo o la nostalgia de tener una familia* está bastante difundido. A pesar de la incesante aparición de análisis que decretaban el fin de la familia, nos encontramos hoy con la persistencia de esta institución.

Podemos afirmar que la familia resiste, por tanto, en su *forma* y en su *significado*. Resiste la *forma* de la familia, esto es, se sigue concibiendo, en la imaginación colectiva, como pareja orientada a la generación del hijo o hijos (esta orientación vale también para la pareja que elige excluir la prole). En segundo lugar resiste el *significado* de la familia; su sig-

nificado de humanización, es decir, de maduración de la pareja a través de la experiencia del amor recíproco, acompañado de modo esencial por la apertura a la generación y educación (humanización) del hijo.

Independientemente de que la gente, cuando piensa en la familia, la conciba en sentido pleno y total —*soberano*, diría Juan Pablo II,⁴ tal y como la visión cristiana de la vida la propone (*familia sacramento*)—, o la entienda como unión civil, o incluso como unión de hecho, cuando se emplea la expresión “familia” se tiene como referencia la familia tal y como se la ha descrito en su *forma* y en su *significado*. Sin entrar ahora a discutir si el término familia puede aplicarse con propiedad al segundo y al tercer tipo de unión, no se puede negar que, para la conciencia colectiva, en los tres casos se hace referencia a la convivencia de un hombre y una mujer, bajo el mismo techo, que no pueden evitar plantearse, aunque sea para excluirla, la cuestión del hijo. Desde este punto de vista, pues, se debe reconocer que la familia resiste.

Sin embargo, se impone una interrogante, *¿qué familia resiste?* Evidentemente no se puede callar que resiste una familia débil, una familia muy distinta a la tradicional, en la que nosotros mismos fuimos educados.⁵ Esta debilidad está caracterizada por dos elementos: la *privatización* y la *fragilidad*.⁶

El elemento de la *privatización* es bien visible en referencia a la sociedad como tal. La paulatina pérdida de la noción de inclinación natural, y su substitución por las modernas concepciones contractualistas, que reducen el matrimonio a un mero contrato que regula dos libertades arbitrarias sólo limitadas externamente por la ley civil, es la principal causa cultural de la ideología predominante del matrimonio como hecho privado. La realidad familiar es considerada como un asunto estrictamente privado, y entendida como producto de voluntades arbitrariamente decididas que optan por un modelo determinado de unión, como podrían optar por otro. La indiferencia de la libertad en esta elección aparece como total. La libertad no está encarnada de un deseo natural, sino que aparece desvinculada de la naturaleza de las personas que se entregan mutuamente en la relación conyugal. El matrimonio se reduce a un contrato privado entre las partes implicadas. El modo más agudo para describirlo me parece el del profesor Carl Anderson que, hablando de la situación de la familia en los Estados Unidos, afirma: *En (este país), un texto universitario de jurisprudencia describe el cambio del sistema*

legislativo en estos términos: sin entenderla como sacramento, ni como asunto para la vida, la relación de las partes en la familia no es distinta a otros contratos a largo plazo, como un contrato de sociedad, de cohabitación y a veces incluso de empleo”. Es decir, según este autor, el matrimonio se ha convertido hoy en algo muy parecido a una *joint-venture* con ánimo de lucro.⁷ En efecto, el nuevo sistema, añade Anderson, *posee una dinámica intrínseca orientada a la inestabilidad matrimonial. Puesto que el compromiso mutuo de los conyuges y la comunidad matrimonial están notoriamente subordinados al interés particular, las partes tienden a implicarse menos en la comunidad matrimonial y, como consecuencia, reciben menos de ella. La joint-venture, por tanto, es cada vez más especulativa, dado que el rendimiento disminuye.*⁸

En el fondo, la familia queda reducida al fruto de un contrato privado, realizado sólo por la relevancia económica —en realidad poco significativa—, que las dos partes contrayentes pueden conseguir.⁹ Por otro lado, las instituciones estatales tienden a percibir a la familia en paralelo a la sociedad civil, cuando no la conciben en clara alternativa.

El segundo elemento de la situación actual de la familia es su *fragilidad*. La familia, aislada, se debilita por la crisis que padece la libertad de la persona. Crisis debida a múltiples razones (algunas de ellas las trataremos más adelante), que acaba por incidir en la vida familiar, dando lugar al fenómeno de la *familia refugio*.¹⁰ La crisis de la libertad se dilata en la crisis de la pareja —no debemos olvidar que si la familia resiste, lo que verdaderamente está en crisis es la pareja—, a lo que se le añaden la crisis del matrimonio como tal, la confusión y la pérdida de identidad de los roles, o mejor, de los *status* de padre y madre, y el cambio de funciones atribuidas a la familia. Tal precariedad de relaciones convierte a la familia en un lugar frágil de sí mismo, deseado como refugio respecto a una sociedad demasiado a menudo en conflicto y deshumanizada.¹¹ Una manifestación clara de esta *familia refugio* es el fenómeno de la prolongación indefinida de la adolescencia.¹²

2. ¿Una libertad enferma?

La causa principal de este estado de cosas que acabamos de describir debe reconocerse, sin duda, en una crisis de la libertad. Podemos decir

que, en nuestra sociedad, una *enfermedad de la libertad* aflige de modo relevante a la persona y hace sentir su influjo también sobre la familia. Intentemos descubrir los caracteres de dicha crisis, para luego retornar a sus consecuencias en el ámbito de la vida familiar.

Partamos de un dato evidente, de sentido común: hoy es muy difícil encontrarse una libertad capaz de elecciones estables y definitivas, más aún si exigen un sacrificio, a veces incluso muy doloroso. Hablamos de elecciones que sean propiamente tales, acompañadas de un compromiso público y sancionado incluso institucionalmente. No hay más que ver cómo, muy a menudo, las legislaciones civiles sancionan el hecho de que el “sí” de los esposos, en el acto del matrimonio, pueda contener un límite de tiempo. Ahora bien, es difícil aceptar que un sí semejante sea un verdadero *sí*.¹³ Es claro que dicha delimitación de tiempo introduciría un disenso respecto al matrimonio en el *consentimiento* que los esposos se dan, el cual corrompe su naturaleza en el mismo instante en que se contrae.¹⁴ Todavía más difícil es reconocer que uniones de hecho configuren, propiamente hablando, una “familia”.¹⁵ Sólo una familia fundada ontológicamente en un matrimonio digno de este nombre es, propiamente hablando, una familia. En efecto, existe una indisolubilidad real entre el matrimonio y la familia, como nos dice el Santo Padre en su *Carta a las familias* cuando escribe que sólo la familia fundada en el matrimonio encierra un poder *soberano*, propio y específico, o sea, un patrimonio de derechos fundamentales y un poder real de hacer a la persona concreta y a toda la sociedad más humanas.¹⁶ Además, el bien de la persona exige el nexo esencial entre matrimonio y familia. De hecho, no se puede hablar de derechos de la persona si se consideran como propios de un individuo aislado. De ese modo, se acabaría por disminuir tanto esos derechos como la misma persona. La verdad del hombre, en cuanto persona, no puede concebirse de modo completo fuera de esa célula elemental de la sociedad que es la familia. En un cierto sentido, antes que ciudadano, el hombre es miembro de una familia: hijo, hermano, padre o esposo. En la familia experimenta en profundidad su identidad, articulada en relación, en el “ser-con”. En la trama concreta de las relaciones familiares, llega a ser adecuadamente consciente de su dignidad personal y de sus derechos fundamentales.

La crisis de la que hablamos se pone de manifiesto cuando la libertad es incapaz de elecciones definitivas y estables, que mantengan la carac-

terística de una permanencia, de un compromiso de fidelidad y de una capacidad de construcción. En efecto, el *don profundo de sí*, que caracteriza la relación entre el hombre y la mujer (relación original y constitutiva), es el factor a través del cual el dinamismo de la libertad está llamado a crecer. El elemento de la identidad personal, que subyace en toda libertad humana, encuentra su expresión adecuada y su cumplimiento sólo en el don de sí y en el descubrimiento del puesto de “otro” en la propia vida. La libertad del hombre está hecha constitutivamente de autoconciencia y autoposición (aquello que me permite decir *yo*), y de necesaria apertura al otro, de salida de sí hacia el otro. Es indudable que la incapacidad de construcción duradera y fiel, en una dimensión tan radical para la libertad como es el amor (entendido como don recíproco de sí), es la causa que destruye de raíz el matrimonio y debilita, por tanto, la familia.

En el origen de todo esto se encuentra una concepción de la libertad, procedente de la Ilustración, que la considera como *ausencia total de vínculos*: uno es más libre cuanto más separado está y más independiente es de cualquier vínculo.¹⁷ La superficialidad y el irrealismo de tal visión son sólo comparables a su amplísima difusión. En efecto, es impensable que el yo alcance cumplimiento y madurez si no tiene la experiencia de un “lugar” vital en el que se sienta definitivamente amado y completamente acogido por lo que es, y en el que, a pesar de todos sus límites y errores, vuelva a ser constantemente acogido y amado.¹⁸ Esta exigencia es tanto más clara cuanto la sociedad se reduce a relaciones de cálculo y elimina todo espacio para la acogida recíproca de tipo gratuito, valorando despiadadamente sólo lo que es objeto de comercio.

La libertad, pues, no es libertad de vínculos, sino, por el contrario, se trata de la madurez, consistencia y posibilidad de plenitud del yo, que nacen del ser amado profundamente por el otro, para llegar a ser, a su vez, capaz del don de sí mismo.* En este sentido, resulta evidente que la familia es y permanece como el lugar original para el hijo que nace, porque es ahí donde normalmente puede ser hecha la primera experiencia de amor y de acogida, de modo que en la alteridad amorosa el yo pueda tomar consistencia.

Quisiera añadir una consideración complementaria. La libertad humana tiene su raíz en la inclinación o *deseo natural* (*amor naturalis*, como la llamaba Santo Tomás)¹⁹ al cumplimiento de uno mismo (deseo que, a su

vez, está anclado en el mundo de lo inconsciente y de los instintos biológicos). Dicha libertad se ejerce imperfectamente en la libertad de elección, realizándose sólo cuando encuentra ese objeto infinito que es capaz de satisfacer en plenitud el deseo constitutivo del yo: el deseo de ser infinitamente amado.²⁰ La libertad, por tanto, sólo es plena cuando desea todo en Dios y, en última instancia, a Dios mismo que es todo.²¹

Ahora bien, la crisis de la libertad se manifiesta en nuestra sociedad, a la par, como crisis del deseo —que es la precondition de la libertad—, y como pérdida del objeto adecuado de tal deseo, que es el Infinito, es decir, Dios; el único que aplaca la sed de libertad de nuestro corazón. Nos lo explica el siempre actual pensamiento de San Agustín: *Tal es nuestra vida: ejercitarnos en el deseo... ¿Qué haces, pues, en esta vida, si aún no has conseguido el premio? Dios, difiriendo su promesa, ensancha el deseo; con el deseo, ensancha el alma y, ensanchándola, la hace capaz de sus dones. Cuando decimos «Dios», ¿qué es lo que decimos? Esta sola sílaba es todo lo que esperamos. Ensanchemos, pues, nuestro corazón, para que cuando venga nos llene.*²² Y el mismo San Agustín, en *De doctrina christiana*, no duda en hablar de gozo/disfrute, poniendo en relación a Dios y el deseo: *disfrutar de una realidad* (y la realidad de la que aquí se habla precisamente es Dios) *es adherirse a ella con amor, movidos por la realidad misma.*²³

En nuestra sociedad, por lo tanto, la crisis del deseo, que deriva de la pérdida de su objeto infinito —Dios—, corre el riesgo de reducir la libertad a la pura posibilidad de elección. El hombre de hoy corre el riesgo de enfatizar tanto la libertad de elección que puede acabar por considerarla *toda la libertad*. A menudo esta libertad de elección, por una parte, ignora que se apoya sobre el cimiento del deseo de cumplimiento de uno mismo y, por otra, no reconoce que sólo el infinito es el objeto adecuado de este deseo, y no sabe vivir en Dios toda la realidad. Falta el “santo deseo” (de Dios), por usar la expresión de Agustín; falta ejercitarse en este deseo. He aquí por qué, hoy, el hombre a menudo se aburre²⁴ —las variantes del aburrimiento son la melancolía radical y las distintas formas de angustia—, y es incapaz de estabilidad y responsabilidad. Por una parte, no secunda el deseo natural (la inclinación) y, por otra, cree poder prescindir de Dios como cumplimiento de este deseo. Substituye el deseo de infinito por un indefinido número de deseos finitos. Se trata de la vanidad del deseo. Como consecuencia se fragmenta,

se separa del otro, se convierte en un idiota, en el sentido etimológico del término (de *idiòs*, “que está en sí”), y reduce cada vez más su libertad a la refutación de vínculos y a una sucesión de elecciones contradictorias entre sí. Es como si no alcanzase la estatura profunda de su personalidad, porque corre el riesgo de ser un “Yo” sin historia, en cuanto que cada paso anula el precedente. Así sucede cuando la libertad no respeta las tres dimensiones de las que hemos hablado: el deseo natural, la capacidad de elección y la tensión hacia el infinito.

La incapacidad de permanecer en la elección, es decir, la incapacidad de una responsabilidad efectiva, se deriva del hecho de que la libertad, actualmente, corre el riesgo de ser una libertad mutilada: cuando más se exalta de forma anormal la libertad de elección, menos libre se es. En efecto, el hombre separado es el hombre que ya no desea, que no percibe su *capacidad* de infinito a pesar de su finitud. El hombre ha perdido el *inquietum cor*,²⁵ el sentido de su naturaleza dramática (teatro griego). Y, por añadidura, cayendo en la ilusión de que es libre sólo porque puede elegir, y no *también* porque puede elegir, acaba por quedar condicionado por la mentalidad dominante, sobre todo por el enorme y convincente poder de los medios de comunicación. No es extraño que, frecuentemente, el poder real decida por él.

3. Libertad y vida familiar

Confrontando esta crisis de la libertad con la vida familiar, entre los muchos elementos que se podrían enumerar, me limito a señalar el aspecto ligado a los denominados *status* familiares. Me refiero a la condición de *padre*, de *madre* y de *hijo* en el interior de la familia. Está fuera de dudas que una libertad en crisis mina profundamente el significado original de estos *status*.

En efecto, hoy se ve con claridad que cuesta trabajo vivir el *status* de la paternidad, la maternidad y la filiación, es decir, que cuesta trabajo vivir ese parentesco que es la razón de ser de la familia.²⁶ No es extraño escuchar que el riesgo de muchos progenitores consiste en ser *compañeros* o *cómplices* de sus hijos, en vez de padres o madres en el sentido propio.

El problema de fondo radica en que, para ser padre, es necesario hacer la experiencia de ser hijo. Y esto sólo es posible, íntegramente, cuando

la filiación permanece actual y presente a lo largo de toda la existencia del hombre. Es decir: cuando se vive como hijos de Aquel que la *Carta a los Efesios* define como *fons totius paternitatis*.²⁷ El hombre que no tiene, en la vida cotidiana, la experiencia de la filiación de Dios —sea como sea el modo en el que se entiende el gran misterio de Dios—, sino que se concibe como autor de la propia vida, de la propia jornada, como autor exclusivo del que parte y en el que concluye la propia acción, revela que la propia libertad, en su ejercicio, está privada del nexo con el deseo y con el misterio infinito. Esto no puede más que desembocar en una tragedia para el hombre y para la sociedad entera.²⁸ Saberse hijos y vivir como hijos de un Padre más grande, de una paternidad original, es la condición para ser padres.

Un discurso sustancialmente análogo puede hacerse respecto al *status* de madre. La relación entre madre e hijo puede corromperse en el momento en que no crece armónicamente la relación esponsal entre marido y mujer. Es absolutamente necesario para la educación del hijo —significado determinante de la familia—, que la experiencia del amor entre el marido y la mujer sea una experiencia de continuo crecimiento de ambos en la libertad.** *Ser cónyuges significa ser capaces de no ligar al otro a uno mismo sino de liberar al otro dentro de la relación*, de dejar ser al otro “otro”. Lo cual se convierte en una experiencia indispensable para que la relación entre madre e hijo (y también entre el padre e hijo) no se transforme, de factor constitutivo de la identidad del hijo, en vínculo de esclavitud afectiva, que se proyecta en el tiempo y convierte al hijo en incapaz de lanzarse a la vida como persona libre y madura.

Pasando al *status* del hijo, creo que es importante poner de relieve esta cuestión: hoy el hijo corre el riesgo de no ser concebido como un *acontecimiento*,²⁹ sino como una *elección* de tener los hijos o de no tenerlos.³⁰ Pero, ¿es posible afirmar que el hijo es el mero fruto de una elección? Es necesario reconocer que un hijo conlleva consecuencias inevitables que están en evidente contraste con la posibilidad de elección. Uno que llega a ser padre es padre para siempre; no se puede ser padre *ad tempus*. De aquí nace una pregunta importante: ¿no es acaso necesario reconocer que la realidad del hijo rechaza objetivamente ser reducida a un objeto de elección, precisamente por las consecuencias que conlleva? Si el hijo es una persona y si la tarea de los padres consiste en consentir el crecimiento de su identidad y, por tanto, de su libertad, ¿no es imprescindible

aceptar que una persona es alguien que debe ser *acogido y no elegido*? O mejor, la elección, ¿no consiste propiamente en la acogida? Las elecciones, en efecto, tienen como objeto a las cosas, no a las personas. *La elecciones que se realizan sobre las personas reducen a éstas a meras cosas.*³¹

4. Hospitalidad y acogida: un reto para la familia

El tema de la acogida del hijo reviste una importancia central en la evangelización de la familia.³² Se trata obviamente de una de las piedras angulares de la *Evangelium vitae*. En efecto, a través de la acogida, la libertad enferma puede regenerarse y permitir renacer a la misma familia.

En este sentido, es fundamental que nuestras familias se abran de par en par a la acogida y a la hospitalidad, a través de una dilatación de esa experiencia intensísima de afecto que es el parentesco natural; respetando las leyes vigentes, pero sin pensar exclusivamente en las formas más complejas de adopción y acogimiento, sino también en la acogida temporal de personas que se encuentren en las necesidades más diversas: mujeres en dificultad y con necesidad de ser comprendidas, muchachos que salen de la cárcel o de la droga, jóvenes con carencias económicas o de trabajo, padres que se esfuerzan en sacar adelante a sus hijos, hijos que se rebelan contra los padres, ancianos solos...³³

Quisiera, como conclusión, proponerles una reflexión sobre la significación de la actitud de acogida ante la vida, a la que Juan Pablo II nos invita.

No sólo se trata de la consideración de la forma cristocéntrica de la experiencia humana de acogida, sino también de una breve reflexión cristológica de la actitud de acogida en su significado más ético. En efecto, sólo la cristología puede fundar adecuadamente la ciencia moral.³⁴

Hoy en día resulta ya bien conocida la propuesta de Von Balthasar de una estructura elíptica de la cristología, centrada en el binomio Epifanía de Dios-ojos de la fe.³⁵ Situándonos en esta dinámica, la teología de la cruz enriquece de forma superlativa el sentido ético de la acogida.

Esta observación resulta especialmente relevante a la hora de señalar en forma expresa, e incluso, en cierto sentido, denunciar, una cierta ten-

dencia *extrínsecista* en la interpretación de las enseñanzas de la encíclica que nos ocupa. Por extrínsecismo entendemos la perniciosa reducción de la ética a una norma abstracta, en la que la actitud interior de la persona parece una mera circunstancia de la acción puramente exterior. De este modo, la misma ética parece una recopilación de frías normas de obligado cumplimiento, y pierde su corazón vital. Conviene, además, tener siempre presente, de acuerdo con las enseñanzas de Santo Tomás de Aquino, que la acción interior es la forma de la acción exterior.³⁶ Y la acción interior de la persona encuentra su norma real y concreta en la Persona misma de Jesucristo.³⁷ Disociar una moral cristocéntrica de una ética iusnaturalista, incurriría en un extrínsecismo de este tipo.³⁸ Ambos ámbitos, conservando su propia autonomía, mantienen entre sí estrechísimos vínculos. Disculpenme este breve prolegómeno que pretende enriquecer, desde la reflexión teológica, el sentido ético de la actitud de acogida.

Hospitalidad y acogida reciben una luz extraordinaria a partir de la escena memorable que se desarrolló en el Calvario, bajo la cruz de Cristo. El Evangelio de Juan nos narra la escena a la que nos referimos. Jesús, mientras muere, se vuelve hacia su madre y le dice, indicándole a Juan: *Mujer, ahí tienes a tu hijo*. Y a su vez, se dirige a Juan diciendo: *Ahí tienes a tu madre* (Jn 19, 25-26). Realmente, el parentesco de la carne y de la sangre encuentra aquí su verdad, y el afecto adquiere una exaltación vertiginosa. Una nueva parentela nace bajo la cruz: es el parentesco que constituye la misma Iglesia. Es la comunión de la Iglesia.³⁹

La fecundidad de este nuevo parentesco (*communio ecclesiale*), se juega totalmente en una acogida radical, intensa y esperanzada. ¡De qué modo miraría Juan a María en ese momento, y cómo la Virgen debe haber tratado a Juan durante su vida terrena tras esas palabras! ¡Qué poder de afecto y de verdad en ese afecto! ¡Qué radical y profunda purificación de la tendencia a poseer de la sangre y de la carne, inserta en un afecto absolutamente libre de todo dominio y seducción! ¡Qué pureza y gratuidad de acogida, hecha la apertura al otro en su necesidad, tal y como se presenta!

“*Y el discípulo la recibió en su casa*”.⁴⁰ Quiero subrayar con fuerza este hecho. Juan y María abren un espacio físico a esta novedad, más fuerte que cualquier vínculo de parentesco, a esta nueva maternidad y

filiación. La casa de Juan se une, de este modo, a la Iglesia, morada de aquellos que participan de Cristo y, en última instancia, a la casa del Padre. “*Os acogeré junto a mí en la casa del Padre*”.⁴¹ La palabra *acogida*, en relación con la palabra casa, cobra una densidad de todo punto imponente. De este modo se comprende por qué seremos medidos por nuestra capacidad de acogida. Es significativo el hecho de que, en la escena que estamos describiendo, cada uno de los protagonistas (Jesús, María y Juan), reciba una misión que implica la acogida.

Quiero subrayar el hecho de que *esta acogida siempre está conectada a una corporalidad, a una materialidad, que es la medida de la llamada de cada uno de ellos*.⁴² **Jesús** se despoja de su ser Dios (cfr. Fil 2) y toma un cuerpo. Acoge la iniciativa del Padre que le envía: “*me has preparado un cuerpo, entonces yo digo: Aquí estoy*”⁴³. **María** abre espacio, en su cuerpo, con su sí a Jesús. Y finalmente, **Juan**, ofrece su casa —prolongación del cuerpo— como el signo material de acoger consigo a la madre. El gesto de acoger en su casa a María como Madre, traspasa el hecho de no haber sido engendrado físicamente por Ella, haciendo participar al discípulo amado de la filiación misma de Jesús, obrada en María por gracia del Espíritu Santo. Se trata del misterio del ser hijos en el Hijo, de la filiación adoptiva obrada por el Padre, plenitud y sentido de la filiación natural. Nosotros podemos acoger en el cuerpo acogiendo en la casa, podemos acoger físicamente, concretamente, de un modo misionero acogiendo en la morada.⁴⁴

La acogida de Juan se convierte en el criterio humanísimo de nuestra acogida. La acogida de Jesús y la de María se dan, en efecto, bajo el misterio de una gracia absolutamente particular: la filiación divina de la identidad de naturaleza con el Padre, en el caso de Jesús; y la gracia de la Inmaculada Concepción, ordenada a la generación del Hijo de Dios en la carne, por lo que respecta a María. Pero Juan es exactamente el punto en el que esta experiencia de acogida extraordinaria y concreta —insisto, corporal— pasa en la historia. En el gesto de Juan, acoger en casa cobra una densidad ejemplar y fundamental para nuestra fe. No carece de significado que, en el Evangelio, no se diga nada de lo que hizo María con Juan, y sin embargo, se nos refiera qué fue lo que hizo Juan con Ella (la acogió en su casa).

¡Cómo se aleja la maternidad en la que hoy estamos inmersos de este dato, tan presente hasta finales de la Edad Media! Puede ser que, sólo en

los países más pobres de nuestra civilización, quede un resto de esta realidad. Y, sin embargo, se trata de una tarea que pertenece al redescubrimiento de la *novedad de la fe y de su fuerza de juicio frente a la cultura dominante*, a la que nos ha reclamado Juan Pablo II en la *Veritatis splendor*.⁴⁵

El Evangelio de la vida que, como cualquier faceta del acontecimiento de Jesucristo, se anuncia más con hechos que con palabras, encuentra en la realidad de la acogida en la propia casa un camino concreto de anuncio y encuentro con el hombre, hoy más que nunca necesitado de ser amado. Se trata de un camino sencillo y verdadero para retomar la libertad, reconstruir nuestras familias y llevar a cabo la obra de la nueva evangelización.

Referencias Bibliográficas

¹ *Evangelium vitae* 5.

² *Evangelium vitae* 58 Y 65

³ *Evangelium vitae* 57

⁴ *Carta a las familias* n. 11

⁵ Para un análisis sobre la situación sociológica y existencial de la familia hoy, desde perspectivas muy diferentes y discutibles, ver: HARRON, S.L., TUCH, S.A., *The determinants of marital instability*, en *Journal of Marriage and the Family* 46 (1984) 631-642; ROUSSEL, L., *Les Nouveaux modèles familiaux*, París, 1984; AUDIRAC, P.A., *Cohabitation et mariage: qui avec qui?*, en *Economie et Statistique* (1982) 41-61; GLICK-SPANIER, G.B., *Married and unmarried cohabitation in the United States*, en *Journal of Marriage and Family* 42 (1984) 631-642; FURSTENBERG, F.F., *Preliminary pregnancy and marital instability*, en *Journal of Social Issues* 32 (1976) 67-86. Sobre la problemática del matrimonio y el divorcio, desde el punto de vista de la reflexión católica, puede verse: SCHNACKENBURG, R., *Ehe und Ehescheidung unter Christen*, Munich, 1972.

⁶ COLOMBO, G., *Conclusa la ricerca sulla "Famiglia"*, *La Gazzada* XIII (1992) N. 23, 9-13.

⁷ Cfr. WEYRAUCH, W.O. y CATZ, S.N., *American family love in transition*, Washington D.C., Bureau of National Affairs, p. 2.

⁸ ANDERSON, C., *La famiglia nella missione della Chiesa*, *Il Nouvo Aeropago* 2/1994, 6-23.

⁹ Sobre el genuino sentido del matrimonio como pacto, en el derecho canónico, a la luz de la doctrina del Concilio Vaticano II, cfr. CORECCO, E. - GEROSA, L., *Il diritto della Chiesa*, Milano, 1995, 180-203.

¹⁰ En cuanto a la sociología del fenómeno del replegamiento familiar en sí mismo, cfr. DONATI, P., *La dinamica della coppia oggi: la mediazione familiare*, en *La Famiglia* 29 (1995) 7-23.

¹¹ Cfr. ZUANAZZI, G., *Fenomenologia dell'incontro*, en *Anthropotes* 8 (1992) 213-229.

¹² Cfr. CIGOLI, V., *Giovani adulti e loro genitori. Un eccesso de vicinanza?*, en SCABANI, E. - DONATI, P. (a cura), *La famiglia "luogo" del giovane adulto*, *Studi interdisciplinari sulla Famiglia*, n. 7, Vita e Pensiero, Milán, 1988.

¹³ La limitación tendencial del tiempo, según el santo obispo de Hipona, es incompatible con el verdadero amor matrimonial. Cfr. SAN AGUSTIN, *De bono coniugale* c. 5.

¹⁴ Cfr. VILADRICH, P.J., *La famiglia sovrana*, Osservatore Romano, 15.06.1994.

¹⁵ Cfr. SCOLA, A., *Matrimonio e famiglia luoghi visibili umanità redenta*, La Rivista, anno XXIX, 1994, n. 1, 71-78.

¹⁶ Cfr. *Carta a las familias* n. 17

¹⁷ En particular hoy no se reconoce el vínculo que une libertad y verdad: cfr. JUAN PABLO II, *Veritatis splendor* n. 34.

¹⁸ La condición de la relación sponsal y de parentesco, desde el análisis de su carácter dialógico se revela fecunda. Martin Buber ha indagado en sus raíces; para la sugerente noción, por ejemplo, de “eros dialógico” cfr. BUBER, M., *Il principio dialogico* (trad. del original alemán), Cinisello Balsamo, Milano, 1993, 214-216.

¹⁹ La función de la inclinación o deseo natural es importantísima en la concepción de ley natural, en el seno de la ética cristiana, desarrollada por el Aquinate. A este propósito, cfr. SCOLA, A., *La fondazione teologica della legge naturale nello “Scriptum super Sententiis” di San Tommaso d’Aquino*, Studia Friburgensia (Neue Folge) 60, Kan. Abt. 2, Friburgo, Suiza, 1982, 179-211. Sobre la interpretación de J. Maritain de la doctrina de Santo Tomás en este particular, cfr. SCOLA, A., *L’alba della dignità umana*, Jaca Book, Milano, 1982, 99-139.

²⁰ La sed de trascendencia del hombre no puede ser colmada por lo terreno, por la *cupiditas*: “*est enim et turpis quo animus se ipso inferiora sctatur, quae magis cupiditas dicitur omnium scilicet malorum radix*”, S. AGUSTIN, *De div. quaest*, q3 n24.

²¹ Así lo ilustra Santa Teresa de Jesús, doctora de la Iglesia: “*si como ahora entiendo que en este palacio pequeño de mi alma cabe tan gran Rey, no le dejara tantas veces solo... ¡Qué cosa de tan gran admiración, quien hinchiera mil mundos y muy muchos más con su grandeza, encerrarse en cosa tan pequeña! A la verdad, como es Señor, consigo trae la libertad, y como nos ama, hácese a nuestra medida*”, SANTE TERESA DE JESUS, *Camino de perfección* (Código de Valladolid), cap. 28, 11.3.

²² Tract. 4, 2008-2009.

²³ *De Doctrina Chirstiana* I, 4.

²⁴ La ausencia de Cristo no es solo vaciedad, hinchazón: “*Huccine redacti sunt omnes thesauri sapientiae et scientiae absconditi in te, ut hoc pro magno discamus a te, quoniam es tu humilis corde?... non enim taliter invenitur requies animae, nisi inquieto tumore digesto, quo magna sibi erat, quando sana tibi non erat*”, SAN AGUSTIN, *De Sancta Virginitate*, c. 35.

²⁵ Cfr. SAN AGUSTIN, *Confesiones*, I, cap. 1.

²⁶ Cfr. STERN, D.N. *The interpersonal world of the infant*, Nueva York, 1985; KUHN, D. *Der Geburtenrückgang als Familienproblem*, Viena, 1981.

²⁷ Cfr. *Ef* 3, 15.

²⁸ Cfr. *Evangelium vitae* n. 36

²⁹ No está de más recordar aquí la bellísima consideración de H.U. von Balthasar, quien afirma que: “*el acto de la unión de dos personas en una única carne y el fruto de esta unión, deberían ser considerados juntos, saltando la distancia del tiempo*”: H.U. VON BALTHASAR, *La preghiera contemplativa*, Milán, 1982, 89.

³⁰ Cfr. SCABINI, E., *L’organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*, Milán, 1985.

³¹ Cfr. COLOMBO, G., *Osservazione al II seminario*, La Gazzada, XIV, n. 27, 77-78.

³² Cfr. *Evangelium vitae* 43, 77, 79, 83, 92, 95, 98.

³³ Para las nuevas formas eclesiales y sociales de acogida cfr. *Evangelium vitae* 87-99.

- ³⁴ Cfr. SCOLA, A., *Christologie et moral*, en Nouvelle Revue Théologique 109 (1987), 383.
- ³⁵ Cfr. VON BALTHASAR, H.U., *Teodramática*; vol. 3; SCOLA, A., *H.U. von Balthasar: uno stile teologico*, Milán, 1991m 59-67; 81-100.
- ³⁶ SANTO TOMAS DE AQUINO, *In Ill Sent d37 ad1 5*.
- ³⁷ Cfr. VON BALTHASAR, H.U., *Prinzipien Christlicher Moral*, Johannes Verlag, Einsiedeln, 1975; CAFFARA, C., *Viventi in Cristo*; Jaca Book, Milán, 1981; BIFFI, I., *Integralità cristiana e fondazione morale*, en Scuola Cattolica 115 (1987) 570-590; CHANTRAINE, G., SCOLA, A., *L'evenement Christi et la vie morale*, en Anthropotes 1 (1987) 5-23' SCOLA, A., *Christologie et morale*, a.c.; MELINA, L., *Morale: tra crisi e rinnovamento*, Ed. Ares, Milán, 1993, 27.
- ³⁸ Cfr. *Veritatis splendor*, cap. 1
- ³⁹ Cfr. *Lumen gentium* n. 11.
- ⁴⁰ Para el significado moral del término *casa*, cfr., por ejemplo, S. GREGORIO MAGNO, *Moralia* 1, 19.
- ⁴¹ Cfr. *Jn* 14, 2-3.
- ⁴² A esta realidad de la "corporalidad" se refiere la *Evangelium vitae*, por ejemplo al citar *Job* 10, 8-12: "¿No me vestiste como leche y me cuajaste como queso? De piel y de carne me vestiste y me tejiste de huesos y de nervios".
- ⁴³ Cfr. *Heb* 10, 5-7.
- ⁴⁴ Acogida tanto de la nueva vida como de aquella en declive: cfr. *Catecismo de la Iglesia Católica* n. 2228 y 2276.
- ⁴⁵ Cfr. *Veritatis splendor* n. 88.

* Diversas reflexiones sobre la libertad, más bien desde el punto de vista teológico, pueden encontrarse en SCOLA, A., *Hans Urs von Balthasar: uno stile teologico*. Milán, 1991, 101-119; ID., *Avvenimento e tradizione*, Milán, 1987, 116ss; ID., *Questioni di antropologia teologica*, Milán, 1996, en vías de publicación.

** Sobre este particular cfr. SCOLA, A., *Identidad y diferencia*, Madrid, 1989.



Mónica y Serena Spagnolo di Pietro.

Definitivamente sí a la vida humana

*Dra. Gloria María Tomás y Garrido**

Resumen

*La Doctora Tomás y Garrido hace un planteamiento emotivo y racional de las funciones de los farmacéuticos tanto en la labor de investigación y desarrollo de nuevos medicamentos, como de atención a las necesidades de los enfermos y de apoyo moral. Señala que con la guía de la carta encíclica *Evangelium vitae* se puede hacer frente, como agentes sanitarios, a las modernas corrientes que niegan el valor de la vida humana. Para lograr esto, propone la formación continuada en bioética de los universitarios y profesionales de las ciencias de la salud, con objeto de que puedan entender el lenguaje utilizado en la citada encíclica y, a su vez, puedan ofrecer a la sociedad aspectos que la dignifiquen, desde la base del respeto amoroso a la vida humana.*

Introducción

No es discutible que los que participamos en este Congreso tenemos en común dos aspectos esenciales: ser farmacéuticos y ser defensores de la vida.

* Doctor en Farmacia, Profesora del Instituto Pontificio Juan Pablo II (Sección española). Ponencia presentada en el Congreso de Farmacéuticos en Toledo, I-1996

Como farmacéuticos, nuestra carrera nos ha preparado, desde su origen secular, en el conocimiento profundo del mundo natural, nos ha aportado los fundamentos químicos, bioquímicos y farmacológicos de la vida; hemos estudiado la obtención, el reconocimiento y la diferenciación de drogas; no nos resultan ajenos los grandes campos que abarca el medicamento, ni la industria farmacéutica, las técnicas alimentarias ni la alta investigación, el mundo de los psicofármacos ni la oficina de farmacia, lo primigenio de donde se derivan tantas posibilidades es el cuidado de la salud.

Y somos defensores de la vida humana; reconocemos que poseerla es un bien; su custodia es un don y una responsabilidad que conducen, siempre, por un camino de felicidad y, a su vez, de sufrimiento: no hay retorno posible. La fidelidad a esta actitud es tarea humana, no sólo cristiana.

La ley natural y las leyes civiles

No hace muchas décadas, el apellido católico, añadido a un profesional, conllevaba, al menos en cierta parte de la sociedad occidental, un cierto tamiz peyorativo: podría equivaler a vivir, en algunos aspectos, aprovechándose de la Iglesia, con cierta ascendencia, que no dejaba de ser curiosa, sobre otros grupos. Ahora, declararse honestamente católico es diverso. Supone, debe suponer, la defensa de unos deberes y de unos derechos inalienables que se concretan en seguir fidelísimamente la ley natural, inscrita en el corazón humano, y las leyes civiles que de ella emanan.

La *ley natural* fundamenta la dignidad de la persona; esta ley, que se explicita en las circunstancias cambiantes de la vida y del desarrollo civil, necesitan de una autoridad honesta que proteja lo esencial, aunque queda abierto y aceptado todo el espléndido campo del respeto y de la tolerancia.

Ciencia, cultura, vida

Los profesionales de la salud en los ámbitos que nos corresponden que-remos llenar la ciencia de humanidad, es decir, fomentar la ciudadanía,

la competencia y la competitividad profesional que, honestamente, deberíamos ganarnos en el esforzado y constante ejercicio profesional.

Es importante resaltar que el Santo Padre *nos apoya en esta defensa de la vida humana*. La Carta del Papa *Evangelium vitae* constituye la urdidumbre de estos planteamientos.

Con nuestra profesión, la salud que protegemos no es sólo la mudez del cuerpo, porque nada duele, es también, cuando no es remediable, ayudar a dar sentido y significado al dolor y al sufrimiento, ciñéndonos al campo de lo personal.

La experiencia secular muestra que no siempre ha sido entendido correctamente el valor de la vida humana, y menos la débil e indigente. En el siglo XX, en el que los portentosos progresos tecnológicos van superando los límites de la mayor imaginación creadora, hay un marcado miedo, incluso horror, a la vida humana, particularmente cuando no responde a un modelo de “calidad de vida”. Los debates, en el amplio margen que ocupan desde el aborto hasta la eutanasia, constatan esta afirmación.

Dolor, sufrimiento, enfermedad, muerte

Señalaba, hace ya algún tiempo, Gertrud Von le Fort, que “hoy, hay demasiado hoy”. Traducido al lenguaje coloquial equivale a lo que afirma jocosamente el Secretario de la ONU, Boutros Gali: “estamos en la cultura del nescafé —queremos resultados rápidos— y no en la del té”.

Es como si todo se agotara en el presente, en lo tangible. De ahí el horror a encontrarse con la enfermedad, con la muerte, con el sufrimiento, con cualquier tipo de desconsuelo.

Mas la experiencia nos muestra cómo algún tipo de dolor, que siempre corteja al hombre, además de ser parte integrante de la vida, puede ser una inversión positiva si se ayuda a sobrellevarlo.

Como sanitarios, hemos aprendido que la lucha positiva por remediar la enfermedad ha de ser una constante en nuestro quehacer profesional. Ya de antemano comprobamos una y mil veces que no existe la garantía de un resultado satisfactorio. Ni el vencimiento de la enfermedad, ni el de la muerte están en las manos de los profesionales de la salud, ni de alguien o algo; son zarpazos misteriosos, nunca vencidos... Puntos sus-

pensivos que podemos suprimir si se abren a la realidad futura superior, por el que valió la pena ese dolor. De no ser así, necesariamente conllevarán algún tipo de desesperación, de desintegración... en último término, agravios a la vida humana.

La necesidad de una formación continuada en bioética

Esos agravios los expone Su Santidad Juan Pablo II en la *Evangelium vitae*, con el liderazgo y la veracidad que le caracterizan.

Pero el lenguaje no se entiende siempre y del todo. ¿Qué nos falta? *Formación en el terreno bioético.*

Es urgente ampliar y profundizar en lo que supone ser persona; en saber renunciar a tantas solicitudes que una sociedad confundida nos ofrece.

No queremos adormecer los miedos del hombre por medio de una relativización de la verdad; lo que queremos es tomar en serio la ciencia y la vida. El auténtico humanismo adquiere, bajo el signo de la cruz, el gran aliento de la libertad.

Propuesta

Confío en que estas razones ayuden a sensibilizarnos en la gran necesidad de actualizar la preparación y la formación de los profesionales de la salud en el campo de la bioética, de la lectura de la realidad y más de la humana.

La vida intelectual, la vida espiritual requieren tiempo y cuidado. Estoy convencida de que el hombre contemporáneo puede regenerarse y descubrir la significación iluminadora y consumadora de la condición humana.

De poco serviría seguir haciendo maestrías, seminarios y cursos que actualicen nuestra preparación profesional si no van acompañados de la voluntad, del corazón que, como acertadamente se ha dicho, es la sede o el calabozo de la libertad, y por tanto, de la dignidad.

Vengo repitiendo que en una sociedad poliédrica y fulgurante como la que nos toca vivir *es preciso pararse a reflexionar sobre lo genuino:*

somos farmacéuticos, no empresarios de la salud Nos importan el cuerpo y el alma del hombre, es más, comprendemos la solidísima unidad existente entre ambos. No buscamos en nuestro quehacer sólo remedios biológicos, que los buscamos, sino otorgar refugio, consuelo, consejo, honorabilidad. Todo esto no sale espontáneo. Es preciso dedicar tiempo a la lectura del ser humano, a todos, al que sufre, al débil, al indigente..., al enfermo en definitiva; y hacerlo con la profundidad y precisión de ser un buen profesional y una persona buena. Es hacerse más persona entre las personas y con ellas.

La conciencia científica más intensa y precisa exige el más radical respeto amoroso a la vida humana. Por lo tanto, no podemos pensar que los conocimientos bioéticos y antropológicos son un adorno, una compensación o incluso una evasión.

La bioética y su fundamentación es, hoy por hoy, una asignatura pendiente en algunos planes de estudios, en nuestros cursos de perfeccionamiento, cuando por su influencia decisiva y complementaria tendrá que tener, cada vez más, la repercusión profesional y social que se merecen.

Como universitarios, como científicos, como investigadores y como profesionales tenemos el derecho-deber de ser protagonistas de la sociedad que nos ha tocado vivir, y ofrecerle aquellos aspectos que la dignifican.

Además, tanto la preparación en ética y la bioética son una realidad en países avanzados; pero desgraciadamente, en ocasiones, con un sentido equívoco, utilitarista, consensual... Precisamente por eso, la creación de Sociedades de bioética personalista, basadas en esta dignidad de la persona es ya una realidad: la puesta en marcha de cursos, conferencias, jornadas no debe paralizarse, precisamente por la confianza de poder contar con personas competentes en estos campos.

Facultad, Colegios profesionales y Asociaciones son las entidades inmejorables e idóneas para llevar a cabo estos proyectos.

No, no caerá en vacío la *Evangelium vitae*; los aspectos éticos de las profesiones sanitarias es el nuevo reto que, entre la tradición y los avances científicos, debemos y podemos afrontar. Es verdad que con esta preparación más profunda, quizá, no podremos lograr "éxitos profesionales", pero no olvidemos que todos los perfeccionamientos humanos son finitos, excepto el propio perfeccionamiento personal, que es la más alta

forma de crecimiento que existe. Y es el único camino para encontrar y encontrarse con la verdad —eso significa evangelio— y con la verdad amorosa— eso significa vida.

La *Evangelium vitae* no tiene sustituto fácil. Y no lo vamos a buscar. Lo nuestro es hacer realidad su contenido. Como el poeta García Lorca, podremos repetirnos en un futuro próximo: “me pusiste la luna en las manos, yo, la puse en los espacios”.



Ana Paola Kuthy Rodríguez

Problemas de la salud reproductiva en los adolescentes en México

*Lic. Margarita Pereira Cid**
*Dra. Martha Tarasco Michel***

Resumen

En el presente artículo se hace un claro análisis de la desinformación y deformación de la información que vivimos en México en relación a la salud reproductiva. Se señalan diversos aspectos que el gobierno “manipula” con objeto de establecer una política de control natal, que no presentan la realidad, sino los aspectos que les conviene hacer notar. Se presentan las estadísticas que desmienten algunas aceveraciones tendenciosas y proponen la aplicación de la Evangelium vitae en materia del respeto a la vida naciente. El primer paso en esta labor es educar el respeto a la persona, no sólo el conocimiento de su cuerpo, sino el reco-nocimiento de la esencia humana, mediante actividades de com-promiso y de autorrealización personal. Esto se aplica especialmente a las adolescentes, las cuales son el público meta de las campañas de control natal.

En México, aunque la fecundidad se ha reducido, las mujeres tienen cada vez más jóvenes a sus hijos porque las relaciones sexuales empiezan

* Licenciada en Economía, Coordinadora Administrativa del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac, Ciudad de México.

** Médico, Coordinadora Académica del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud. Profesora Titular de la Maestría en Bioética de la Universidad Anáhuac.

también cada vez más temprano, lo que trae como resultado un gran número de hijos no deseados. Algunas causas de este fenómeno son:

1) *Educación*. No sólo a nivel académico sino en lo que se refiere a formación moral, que oriente a los jóvenes a dar mayor importancia a su formación como personas integrales en las diferentes etapas de su vida.

2) *Condiciones socioeconómicas*. La falta de satisfactores materiales adecuados hace que los jóvenes busquen un alivio a las difíciles condiciones que enfrentan en relaciones esporádicas. El hacinamiento en las grandes ciudades, por ejemplo, fomenta la promiscuidad, no sólo en la población adolescente sino en todos los niveles.

3) *Factores culturales y tradiciones*. El papel de la mujer en México ha sido tradicionalmente enfocado a ciertos estereotipos como el matrimonio temprano, y la educación del varón es considerada más importante que la de la mujer.

4) *Medios masivos de comunicación*. El papel de la televisión en este aspecto es muy importante. Hay una escasez de programas que fomenten la superación personal y una sobreabundancia de otros en los que se trastocan valores. Asimismo, el imperialismo cultural hace que, cada vez más, la juventud mexicana tome como suyos valores importados. Esto, aunado a la falta de madurez y de educación, incide negativamente en su toma de decisiones, ya que no le permite discernir correctamente lo que más le conviene para su desarrollo personal. De ahí que en los lugares donde el acceso a los medios de comunicación es más fácil, el número de hijos premaritales ha aumentado.

El programa económico del Presidente de México, Ernesto Zedillo, propone bajar la tasa de nacimientos a un 1.7%. Sin embargo, por los datos observados y del ejemplo que ofrece Japón —tiene 120 millones de habitantes distribuidos en una superficie igual a la del Estado de Chihuahua y está a la cabeza de los países desarrollados—, cabe hacerse la siguiente pregunta: ¿el problema de México estriba en el número de habitantes, en su extensión territorial o en su nivel de educación?

Introducción

La *Evangelium Vitae* propone una actitud vital por estar esperanzados en una finalidad plena, que para los creyentes es la unión con Dios.

Confrontando estas propuestas existen actitudes antivida, que respecto a la llamada *salud reproductiva* en México pueden evidenciarse con ciertos datos que apuntan hacia políticas de control natal.

Nos dice Gabriel Vera¹ que “para los expertos el único punto que parece urgente es el de disminuir la fecundidad. No importan la alta mortalidad infantil, la desnutrición, la falta de atención médica de la mayoría de la población de los países en desarrollo. No les parece prioritario la desintegración familiar, o la drogadicción, lo único urgente son los programas de control natal.”

Por otro lado, se pretende respetar la voluntad de los esposos en cuanto al número y espaciamiento de sus hijos, pero la verdad de las cosas es que en México el sistema estatal de seguridad social es el que forza de una manera muy clara al control natal. La legislación mexicana en materia de salud indica que siempre deben estar presentes los cónyuges al tomar la decisión de los métodos de control natal y ambos deben ser informados de las opciones existentes. Sin embargo, la realidad es que, para un gran número de mujeres, sobre todo para las usuarias del sistema de salud de la seguridad social, después del segundo embarazo, en la sala de partos, se le pregunta sólo a la madre (que se encuentra en posición ginecológica y rodeada de médicos) si está de acuerdo en que se le realice la salpingoclasia o la colocación del dispositivo intrauterino, sin la presencia de su esposo. Incluso en muchos casos no se le pregunta y se realiza alguna de estas acciones sin su autorización.

Otro hecho que influye es la baja escolaridad, que no permite que la paciente y su cónyuge se cuestionen y cuestionen a su médico sobre la elección que deben realizar.

Por último, el punto más importante en cuanto a la falta de autonomía es el imperialismo científico, que se refleja en el hecho de que la educación médica es solamente aquella que los países del primer mundo nos proponen, especialmente aquellos que por razones económicas tienen más inferencia con nosotros. De tal modo que, por ejemplo en cuanto al conocimiento de los diversos métodos de control natal, todas las facultades y escuelas de medicina se ven obligadas a enseñar lo que la política del gobierno indique. Así, para aprender el método de la ovulación (Billings), específicamente, los médicos deben buscar ser entrenados fuera de sus universidades.

Es claro que, a pesar de que aún no esté legislado el aborto, los programas oficiales de control natal y la permisividad social terminarán por lograrlo, como la consecuencia natural de esta conducta. Uno de los argumentos para lograrlo se basa en reflexiones sobre morbilidad materna.

La mortalidad materna es un problema de salud pública, así como un indicador sensible de la calidad de los servicios de salud obstétricos, condiciones socioeconómicas y nivel de desarrollo.

Actualmente hay 500,000 muertes maternas en todo el mundo, 10,000 en países adelantados y las restantes en países subdesarrollados.⁸ Las tasas de mortalidad materna han sido relativamente elevadas y de lento descenso: 57.97% en 1989 y 45% en 1994, por cada 100,000 nacidos vivos.² La proporción de muerte materna es mayor en mujeres sin educación primaria y en el ámbito rural.

**Datos de 1994 mortalidad materna
(tasa por 100, 000 nacidos vivos)**

PRE ECLAMPSIA ECLAMPSIA	14%	2,7
HEMORRAGIA	6%	
ABORTO	4%	
SEPSIS	2%	

En México la mayor parte de las muertes maternas se deben a las condiciones socioeconómicas del país, ya que no está garantizada la atención materna y las mujeres no cuentan con una adecuada alimentación ni antes ni durante el embarazo, así como una adecuada atención médica que garantice un parto sin riesgo. Por lo anterior, promover el aborto como solución es no ver la verdadera causa de mortalidad.

En cuanto a la morbilidad en México, el 41% de las mujeres embarazadas padecen anemia.

Se conoce el dato que el 60% reciben atención prenatal y el 69% tienen un parto asistido por personal capacitado.⁸

Hay 200 muertes maternas por 100,000 nacimientos.

Situación en las adolescentes

La fuente estadística expuesta proviene de la "Reunión Internacional sobre Fecundidad Adolescente de América Latina y el Caribe" de 1985 y 1989. Posteriormente se concluirá sobre algunos aspectos preventivos que tanto la bioética como las ciencias de la familia puedan ofrecer a la sociedad en general, pero sobre todo al adolescente.

Hay que advertir que para la OMS los adolescentes se consideran de los 10 a los 19 años, mientras que para la ONU son los que tienen de 15 a 24 años.

En el último censo poblacional de México de 1990, el 25% de la población eran adolescentes (20.1 millones de adolescentes).¹

De toda la población en edad fértil (15 a 49 años) el 23.5% (4.9 millones) son adolescentes entre 15 y 19 años.

Las cifras reales de vida sexualmente activa se desconocen, pero las campañas sanitarias se dirigen a los jóvenes como si la mayoría fueran sexualmente activos. Esto tiene una repercusión muy importante, porque el adolescente que aún no ha tomado ninguna decisión al respecto se siente no sólo invadido por ideas, sino sobre todo presionado a seguir un modelo determinado, que probablemente no hubiera elegido por sí mismo.

Se ha observado que la llegada del primer hijo para la adolescente condiciona que ésta busque una unión emocional estable. Las mujeres mexicanas se unen a temprana edad (a los 19 años casi 2 de cada 5 mujeres ya se ha unido y a los 24, 3 de cada 4 ya lo ha hecho).

Las mujeres sin escolaridad se involucran cada vez menos en una unión estable, aunque se unen a menor edad:

Sin escolaridad a los	16.6 años
Escolaridad secundaria a los	18.1 años ² .

Sin embargo, cada vez lo desean menos, por exigir más a nivel material en relación a su lugar de residencia. En áreas metropolitanas se estabilizan en una unión afectiva a una edad más tardía que en zonas rurales. Esto está cambiando probablemente debido a las condiciones precarias de vida en el campo, pero sobre todo debido a la invasión de sectas protestantes que proponen un estilo de vida mucho más materia-

lista, siendo incluso más fácil el que lleguen a aceptar los medios de control natal que ofrece el gobierno, y por consiguiente a no desear casarse.

La presencia de embarazo a edades tempranas interrumpe la educación formal de las jóvenes o afecta su productividad laboral. Este hecho nunca es mencionado en campañas sanitarias, en cambio, se les informa sobre los peligros para su salud y su desarrollo biológico, e inclusive en las comunicaciones científicas se maneja este hecho y se toman decisiones de política y de economía sanitaria basadas en esta falacia. Si bien es cierto que existen riesgos, en realidad no son los así señalados.

El problema se agudiza de manera importante cuando estas políticas se aplican a adolescentes, que además de lo anteriormente expuesto, no poseen una madurez emocional y un criterio para decidir sobre su conducta sexual.

De las adolescentes entre 15 y 19 años el 14% tiene al menos un hijo, al igual que el 53.3% de las mujeres de 20 a 24 años.²

La llegada del primer hijo es más temprana en adolescentes con menor escolaridad y que viven en medios rurales: las adolescentes sin escolaridad tienen su primer hijo a los 17 años y las que tienen por lo menos secundaria a los 18.6 años. Por otro lado, se observa un decremento paulatino de la edad en zonas metropolitanas. Este hecho aislado es el principal motivo de las campañas masivas de comunicación contra la fecundidad adolescente.

Una proporción considerable de los embarazos adolescentes son premaritales y no deseados, lo que es mayor en las mujeres de 15 a 19 años (35%) que en las de 20 a 24 años (30%), habiéndose duplicado la cifra en una década (del 17% al 35%), seguramente debido al incremento de la actividad sexual de las adolescentes. A pesar de este dato, no sólo no se promueve la abstinencia, sino que al proponer el uso de contraceptivos de cualquier índole, se presupone una vida sexualmente activa y esto es una presión para el adolescente.

Como dato anecdótico al respecto, la Casa Máxima de Estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México, elaboró el sexenio pasado un proyecto para construir un hotel para los alumnos, no como alojamiento, sino para tener un lugar para realizar actividades sexuales, en donde además se les proporcionarían preservativos y ayuda contraceptiva, aduciendo las razones ya mencionadas y el evitar las enfermedades de

transmisión sexual. Sin embargo, probablemente debido a la actual crisis económica, no se ha llevado a cabo el proyecto.⁹

Esta forma de pensar sólo implica una cosa y es que ni siquiera existe una leve reflexión sobre el hecho de que la actividad sexual no sea una necesidad biológica, ni tampoco sobre lo que se evidencia en los hallazgos estadísticos, y así podemos recordar el concepto vertido en los números 19 y 20 de la carta *Evangelium Vitae*: “la libertad reniega de sí misma, se autodestruye y se dispone a la eliminación del otro cuando no reconoce ni respeta su vínculo constitutivo con la verdad. Cada vez que (esta) se cierra a las evidencias primarias de una verdad objetiva y común,... la persona acaba por asumir como única e indiscutible referencia para sus propias decisiones... sólo su opinión subjetiva y mudable (con lo que) la convivencia social se deteriora profundamente. (Porque) si la promoción del propio yo se entiende en términos de autonomía absoluta, se llega inevitablemente a la negación del otro, considerado como enemigo de quien defenderse.

La fecundidad de las adolescentes es de 8 nacimientos anuales por cada 100 mujeres, teniendo que señalarse que en esta cifra no están descritos los embarazos que terminan en aborto.

Para lograr el descenso de la fertilidad el Estado ha visto que deben existir 4 determinantes: 1) cambios en la nupcialidad, 2) anticoncepción, 3) aborto inducido 4) período posparto no susceptible de embarazo, en el cual la lactancia tiene un papel preponderante.

Los cambios de nupcialidad promovidos por el Estado son ambiguos. Por un lado se conoce el hecho estadístico de que la relación estable y responsable incrementa la posibilidad del espaciamiento de los hijos por las necesidades económicas, y que la práctica anticonceptiva se ha estado incrementando en este tipo de uniones, lo cual es lo que el Estado desea. Pero por otro, se promueve la unión inestable de una manera muy sutil, porque la información es dada de manera implícita (por ejemplo la infidelidad) y así quien lo escucha no necesita razonarlo y lo acepta como una verdad absoluta.

Se observa que el 64.6% de los hombres entre 15 y 24 años ya han tenido al menos una relación sexual, a diferencia de las mujeres que, a la misma edad, conforman un 26.3%. En cuanto al uso de anticonceptivos en la primera relación es bajo (35.8% mujeres y el 32% de los hombres), siendo el ritmo y el *coitus interruptus* los métodos más usados por los

adolescentes al inicio de sus relaciones, lo que conlleva una alta probabilidad de embarazo. El grado de información que estos tienen es bajo, y por ignorancia los adolescentes prefieren el uso de anticonceptivos que no requieren prescripción médica, principalmente el ritmo.^{3,4,5,6}

El Instituto Mexicano del Seguro Social reporta que de las adolescentes de 15 a 19 años con unión estable:

- 29.1% son usuarias de anticonceptivos
- 23.1% no conoce ningún método
- 49.6% son embarazadas

Los métodos anticonceptivos más usados son:

Dispositivo Intrauterino (DIU)	54%
Fármacos orales	19%
Ritmo y <i>coitus interruptus</i>	17%

Hay que hacer notar que el DIU se promociona como anticonceptivo cuando en realidad es abortivo, al igual que los fármacos orales, mientras que se asocia el ritmo y el *coitus interruptus* como medios naturales de control natal.

El aborto inducido no es aceptado por la legislación mexicana, excepto por cuestiones de salud materna o por violación, pero el hecho es que se promueve la mentalidad abortiva en todos sentidos.

Uno de los argumentos preferidos para inducirlo en la adolescente es que la mortalidad infantil en los embarazos de adolescentes es mayor:

- 15 a 19 años 63.1×1000 niños
- 20 a 24 años 53.0×1000 niños
- 30 a 39 años 57.1×1000 niños²

y que existe mayor probabilidad de que el niño tenga bajo peso al nacer. En cambio se suele omitir el dato de que la mortalidad perinatal aumenta con la edad de la madre.

Un punto importante a señalar es que los programas de medicina en materia de anticoncepción tienen un sesgo hacia esta. Se enseña que existen métodos naturales, pero no se entrena al alumno en ellos, por lo que aún con la mejor buena voluntad del futuro médico, al no sentirse seguro, por la ignorancia del método, no podrá promover la utilización de los métodos naturales, y como ya se mencionó, para aprenderlos debe adiestrarse fuera de su instituciones de enseñanza.

Conclusiones

Con todos estos datos podemos concluir que para aplicar la *Evangelium Vitae* en materia de respeto a la vida naciente se requiere prevenir el aborto sobre todo en las mujeres jóvenes. Justamente el hecho de que la tendencia de la política poblacional se dirija especialmente a los adolescentes, sobre todo a la mujer, debe darnos la clave para el diseño de un proyecto de prevención en esta edad.

Así, diremos que en primer lugar se debe educar el respeto a la persona, que implica no sólo el conocimiento de su cuerpo (que de todas maneras hará el Estado), sino el reconocimiento de la esencia humana. Esto puede fomentarse a través de la formación académica, pero más que nada a través de actividades de compromiso y de autorrealización personal.

El adolescente atraviesa una etapa crítica de necesidad de aceptación grupal y de necesidad de autoafirmación. Tener éxito es siempre deseable en la vida, pero la adolescencia es la base para la adquisición de la seguridad personal. Por ello, las actividades de compromiso, tanto social como apostólico, desencadenan por sí mismas la prueba que el adolescente necesita para medir sus fuerzas, para ser aceptado en grupo y visualizar metas que él mismo admira y por las que es admirado, llegando así a la madurez afectiva que implica la donación.

Junto a esta idea está la de luchar por la formación de la conciencia. Aquí los padres y los educadores juegan un papel fundamental. Toda aquella actividad que fomente los límites, la claridad y la estabilidad de las reglas, así como un ejemplo a veces heroico de los formadores, llevará a la autoexigencia del adolescente, desde una correcta escala de valores.

En esta escala de valores debe destacar, claramente, el empleo adecuado de la libertad dirigida hacia la responsabilidad, tanto consigo mismos como con el otro, y con la actividad genital misma, sabiendo que un hijo puede ser llamado a la vida.

No se trata de luchar contra una ideología, sino sobre todo de promover la dignidad de la persona a través del conocimiento de su grandeza, de su finalidad y de su objetivo en la vida. Consideramos que esto ayudaría no sólo a las adolescentes, sino al país mismo, y que el problema de la sobrepoblación dejaría de serlo, e incluso existiría una con-

ciencia real de la fecundidad; se promovería, necesariamente, una actitud responsable hacia la misma.

Referencias bibliográficas

- ¹ *Censos de población y vivienda en México* (1990)
- ² *Encuestas sociodemográficas nacionales* efectuadas en 1976,1979,1982 y 1987
- ³ *Encuesta nacional a estudiantes de secundaria y preparatoria* (1988).
- ⁴ *Encuesta sobre el comportamiento reproductivo de los adolescentes del área metropolitana de la Ciudad de México* (1988).
- ⁵ *Encuesta de adolescentes en las Delegaciones de Iztapalapa y Venustiano Carranza en el D.F.* (1985)
- ⁶ *Encuesta con parejas jóvenes de Cuajimalpa* (1987)
- ⁷ Dirección General de Estadística de la Subsecretaría de Planeación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (1989-1993)
- ⁸ *Informe de 1995 sobre la marcha del mundo hacia una población estable* de POPULATION ACTION INTERNATIONAL. Jornadas de paternidad responsable (24 al 28 de julio de 1995) del INSTITUTO MEXICANO DE DOCTRINA SOCIAL CATOLICA (IMDOSOC) y del INSTITUTO DE PASTORAL FAMILIAR JUAN XXIII.
- ⁹ DRA. MA LUZ CASAS, Coordinadora de atención Médica de la Clínica de Hematología y VIH, UNAM. COMUNICACION PERSONAL.

Cirugía estética y culto a la belleza en la sociedad contemporánea

*Ilaria Guidantoni**

Resumen

La autora del artículo, después de subrayar las cuestiones éticas que suscita el recurrir a la cirugía plástica reconstructiva y estética, argumenta la tesis según la cual la obsesión por la belleza se originaría en un malestar afectivo ligado a una cultura violenta y artificial del eros, que lleva al individuo a cambiar su propio físico porque tiene miedo a una comunicación auténtica más allá del intercambio de imágenes.

El estudio, que se mueve en el ámbito de una investigación ético-social y psicológica, pone en evidencia la universalidad del mito de la belleza en la cultura humana y el actual auge de la cirugía plástica estética. Esta es analizada desde el punto de vista de su impacto social y técnico-científico, poniendo particular atención a la relación especialista-paciente. La autora, tras aludir a los problemas médico-legales específicos e ilustrar la moderna visión de la corporeidad —fuertemente basada en el ideal de salud y de eros—, aborda la discusión ética sobre la licitud y los límites de la cirugía plástica estética. Según el artículo, este tipo de cirugía evidenciaría una crisis de los valores afectivos, sobre todo al interior de la vida de pareja; crisis que ha promovido la idolatría del cuerpo hasta tal punto que se ha vuelto una

* Doctora en Filosofía, especializada en Bioética en la Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma.

obsesión y una condición ineludible para ser amados. Se definen, luego, como éticamente ilícitas las intervenciones de cirugía plástica en orden a la reasignación del sexo, a la modificación de los rasgos del rostro en las personas buscadas por la ley o la alteración de los rasgos somáticos típicos de una raza. El artículo concluye afirmando la necesidad de una recuperación de la unitotalidad del ser persona en relación con la corporeidad y el concepto de belleza.

El porqué de la cirugía estética: justificación de una curiosidad

Para acercarnos a un campo nuevo del saber es importante que exista una curiosidad acuciante, que nazca dentro de uno mismo una pregunta que no encuentra respuesta. Ha sido precisamente una inquietud personal la que nos indujo a explorar acerca del sentido de la belleza, con la principal intención de encontrar una solución a esa sensación de malestar en la relación con la propia corporeidad.

De hecho, la comprobación de una ausencia de comunicación “sensual”, al margen de los estereotipos sociales y de las apariencias, es devastadora. Es necesario entender, entonces, que no existe “belleza” para quien no tiene serenidad, para quien no es capaz de comunión.

Ha sido el conflicto entre la necesidad de ser amados y la voluntad de mantener la dignidad propia y de seguir a la naturaleza, el que ha llevado a quien esto escribe a evaluar lo que hay en el trasfondo de la belleza creada por la cirugía plástica estética: la belleza auténtica se conquista solamente en el reconocimiento de la mirada ajena, pero no a través de la mirada obsesiva de quien reconoce sólo el ideal codificado de la belleza. Sólo la comunicación y el juego de la seducción son los que crean la belleza.

La cirugía plástica reconstructiva y la cirugía plástica estética abordan un problema social y psicológico muy relevante en el mundo actual, desde el momento en que se insertan en la relación de la persona con su propia corporeidad como expresión de la salud y, más en general, del bienestar, de la comunicación tanto social como íntima.

A la bioética, en cambio, compete el diálogo difícil, presente en el mundo actual, entre naturaleza y técnica, conflicto alentado por el progreso vertiginoso de la ciencia, en este caso de la medicina. ¿Cuándo y hasta qué punto es lícito proceder a una intervención para corregir y modificar la naturaleza?

A nivel metodológico, además, representa un buen observatorio para la bioética porque remite, primero, al problema del consentimiento informado, sobre todo cuando no existe una situación de urgencia o, a veces, ni siquiera la necesidad misma de la intervención; segundo, a la evaluación de la relación costo-beneficio, si la finalidad de una intervención es “exclusivamente” estética; tercer, al análisis de la relación médico-paciente que no debería agotarse en un intercambio de requerimientos y prestaciones, sino en la interpretación de la enfermedad “psicológica” del paciente, temas de interés primordial en el terreno bioético.

La presente investigación no pretende profundizar desde el punto de vista médico-científico, y menos aún técnico, en la cirugía plástica estética, sino que quiere ser una investigación socio-ética y psicológica, en un campo en continua expansión, que interesa primordialmente al universo femenino.

La tesis en torno a la cual gira el estudio está representada por la convicción de que la obsesión por la belleza se origina en un malestar afectivo vinculado a una cultura violenta y artificial del *eros*, que deforma la naturaleza porque tiene miedo a una comunicación auténtica más allá del intercambio de imágenes.

De la cosmética antigua a la moderna cirugía plástica estética: breve perfil histórico

Desde siempre, la humanidad ha alimentado el sueño de la eterna juventud, y el arte de la cosmética era común entre las tribus primitivas. Es conocido el tratado sobre cosmética del poeta latino Ovidio Nasón, que vivió en la época de Augusto, titulado *De medicamine faciei feminae* del cual nos han llegado sólo unos cincuenta dísticos.

En la antigüedad —pensamos sobre todo en la civilización egipcia—, el arte de la cosmética y del ornamento eran prerrogativas masculinas, como emblema de su superioridad social.

Todas las civilizaciones antiguas dedicaron atención a la estética, haciendo con frecuencia de la belleza un objeto de culto. Con el advenimiento de la cultura cristiana la mujer se afirma como depositaria privilegiada de la belleza: el paradigma cultural y el sistema de valores han cambiado, subrayando el valor sagrado de la vida de la cual la feminidad es nutricia. La belleza ya no está tan ligada a los cánones clásicos de tipo artístico, enfatizando el elemento armónico de las proporciones matemáticas de clara derivación pitagórico-platónica. La correlación de la belleza con la salud o la fuerza física es substituida por la gracia y el encanto, y el elemento subjetivo se torna preponderante. La belleza femenina encarna bien en la figura de la madre, o en la de la mujer que ama. En siglos posteriores, el ideal de la belleza de la persona se buscará unas veces en el elemento proporcional que se remite a un modelo apriorístico (la “belleza atlética”), y otras veces en la fascinación subjetiva, en el género de lo agradable y de lo característico.

Las concepciones “naturalista” y “romántica” siguen siendo todavía los dos paradigmas fundamentales a los cuales referirse aun cuando la belleza no se puede reducir ni al vigor de la salud ni a la fascinación sutil del *eros*.

El hombre no se ha limitado a contemplar la belleza, sino también a crearla —con ayuda de la cosmética primeramente y de la cirugía plástica estética después—, con una finalidad tanto reconstructiva como estética. La cirugía plástica nace en realidad en los albores de la civilización, aunque sólo a finales del siglo pasado se puede comenzar a hablar de esta disciplina como una ciencia.

Mucho se ha discutido sobre la licitud de la cirugía plástica estética, no habiéndose aceptado todavía con unanimidad la distinción profesional entre la cirugía plástica estética y la reconstructiva.

En efecto, bajo el nombre genérico de “Medicina estética”, a menudo se incluyen tratamientos que competen únicamente a la cosmetología. Tampoco a nivel jurídico es fácil ubicar la cirugía plástica estética, al faltarle la connotación esencial del principio terapéutico, por lo menos en la acepción común.

Los primeros vestigios de operaciones quirúrgicas con una finalidad reconstructiva y estética se remontan a unos 3,000 años aproximadamente. En el *Papiro Smith*, por el nombre del inglés que lo encontró, se cuenta que las fracturas de la nariz eran reducidas por medio de una contención

con una especie de yeso, de manera que la nariz, contenida en una valva rígida, mantuviera sus características. Entre los mismos asirio-babilónicos y los indios, la rinoplastia estaba difundida porque tanto a los prisioneros de guerra como a las adúlteras se les amputaba la nariz. En el *Sushruta Samhita*, un texto en tres volúmenes que recoge una enciclopedia completa de medicina, perteneciente a los *Vedanta* (escrito probablemente en torno al año 2000 antes de Cristo), se describe minuciosamente una reconstrucción nasal.

En Europa esa práctica india no era conocida antes de 1880, difundándose posteriormente en 1886-1887 gracias a una carta aparecida en el periódico inglés *Gentleman Magazine*. El hecho no debe sorprender porque tales operaciones se llevaban a cabo en secreto, pero sucedió, cosa excepcional, que un europeo pudo asistir a una operación practicada por un cirujano Maharat, perteneciente a la casta de los alfareros (los que fabricaban vasijas de barro).

Es sólo en 1886, sin embargo, cuando se puede comenzar a hablar de una intervención de rinoplastia en sentido moderno. Por otra parte, la nariz ha sido considerada desde siempre un elemento esencial en la valoración de la belleza, por su posición central y relevante en el rostro. Entre los antiguos persas, por ejemplo, si alguien tenía una nariz curva y deforme no podía sentarse en el trono.

La ciencia fisiognómica ha atribuido incluso una correspondencia entre las formas de la nariz y los rasgos del carácter, distinguiendo cinco clases de nariz en relación con la raza y con la forma: 1) *nariz romana*, que indica espíritu práctico y vigoroso; 2) *nariz griega*, símbolo de refinamiento; 3) *nariz hebrea*, indicio de propensión al comercio y al lucro; 4) *nariz respingada*, sinónimo de dulzura y falta de desarrollo; 5) *nariz china*, señal de curiosidad.

Concurren mayormente a establecer el modelo estético de la nariz la simetría de la misma y la proporción en el conjunto del rostro.

También la blefaroplastia, o sea la cirugía relativa a los párpados superiores, era practicada por los árabes en torno al año 1000, al ser un pueblo dotado de amplios conocimientos en materia de óptica y oftalmología.

El cirujano Albucasis (936-1013), originario de la ciudad de Zara, cerca de Córdoba, en España, es el autor de un importante tratado de cirugía plástica estética titulado *Al Tas'rif*, en el que se dedica todo un

capítulo a la “Cauterización para el relajamiento de los párpados” (cap. 15, vol. II).

En Italia los primeros intentos de cirugía plástica se remontan al año 1200: en Sicilia los hermanos Branca practican la rinoplastia según el método indio, aunque se les puede seguir calificando como “médicos brujos”. Desde Sicilia la cirugía plástica se difunde por Calabria y en Tropea la familia Viano lleva a cabo reconstrucciones faciales, siempre a nivel artesanal: se habla, efectivamente, de *magia trapesinorum*.

La difusión de las prácticas orientales en el Mediodía italiano se debe probablemente al tráfico oriental de los mercaderes árabes y hebreos que, a través del Magreb, llegaron a Sicilia. Los principios de la cirugía plástica estética como ciencia comienzan con Gaspare Tagliacozzi, profesor de Anatomía y Medicina Práctica en la Universidad de Bolonia, entre finales del año 500 y principios del 600; es el autor del famoso tratado *De curtorum chirurgia per insitionem* (traducido como *La cirugía de las malformaciones mediante injertos*), considerado el primer documento científico en la materia, que sigue resultando interesante. Este tratado fue objeto de ásperas críticas por sus contemporáneos, tal vez por motivos de orden religioso. (Era la época del Concilio de Trento, el paradigma cristiano en su acepción más radical no permitiría al hombre modificar su propia imagen creada a semejanza de la divina, si no fuera por un acto de soberbia).

En este clima se comprende la dificultad que encontraron los primeros cirujanos plásticos para afirmarse. Después de los primeros progresos se asiste a un largo período de latencia hasta la primera guerra mundial, cuando un cirujano ortopédico alemán, Josef, inició la reconstrucción de la nariz, dictando nuevas reglas que todavía están vigentes. Así, en Berlín se hace operante la cirugía plástica en sentido moderno y Dieffenbach acuña la expresión *plásticas quirúrgicas* (del griego *plazeîn*, modelar).

Los daños estéticos y funcionales como consecuencia de la primera guerra mundial contribuyeron a un notable desarrollo de la cirugía plástica reconstructiva. Sucesivamente se han ido afirmando las escuelas inglesa, francesa y escandinava, encabezada por Skooge, especializado en malformaciones.

La cirugía plástica americana presenta dos direcciones: la estadounidense, especializada en el rostro y la argentina y brasileña —encabezada

por Pitanguy—, especializadas en el cuerpo, como es fácilmente comprensible por motivos climáticos.

Desde los años sesenta se asiste, de todos modos, a una universalización de los resultados, con la emancipación de la cirugía plástica estética respecto a la reconstructiva, siguiendo una trayectoria que ha suscitado diversos debates.¹ Recientemente se asiste a un gran regreso de la cirugía plástica en Europa, donde se ha difundido en el mundo profesional, marcadamente en el del espectáculo y el de la política, después del predominio de las escuelas estadounidense y brasileña.

La dificultad para que la cirugía plástica, sobre todo estética, se afirme a gran escala en Europa y particularmente en Italia, se debe en parte al sistema legislativo, al cual basta con aludir por el momento. Por el contrario, en Brasil el sistema jurídico es una garantía preferentemente para al médico, que encuentra ahí el lugar ideal para experimentar nuevas técnicas; los pacientes tienen muy pocas posibilidades de inconformarse con los médicos, y desafortunadamente los fraudes y errores quedan impunes.

En Italia, en cambio, el fallo de una impugnación favorece generalmente al cliente. Es frecuente también la charlatanería en detrimento de la ética deontológica y del secreto profesional en el respeto al paciente, en beneficio de la publicidad y en un ambiente predispuesto a la exageración de la imagen.

Los modelos americanos siguen fascinando, y precisamente de Estados Unidos llega el nuevo impulso para la “cirugía de la seducción”: desde 1981 a 1989 la práctica de la cirugía plástica estética tradicional se ha duplicado, situación que está determinada por ciertos factores culturales. Nuestra cultura, en todo caso, se está adecuando al concepto de belleza como conjunto de proporciones “vistosamente” físicas, con el riesgo, denunciado por los mismos cirujanos plásticos que actúan seriamente, de despersonalizarse en “cuerpos de lambda”, realizados en serie. La duda que surge de la tendencia a una homologación colectiva semejante es qué tipo de persona existe detrás de un cuerpo vivido como algo artificial y de “otro”.

Una investigación del Censis que data de 1989 confirma el ascenso del tema “salud” en la escala de valores, con una acentuación de los aspectos psicológicos y relacionales, así como la tendencia a identificar a la salud con la longevidad y el bienestar general de la persona.²

Al bienestar se le reconoce una doble valencia: la eficiencia y la prestancia, que se remite a la belleza. Cada vez más, la salud es asociada a la belleza incluso por el aspecto de reconocimiento social concomitante y que se vuelve determinante en una sociedad en la cual domina la imagen. Consideraciones de este tipo son importantes a fin de no reducir la cirugía plástica estética a una serie de intervenciones encaminadas a satisfacer el capricho de señoras acomodadas y a noticias de revistas del corazón. El problema concierne, en cambio, al concepto de la corporeidad, de la salud en las relaciones afectivas y sociales de la sociedad entera.

Perfil del cirujano plástico estético. El modelo estadounidense

La cirugía plástica tiene dos funciones esenciales, a menudo correlacionadas y dependientes entre sí: la reconstructiva y la estética.

El daño funcional puede comportar, en efecto, también un daño estético y fisiognómico; y viceversa, un daño estético a menudo esconde una enfermedad, como es el caso del acné y de la lipoesclerosis, comúnmente llamada “celulitis”. Importa hacer otra precisión: en esta rama de la cirugía no se aplica el principio terapéutico en sentido estricto, especialmente por lo que se refiere a la cirugía plástica con fines “exclusivamente” estéticos. En este caso, el aspecto curativo está vinculado a un malestar psicológico aunque entra en la categoría de la “enfermedad”, según la concepción holística de la salud, como condición de la persona y no como atributo, simplemente. En Italia el *currículum* académico prevé la consecución del doctorado en Medicina y, sucesivamente, la especialización en cirugía plástica con una duración de cinco años. Generalmente, después la profesión se orienta hacia la cirugía plástica reconstructiva o hacia la cirugía plástica estética, de modo casi exclusivo. La gran dificultad del aprendizaje de la cirugía plástica estética en Italia parecería estar determinada por una cierta carencia de ética profesional, como consecuencia de la cual los grandes profesionales de la cirugía no siempre estarían dispuestos a enseñar y divulgar las técnicas, obligando a los jóvenes médicos a aprender en el extranjero. El aprendizaje, por lo demás, es muy largo y complejo, porque la cirugía plástica requiere un elevado tecnicismo respecto a los otros campos de la medicina.

Como en el arte de la escultura, existe un momento interpretativo en el que juega un papel considerable también el “gusto” personal, y un

momento de realización técnico de plasmación que, gracias a la evolución del saber, va hacia procesos de sofisticación cada vez más detallados. Por ejemplo, al desarrollo de la cirugía plástica ha contribuido de manera determinante el perfeccionamiento de los procesos de cicatrización.

Para entender la “ubicación” e incluso el valor de la cirugía plástica estética dentro de la medicina y, en general, en relación con el problema de la salud, es útil recorrer las etapas de la afirmación de la autonomía de esta especialización. Según Robert Scheer, la afirmación de la cirugía plástica estética puede definirse como una auténtica “revolución”, interviniendo incluso la concepción de la corporeidad.³

En 1979, recuerda Scheer, un grupo de cirujanos plásticos decidió que era necesaria una nueva especialización llamada cirugía plástica, la cual se ha venido distinguiendo de la cirugía plástica reconstructiva tanto por la complejidad de la especialización como por los numerosos procedimientos de exclusiva competencia “estética”.⁴ Los protocolos americanos de las especializaciones médicas no incluyen el protocolo de la cirugía plástica estética, y los representantes de la *American Medical Association* (AMA) afirman que esta “es una práctica médica aceptada” y, podríamos añadir, simplemente aceptada, no reglamentada de manera específica, porque es difícil establecer sus límites de competencia —tanto para la reconstrucción como por fines estéticos— respecto a otros campos médicos específicos.

Como es fácil de entender, se trata de una cirugía no localizada, que puede interferir con todos los órganos y los aspectos funcionales del cuerpo.

La *American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons* (ASPRS) ha reconocido y definido el estatuto científico de la cirugía plástica, con la firma de cerca de 3,000 médicos representantes y el reconocimiento de la *American Board of Medical Speciality* (ABMS); aprobada por la AMA, desde 1941 se decretó la autonomía de la cirugía plástica reconstructiva como especialización médica. Más lentamente se ha afirmado la independencia de la cirugía plástica estética.

El *curriculum* académico vigente en Estados Unidos prevé, después del doctorado en Medicina, por lo menos tres años de entrenamiento en cirugía general, o bien, el certificado de especialización en cirugía otorrinolaringoyátrica u ortopédica; sucesivamente se ha requerido un programa, de dos o tres años de duración, de residencia en cirugía plástica

primero, con un examen final escrito de calificación, superado el cual se puede sostener el examen oral y someterse a la verificación de aptitudes tanto profesionales como éticas. Para inscribirse en la ASPRS se exigen requisitos adicionales como, por ejemplo, suscribir un código ético. El modelo estadounidense requiere, en cualquier caso, la especialización en cirugía plástica y una ulterior especialización sectorial, como la cirugía plástica estética. Las especializaciones importantes a los fines de la cirugía plástica estética son la ginecología, la dermatología y la cirugía maxilo-facial. Hasta ahora, la misma realidad estadounidense presenta aspectos no completamente claros, porque no todas las instituciones que reconocen la cirugía plástica reconstructiva como especialización autónoma proceden en el mismo sentido en relación con la cirugía plástica estética. Las mismas certificaciones pueden tener valencias ligeramente diversas según la institución que las expide. La razón de tales normas académicas, de todos modos, estriba en la necesidad de ofrecer garantías al paciente.

Procedimientos y tratamientos de la cirugía plástica estética⁵

La gama de tratamientos y de intervenciones ligadas a la medicina estética y, en particular, a la cirugía plástica estética, es muy amplia y va en aumento porque busca técnicas cada vez más sofisticadas para mejorar la calidad de la intervención (tal es el caso de la lipoescultura respecto a la liposucción). Además de una serie de tratamientos de tipo puramente cosmético, existen terapias de higiene y masaje de carácter médico, que tienen un relieve más bien superficial de cuidado.

En la cirugía plástica estética se dan dos tipos de intervenciones fundamentales: una, para restablecer el estado fisiológico superficial del cutis, naturalmente sometido a envejecimiento; la otra interviene, en cambio, en la estructura cuticular, como ocurre en la ortodoncia o en la ortopedia.

Las implantaciones de silicona, la clitoridectomía, la infibulación, la circuncisión, son tratamientos que necesitan una clarificación de orden cultural y ético y, por tanto, se prefiere tratarlos más adelante.

Por lo que concierne a la ortopedia, el razonamiento está primordialmente vinculado a la recuperación funcional de una situación de altera-

ción, como la escoliosis, el tórax carenado o las deformidades de los miembros inferiores.

En relación con la odontoyatría y la gnatología —que se refiere al “fenómeno boca”—, el aspecto funcional y estético se aúnan necesariamente, girando en torno a la masticación en cuanto función principal de la boca (desde los dientes de leche hasta la caída de los dientes en edad avanzada).

En cuanto al rostro, para obtener un rejuvenecimiento se recurre al *lifting* “parcial” o “total”: las arrugas del rostro son corregidas mediante *lipofilling*; las arrugas tratadas con trasplante autólogo de tejido conjuntivo; la relajación cutánea, mediante el desprendimiento, la tracción y el reposicionamiento del cutis.

Al *lifting* casi siempre se le asocia la blefaroplastia superior o inferior, o bien el *lifting* de los párpados y, cuando es necesario, se efectúa un *lifting* frontal subperiosteal con una intervención que puede efectuarse con anestesia tanto general como local. El resultado final varía de un rostro a otro. Y aunque ciertamente el proceso de envejecimiento no se detiene, en cualquier caso el rostro puede ser retocado pasados algunos años con una intervención con anestesia local.

Existen tratamientos más “suaves” que el *lifting*, como el *peeling* químico y mecánico, o la dermoabrasión, utilizados en general en los cuidados del acné con una finalidad tanto terapéutica como estética. Una técnica nueva para el rejuvenecimiento lo representa el *myolifting*, intervención que puede ser considerada como un *lifting* natural mediante una microestimulación computarizada, puesta a punto para curar las parálisis faciales y acelerar la rehabilitación de deportistas accidentados; prevé un tratamiento indoloro, más aún, agradablemente relajante, que se puede practicar tanto en el rostro como en el cuello. Otra técnica más avanzada que el *lifting* facial es la llamada *deep plane*, cuya ventaja más evidente respecto al tratamiento tradicional está en el resultado del pliegue naso-labial.

El rostro puede ser objeto de otras intervenciones quirúrgicas como la *rinoplastia* y la *otoplastia*, así como por la introducción de implantes de silicona para los labios.

La *rinoplastia*, practicada también con fines estéticos, tiende a facilitar la respiración. Las cicatrices son invisibles porque las incisiones se llevan a cabo por dentro de la pared nasal. La operación puede efec-

tuarse también con anestesia local, con resultados generalmente definitivos.

La *otoplastia*, o sea la corrección de las orejas “de soplillo”, puede efectuarse desde la primera década de vida en adelante, esto es, cuando las estructuras tegumentarias y cartilagosas del oído han completado su desarrollo, con una intervención de poca entidad.

El seno para la mujer es seguramente muy importante y fuente, a veces, de no pocos problemas psicológicos, en cuanto que es un elemento relevante desde el punto de vista estético. Los problemas de orden morfológico-estético son múltiples: desde las hipoplasias mamarias, a las amastias totales; desde las reducciones de tono por flaccidez posgravídica, o los aumentos volumétricos yatrogénicos (hormonas) o debidos a obesidad, hasta la ablación quirúrgica como consecuencia de neoplasias malignas. El busto es también el símbolo de la maternidad por la función de la lactancia.

Tanto la *mastoplastia* aditiva como la reductiva no comprometen en modo alguno la lactancia, aunque se aconseja posponer cualquier intervención hasta después del período de amamantamiento, para evitar, en todo caso, resultados estéticos no definitivos. Además, se debe poner particular atención al problema de las cicatrices.

También deben tomarse las oportunas precauciones para evitar comprometer el resultado de la operación, como reducir al mínimo los esfuerzos que movilicen los músculos pectorales y los movimientos de abducción de los brazos y del tórax. Por lo que se refiere a lesiones más superficiales del seno, en especial los desgarros, existen tratamientos con láser que pueden ser efectuados en todo el cuerpo.

La cirugía relativa a los senos plantea el problema de las implantaciones con silicona y con colágeno. Este último es una proteína común a todos los animales, constituida por un filamento robusto de tejido elástico con el que se ha tejido el estrato de revestimiento por debajo de la piel, la dermis, y las estructuras que conectan entre sí a los órganos internos; de aquí el nombre de tejido “conectivo” o conjuntivo. La fuente de colágeno para el hombre lo representa el colágeno bovino, prácticamente idéntico al humano. Esta semejanza —que garantiza, casi siempre, la biocompatibilidad con el organismo humano— es asimismo origen de posibles reacciones alérgicas, incluso graves (cerca del 3 por ciento de la población es alérgica al colágeno).

Antes de que se diera la alarma sobre el colágeno, se había desatado una amplia polémica acerca de la silicona, polémica que no ha concluido todavía. En 1976 la estadounidense *Food and Drugs Administration* (FDA) sancionó la jurisdicción sobre los medios médicos, incluyendo los trasplantes de silicona en los senos, pero 16 años después esas mismas implantaciones, aprobadas en un primer momento, fueron retiradas del mercado ante la necesidad de llevar a cabo investigaciones para comprobar su seguridad. El problema de la correlación de algunas enfermedades conjuntivas con el uso de la silicona (en este caso, el gel para implantaciones) estriba en el largo tiempo de latencia de dichas enfermedades, que va de 2 meses a 25 años, por término medio entre los 10 y los 15 años.

Harold Markham ideó una primera solución con una espuma de silicona, consiguiendo un éxito relevante al vender grandes cantidades de gel de silicona, el cual, gracias a su consistencia espumosa, tiende a evitar los dos problemas típicos de las implantaciones en los senos: la movilidad y el endurecimiento eventual del seno. Algunas implantaciones están recubiertas de poliuretano, un componente de la silicona, sustancia que, si se libera en el cuerpo, es catabolizada a 2.4 tolnolodiamina (TDA), sustancia que se sospecha es cancerígena.⁶ Sin embargo, la espuma de silicona continúa siendo utilizada.

La TDA fue declarada como dañina por el gobierno estadounidense y posteriormente los expertos han confirmado, por lo menos en animales de laboratorio, su naturaleza carcinogénica, desaconsejando su uso en el hombre. La silicona puede presentarse en tres formas diferentes: en líquido, en gel y en forma sólida. La silicona líquida es inyectada, aunque el mercado norteamericano prohíbe esta práctica o, mejor, estaría prohibida por disposición de la FDA. En realidad un médico puede, de todos modos, inyectar la silicona, si considera que el paciente recibe mejor el tratamiento de esta manera. No obstante, la FDA prohíbe a los médicos la promoción, venta y publicidad de un producto no aprobado.

Se trata de un caso de "eticidad" de la ley en el que se hace indispensable plantear el problema del consentimiento informado. Según muchos cirujanos italianos famosos, la silicona resulta inerte tanto desde el punto de vista químico como físico, y de hecho se utiliza, por ejemplo, para la prótesis de la cadera, pero la cirugía plástica reconstructiva no es noticia como la cirugía plástica estética. Ciertamente,

pueden formarse granulomas, pero sólo en caso de que se administren dosis excesivas.

Llegados a este punto, quedan por examinar las intervenciones de cirugía plástica estética para contrarrestar la obesidad y la celulitis.

En la primera de las dos situaciones se recurre a la *abdominoplastia* reductiva. El objetivo de esta intervención es eliminar los excedentes adipo-cutáneos y restaurar una tensión de la pared muscular abdominal dentro de los límites fisiológicos, a fin de satisfacer dos condiciones: restablecer una situación respiratoria y digestiva normal y mejorar el aspecto estético.

La *celulitis*, problema muy difundido incluso entre los adolescentes y que afecta casi exclusivamente a las mujeres, es una enfermedad a todos los efectos, aun cuando en la actualidad siga siendo un síndrome poco claro. El término que la designa es impropio porque no se localiza en el elemento celular: el nombre correcto es “paniculopatía edemato-degenerativa-fibro-esclerótica” o, simplemente, *lipoesclerosis*.

Los tratamientos para combatirla son numerosos, quizás demasiados para ser creíbles, desde los diversos tipos de masaje con cremas apropiadas, hasta la presoterapia, el hidromasaje y el baño de sauna, en el campo de la cosmetología. Las terapias médicas adecuadas para el fin que se persigue son —además de una dieta controlada— la mesoterapia, la oxígeno-ozono-terapia y la laserterapia.

La cirugía plástica estética, por su parte, propone la *liposucción* (o lipoaspiración) y la *lipoescultura*, una variante más sofisticada de la primera.

La intervención de lipoaspiración, llevada a cabo con anestesia general superficial y una duración de cerca de dos horas, aspira la grasa en exceso por medio de cánulas introducidas en puntos del tejido subcutáneo en los que se practican incisiones, donde es más fácil ocultar las cicatrices y preferiblemente en los pliegues inguinales.

La lipoescultura ofrece una doble ventaja: permite modelar a voluntad la zona de los glúteos y de la cadera (y no sólo reducir su volumen y el tejido adiposo) y puede ser practicada, con óptimos resultados, a cualquier edad aunque el tejido esté particularmente deteriorado.

Esta rápida revisión no debe engañar sobre las posibilidades milagrosas de la cirugía plástica estética, que sirve simplemente de soporte a una belleza que está presente en la naturaleza. Y no sólo esto, sino que una

belleza artificial que crea metamorfosis impresionantes (tal como ocurre con el maquillaje) deja traslucir una personalidad débil que concentra su potencial de comunicación en una máscara. El cuerpo propio no puede ser substituido.

El riesgo, el consentimiento informado del paciente y la responsabilidad del cirujano estético

En el mercado se asiste a un énfasis creciente de los derechos del consumidor —en el caso de la medicina, del paciente— incluso desde el punto de vista económico, con la evaluación patrimonial de un daño eventual o fraude. Desde el punto de vista jurídico esta orientación se manifiesta en los términos de una legislación en el ámbito de la responsabilidad y de la protección.

En el terreno médico, especialmente quirúrgico, la protección del paciente encuentra un momento privilegiado en el “consentimiento informado”, desde el momento en que los códigos deontológicos reconocen unánimemente la existencia de un derecho a la información proporcional al riesgo, además de a la oportunidad de la preparación psicológica del paciente. La necesidad del consentimiento informado es particularmente evidente en lo que concierne a la cirugía plástica estética, ya que el riesgo no es proporcional a la urgencia y, a veces, a la misma necesidad de la intervención. Robert Scheer, en la introducción al libro *The Cosmetic Surgery Revolution*, subraya precisamente que a menudo se ha enfatizado el componente del riesgo en el ámbito de la cirugía plástica estética refiriéndose a la anestesia que, sin embargo —no está de más precisarlo—, sigue constituyendo el punto débil de toda intervención quirúrgica.

Seguramente hace más ruido un accidente en una operación con una finalidad estética que un error en una intervención de urgencia. Al ser la cirugía plástica estética una cirugía de elección, debería presuponer una información detallada y la posibilidad de practicar una serie de pruebas antes de proceder a aplicar cualquiera de las diversas técnicas. La jurisprudencia en la materia, sobre todo en el ordenamiento alemán y austriaco, tiende a excluir la configurabilidad de los delitos de lesión y de homicidio en el tratamiento quirúrgico, llevado a cabo según las leyes

del arte, pero al mismo tiempo el “tratamiento arbitrario”, o bien *sin consentimiento*, es admitido sólo en casos de urgencia.

Algunos autores subrayan que el consentimiento es considerado operante por costumbre, salvo casos de excepción y, en conjunto, a la cirugía plástica estética se aplican los mismos principios jurídicos y deontológicos de la cirugía general en cuanto que se considera que pertenece a la actividad sanitaria (aun cuando no sea exclusivamente terapéutica).

La doctrina jurídica italiana reconoce como tratamiento médico-quirúrgico el que tiene por objeto el mejoramiento de la salud física y psíquica o de la belleza misma, teniendo en cuenta la integridad y la totalidad de la persona.⁷

Naturalmente existe una jerarquía de valores en el respeto de la totalidad de la persona, según la cual la vida física es el valor primordial en cuanto que los demás subsisten en él y, por tanto, debe ser fundamentalmente respetado cuando la salud es entendida en sentido “estético-social”. El cuidado del paciente del cirujano plástico estético se configuraría de manera específica como de “cirugía psicológica”. Quien se dirige al cirujano plástico experimenta, en la mayoría de los casos, un malestar psicológico, busca una identidad con el propio cuerpo y, antes aún, una fuente de seguridad. Por tanto, el papel del médico se configuraría casi como el de un “confesor”, un consejero y, sólo en último término, de un operador.

Esta actitud tendría un doble aspecto ético, tanto respecto al paciente como en defensa de la cirugía plástica estética, con demasiada frecuencia mitificada o menospreciada por la prensa con una información incorrecta. De esa manera el cirujano plástico puede, además, autoprotegerse, seleccionando a los pacientes a los cuales intervenir.

Buscar una solución a la relación con la corporeidad propia y con los otros confiándose al bisturí es “peligroso”, porque difícilmente se podrá quedar contento después de la intervención.

En tiempos relativamente recientes hemos asistido a un incremento de juicios civiles y penales en relación con la medicina—sobre todo con la cirugía—, con epicentro en el ámbito norteamericano.

La responsabilidad del médico se articula en un doble frente: el del consentimiento informado sobre la naturaleza de la obligación, un tema que cobra particular relevancia en el campo de la cirugía plástica, por el

componente discrecional ligado a la valoración “estética” del resultado. Mientras que el aspecto médico-legal de la responsabilidad del cirujano estético reviste particular complejidad dentro del tema, ya difícil, de la responsabilidad médica y tratarlo excedería los límites del presente artículo.

¿Quién y cómo es el paciente del cirujano plástico estético?

El universo de los pacientes de la cirugía plástica estética se amplía cada vez más. El cuerpo es el lugar privilegiado —especialmente según los cánones de la belleza— de la percepción de la salud; es la acepción más amplia de bienestar, particularmente por lo que se refiere a los jóvenes y a los estratos de la sociedad culturalmente más elevados. Las mujeres representan aún la mayoría de los pacientes, aunque el número de hombres que recurren a la cirugía plástica estética va aumentando. En torno a los 40 años, los hombres se sienten deprimidos y buscan una revancha ante una cierta decadencia física, también por un motivo de orden psicológico-social: la generación de los que tienen 40 años se siente muy débil, a veces desorientada, a veces frustrada por un *yupismo* vacío de significado. Existen edades típicas en las cuales se acude al cirujano plástico, comenzando por la adolescencia, que va desde los 15 y hasta los 18 años, cuando se inician las primeras experiencias con el otro sexo y surge la necesidad de autoafirmarse. Los adolescentes son particularmente influenciables y el modelo social predominante propuesto por la prensa y los medios de comunicación promueve el culto de la belleza a menudo como condición para conquistar la atención de los demás.

Un paso crítico lo representa el bienio de los 23-25 años, en el que se experimenta la necesidad de afecto, y la búsqueda de un compañero puede volverse obsesiva. Generalmente entre los 25 y los 30 años la mujer está más preocupada por la familia, por los hijos pequeños o por la afirmación profesional más que por ella misma y vive una situación de madurez y serenidad. Hacia los 40 años la mujer comienza a resentir una gradual decadencia, acompañada del temor a una potencial rival más joven, tal vez en un momento de tensión o de cansancio después de varios años de matrimonio.

En cambio, la preocupación por la belleza después de los 50 años es típica de las mujeres que han sido muy bellas en la juventud, generalmente personajes conocidos del mundo del espectáculo.

En Italia, el 50 por ciento de las intervenciones de cirugía plástica estética se basa en la lipoaspiración y el restante 50 por ciento se distribuye entre intervenciones de mastoplastia (30 por ciento) y rinoplastia, el *lifting* facial y la abdominoplastia (20 por ciento).

La lipoaspiración y la mastoplastia son más típicas de las mujeres jóvenes; pasados los 40 años se interviene mayormente con el *lifting* y la abdominoplastia.

En la actualidad, la cirugía plástica estética no es sólo una cirugía optativa para un determinado nivel social, sino que interesa a todos los estratos de la sociedad; más aún, en los últimos años precisamente ciertos segmentos pequeño-burgueses se han acercado a ella como a un símbolo de ascenso social.

Merece consideración aparte el problema del mundo del trabajo, cuando la imagen se vuelve funcional para la profesión misma; el problema de la introducción del mito de la belleza y del estilo en el mundo profesional es un fenómeno que analiza con mucha agudeza, valiéndose de numerosos testimonios, Naomi Wolf en su libro *El mito de la belleza*.⁸

Esta autora sostiene que el mito de la belleza representa un freno para contener el avance de las mujeres en la profesión y en el éxito, una especie de reacción al feminismo. “Cuando las mujeres se liberan de la mística femenina de la vida doméstica, el mito de la belleza la sustituye, difundándose para reforzar su acción de control social”.⁹

Contrariamente a lo que pueda parecer a primera vista, el cuidado del propio cuerpo no es una posibilidad “vanguardista”, sino una obligación social casi “religiosa”, que pondría en evidencia el que las mujeres están sometidas a admiración o a crítica, pero no a una relación de comunicación auténtica.

La alternativa no representa una opción real, porque el no adherirse al mito de la belleza significa no entrar a formar parte de la vida social. La estrategia que gobierna esta lógica es de carácter económico porque incita a un consumismo de altísima rentabilidad.

Wolf pone de manifiesto que el requisito de la belleza es con demasiada frecuencia una condición para poder trabajar y, recientemente, incluso en actividades aparentemente alejadas de las profesiones de

imagen originales: en la obra se citan casos muy conocidos en los cuales la belleza ha determinado incluso el despido. Este nuevo ídolo social da lugar cada vez más a menudo a estados psicológicos obsesivos, creando una polarización de intereses no justificada en torno al cuidado del cuerpo así como a grandes gastos superfluos.

Y no sólo esto, sino que “antes de la emancipación femenina, las bellezas profesionales eran anónimas, de baja condición social, dignas de poco respeto. Cuanto más fuertes se hacen las mujeres, tanto más prestigio, fama y dinero se vinculan con las profesiones de imagen; estas últimas son aireadas cada vez con mayor énfasis ante los ojos de las mujeres en ascenso, para inducir las a que compitan”.¹⁰ Incluso la belleza es “categorizada” y existe una especie de *Professional Beauty Qualification* (PBQ), ampliamente institucionalizada “como condición para que las mujeres puedan subir y avanzar”,¹¹ cosa que no se aplica a los hombres, constituyendo así una suerte de discriminación sexual.

Hay que atribuirle una gran responsabilidad en este sentido a las revistas femeninas y a los medios de comunicación en general: en diciembre de 1988 se celebró en Roma la reunión nacional de la Federación de Amas de casa con el título “Belleza, cultura, salud”, en cuyo ámbito, como pudo leerse en la prensa de aquellos días, se discutió precisamente sobre el nuevo *look* que se buscaba en las amas de casa, motivado sobre todo por el derecho a la belleza, como sinónimo de una relación serena con el propio cuerpo y la propia sexualidad; como condición para poder dar afecto.

En conjunto podemos comentar la actitud de las mujeres, a propósito de la belleza como instrumento profesional social, según una triple caracterización. Quien escoge deliberadamente una profesión de imagen debe conocer solamente las reglas del juego y evaluar hasta qué punto se puede conciliar el derecho a la personalidad con el éxito; más difícil es el razonamiento profesional general como, por ejemplo, el periodismo televisivo, donde la importancia de hacerse agradable a los demás debería ser valorada como señal del respeto y del placer de la comunicación, no como máscara para jugar un papel.

Más complejo es el análisis del reflejo que esta competencia provoca en las amas de casa, categoría simbólica para indicar la situación psicológica de las mujeres comunes, las más débiles. El paciente del cirujano plástico estético surge entonces como paciente psicológico con una

enfermedad reconocida de tal especie, en parte inducida por la sociedad; en parte interiorizada por una crisis de valores ligados en general a la esfera afectiva. Ahora bien, el cirujano estético no puede cuidar la psique ni vender esta ilusión, además, queda por valorar si el verdadero problema estriba en encontrar un remedio al cuerpo o a la mente, o si es posible prevenir esta sensación de sentirse extraño a sí mismo.

El daño estético y el daño fisiognómico

El daño estético indica una malformación genérica congénita, adquirida o considerada como tal, que incluye en sí también el llamado daño “fisiognómico”.

Gerin señala el daño fisiognómico como daño de la función fisiognómica, utilizando esta expresión en vez de “función estética”, para indicar el conjunto de los rasgos exteriores de la persona y, por tanto, su caracterización en el ámbito de la vida de relación, con referencia exclusiva a los rasgos del rostro y a la mímica facial.

Subraya que el daño fisiognómico se ha de considerar como un daño a la persona, considerada en su totalidad, en virtud de una premisa central: el derecho a la salud y a la integridad. Por tanto, cada individuo tiene derecho a no experimentar “modificaciones peyorativas de naturaleza morbosa en el conjunto estético individual”.¹²

La función estética que se vuelve, precisamente, una “función” en su aspecto dinámico, indica el “cómo” el hombre se manifiesta en el mundo, prescindiendo de cualquier concepción filosófica, artística o literaria.

El problema en este sentido lo representa la experiencia “vivida” subjetiva del daño por su repercusión en la vida social y en la comunicación. La concepción social más difundida se acerca a la idea de la fisiognómica, la ciencia que estudia el aspecto exterior del hombre con objeto de deducir sus rasgos psicológicos. El primer testimonio escrito al respecto se remonta a Aristóteles en su obra *Physis Gnomonia*, o sea, el reconocimiento e interpretación de la naturaleza. Es una disciplina que, si se valora con prudencia, tiene indudablemente una valencia propia, porque un estado psicológico seguramente se manifiesta en la mímica facial, en la gestualidad y en las actitudes del cuerpo. Tradicionalmente se trata de un estudio aplicado a la criminología.

El daño mayor lo resiente a menudo el contenido espiritual de la belleza, condicionado por la experiencia vivida de la modificación peyorativa o que es captada como tal.

La cultura de la corporeidad en el mundo contemporáneo

A fin de ilustrar el reflejo antropológico y ético, así como teológico, del culto a la belleza y de la práctica de la cirugía plástica estética, tan difundida en la actualidad, nos parece útil hacer un breve paréntesis a título de ejemplo y de sugerencia acerca de la cultura de la corporeidad y del valor atribuido al cuerpo en el mundo contemporáneo, sin pretender en modo alguno ahondar en el tema y, mucho menos, hacer un tratamiento exhaustivo del mismo.

En este sentido es útil el texto de Sandro Spinsanti que, desde una óptica más bien didáctica, aborda el “problema cuerpo” bajo diversos aspectos, dedicando un cierto espacio al tema de la diferencia sexual, de la cultura feminista y de la emancipación sexual, con amplias alusiones tanto a la cultura católica como a la influencia oriental que ha permeado a Occidente en las últimas décadas.

Una panorámica a manera de resumen sobre el juicio relativo a la corporeidad, desde el punto de vista filosófico, la presenta Virgilio Melchiorre en *Il corpo* (El cuerpo) que pone de relieve la compenetración del “yo” humano y de su ser persona con el habitar su propia corporeidad. En el capítulo introductorio hace notar la unitotalidad e indivisibilidad del hombre en el sentido de persona y la necesidad de “establecer un nexo esencial entre la experiencia corporal y la estructura personal del hombre”.¹³

Es sobre todo en la cultura contemporánea (en particular en la fenomenología, tanto de origen alemán como francés, y en las corrientes del personalismo y del existencialismo franceses) donde se pone en evidencia la inseparabilidad del ser persona y del ser cuerpo, alejándose del dualismo platónico y del aristotélico para enfatizar la unidad de una conciencia encarnada.

El cuerpo para el hombre, como subraya el mismo Spinsanti, no es tanto el objeto del “tener” cuanto el sujeto del “ser”.

Spinsanti, revisando los orígenes del cristianismo, pone de manifiesto que la corporeidad ocupa un lugar central en la espiritualidad y en la ética cristiana. Por tanto, “los eslóganes sobre la liberación y la reapropiación del cuerpo, tan repetidos a menudo en los dos últimos decenios..., subyacen a una fuerte miopía histórica... En efecto, dan la apariencia de hacer creer que sólo nuestra civilización ha sabido valorar al cuerpo, emanciparlo de la alienación de lo espiritual y de lo intelectual, darle el espacio que le compete”.¹⁴

La cultura contemporánea, paradójicamente, tiene la necesidad de “reapropiarse del cuerpo” precisamente porque ha perdido la conciencia de él, corriendo el riesgo de reducir el “yo” al cuerpo, mientras el desigmo de esta relación (entre corporeidad, intelectualidad y espiritualidad) está en el sentido de una integración continua que es incesante superación.

Nuestro ver corpóreo es un ver en perspectiva y por naturaleza incompleto, porque un punto de vista excluye al otro y toda figura se da en un trasfondo al cual remite “y por tanto se manifiesta con un sentido en un sistema de correlaciones; siempre se da un conjunto de datos que se refieren a la cosa vista y que la alcanzan incluso ahí donde no nos es posible ver”.¹⁵

“De nuevo el análisis nos lleva a la expresión de la conciencia corporal abierta a la universalidad del ser”.¹⁶

Recobrar la corporeidad no debe ser sinónimo de reducir a la corporeidad. Los movimientos de los *hippies*, la *beat generation*, las primeras avanzadas ecologistas, la difusión de la cultura marxista y feminista y un vago llamado a los caminos de la espiritualidad oriental han confluído para crear una cultura en nombre de la “fidelidad al niño”, a la naturaleza “incontaminada”, a la fantasía y a la libertad de las convenciones sociales y religiosas.

El cuerpo “transformado de instrumento de trabajo en órgano de placer, habría sido el profeta para guiar a lo que quedaba de la humanidad, después del diluvio de la época burguesa-capitalista, hacia la nueva tierra prometida”.¹⁷

La “contracultura” que se organizó en torno a 1968, año simbólico, ha sido reabsorbida en la cultura burguesa-consumista de los años sucesivos, dejando, sin embargo, una herencia revolucionaria; la afirmación del cuerpo como principal referente y la primacía de la individualidad. Un ejemplo emblemático de esta mentalidad lo representa el pensamiento

de Herbert Marcuse, cuya filosofía invita a vivir un *eros* liberalizado en el signo del juego y de la fantasía.¹⁸

Desafortunadamente la herencia que más ha pesado es la experiencia vivida de la inmediatez del cuerpo, con una vuelta preponderante a la cultura narcisista “que opta por hacer del cuerpo su lugar de aventura”.¹⁹

La pregunta que se plantea Spinsanti, y que es recurrente en el texto de Wolf, es si es auténtica esta reapropiación del cuerpo porque, más que en el signo de la libertad personal, parece caer en una nueva figura social.

En efecto, Wolf pone de relieve la forma en que el imaginario del estereotipo femenino tiene una relación privilegiada con el cuerpo para el cuidado del cuerpo ajeno, actividad que tradicionalmente compete a la mujer; además a la mujer se le pide tener un cuidado particular por el propio cuerpo. El problema de la idolatría del cuerpo femenino no es sino el aspecto macroscópico de una crisis que hace necesaria la reapropiación de las diferencias ontológicas sexuales y de la ética del respeto por el mundo femenino, empezando por la humanización de la medicina.

Desafortunadamente la sexualidad de la mujer se ha visto siempre “por cuenta de terceros”: en el pasado con una finalidad procreativa, hoy a título de reclamo de seducción.

“Lo que la pedagogía contemporánea reivindica es un educarse a través del cuerpo. El cuerpo no es una parte que hay que educar; es el ser humano en su totalidad, por lo que educación del cuerpo y educación del hombre son coincidentes”.²⁰

Es “en nombre de este cambio como la salud polariza el interés de la persona; cada vez más se la considera como una tendencia a la *recuperación de la totalidad* y de la persona humana”.²¹ Aun cuando, desde un cierto punto de vista, la modernidad conoce y domina la corporeidad (como la naturaleza), nuevos vértigos parecen afectar a la experiencia vivida corpórea, y la primera entre todas, la crisis de la identidad sexual.

Spinsanti alude a la orientación que la misma religión sugiere como defensa de la salud y de la integridad de la vida respecto al privilegio de la “belleza perjudicial”. Rechaza la idolatría del cuerpo y subraya que, mientras sigamos reconociendo nuestra identidad exclusivamente en la mirada del otro, “el cuerpo seguirá siendo un frágil pretexto para todo tipo de manipulación”.²²

El hombre ha conquistado, o ha intentado apoderarse, de la libertad, respecto a la centralidad de la espiritualidad, entendida al menos en sentido tradicional, pero se ha hecho esclavo de la sociedad publicitaria y ha perdido la orientación hacia un centro de referencia, para malgastar sus energías en las zonas periféricas.

El mito de la belleza: una enfermedad social

La sociedad contemporánea presenta una particularidad al abordar el tema de la belleza. Esta es idolatrada y cada vez más objetivizada y estandarizada a nivel exterior, con menoscabo de la unitotalidad de la persona. El hombre se vacía para servir a la belleza, engañándose con el mito de la salud y del *eros*. Precisamente en una época en que ha recibido gran impulso toda forma de emancipación y se le ha dado carta de ciudadanía al subjetivismo, la representación en masa de la mujer como belleza es una contradicción. En el ámbito en que las mujeres modernas crecen, se mueven y expresan su individualidad, la *belleza* es por definición inerte, sin tiempo y genérica”.²³

Esto demuestra que el hombre no logra vivir sin puntos de referencia universales y la nueva figura de mujer que se va imponiendo es igual de rígida y estandarizada que el ideal de la “buena madre”, la “buena mujer” y la “buena ama de casa”.

Dedicarse al cuerpo se vuelve, así, casi una actividad “ética” —en el sentido de que a esto se le atribuye impropriamente un valor fuerte— como ocurre en el caso de la dieta: probablemente la búsqueda obsesiva de espacio para sí mismos se debe a los ritmos frenéticos de la vida contemporánea que han disuelto las largas duraciones y, en consecuencia, el tiempo para sentarse a la mesa, las conversaciones en familia, las actividades religiosas y culturales. Se ha instaurado una especie de compensación afectiva al faltar el calor de la familia, y las atenciones para el propio cuerpo recuerdan la afectividad necesaria a toda persona.

Desafortunadamente, sin embargo, los sucedáneos comerciales que enseñan a quererse bien no trazan el camino para aprender a amar y a ser amados, sino que alejan para siempre esta posibilidad.

La belleza así concebida aísla en el narcisismo en vez de hacer más accesible la comunicación. La idea base de esta nueva religión se funda

en la idea de que el cuerpo es perfectible²⁴ en una óptica positivista de la corporeidad. La belleza es entendida cada vez más como artificio respecto a la naturaleza y no como exaltación de la misma. En la escalada de la corporeidad, en el ámbito de la pirámide de valores, la salud asume un papel fundamental con una amplia extensión, que comprende las condiciones complejas del bienestar en el cual entra también la vida sexual.

De esta manera, cae por tierra la clara distinción entre salud y enfermedad, que “cesan de ser un objeto exclusivo de conocimiento de los expertos”,²⁵ de tal manera que el paciente asume un papel activo porque el concepto de salud comprende un auténtico “estilo de vida”.

Cada vez con más frecuencia la belleza es considerada sinónimo de salud, y la búsqueda del bienestar estético ha contribuido, seguramente en buena medida, a la defensa de la salud a través de dietas, gimnasia, masajes y tratamientos estéticos, hasta llegar a las intervenciones quirúrgicas.

Lo sorprendente es que existe una “mentira vital” con la cual se justifica la obsesión de la búsqueda de la belleza y el aguantar las privaciones, cuando no incluso el dolor, con el objetivo de alcanzar el bienestar saludable. Y sin embargo, con frecuencia salud y belleza—entendida en sentido meramente estético— no son conciliables.

La industria de la cirugía plástica estética ha contribuido ciertamente, en virtud de su misma expansión, a modificar los conceptos de salud y enfermedad. Está en curso un proceso por el cual “los cirujanos estéticos están apoderándose de la redefinición de salud como belleza y la están transformando en el concepto de *belleza* como salud”.²⁶

La cultura actual define como algo feo y enfermo cualquier signo de la actividad reproductiva, como es el caso de un seno flácido por la lactancia. El seno reconstruido es “bello”, pero no siempre es indicio de una actividad terapéutica porque a menudo las intervenciones de cirugía plástica hacen difícil descubrir la presencia de un cáncer.

El estrés que acompaña al ansia de ser bellas es nocivo para la salud, así como lo es el sufrimiento para alcanzar ese objetivo, de manera que esta sociedad está creando “una reserva de pacientes cuando no existen desde el punto de vista biológico”.²⁷

Llegados a este punto, se vuelve central la confrontación del mito de la belleza con el tema del erotismo. La belleza humana es sinónimo de

comunicación sensual y esta identificación se hace cada vez más aparente, desde el momento que, en la cultura contemporánea, el *eros* se ha vaciado del significado procreativo o, por lo menos, se ha orientado predominantemente a la comunicación que tiene por finalidad el placer, enfatizando la belleza de los cuerpos.

A menudo, sin embargo, las relaciones afectivas se reducen a un juego carente de proyectualidad, y surge la patología de la relación con el “pudor” y la “vergüenza”, que Sartre analiza en un breve texto del período fenomenológico de sus estudios titulado *Visages* (Rostros).

El “pudor” es ese sentimiento que surge en el “yo” por el temor de ser reificado, hecho una cosa, a través de la reducción de nuestra totalidad a la sola corporeidad o, más frecuentemente, a un aspecto de esta: surge como una defensa de la conciencia de la posible “vergüenza” de ser percibido y utilizado como si se fuera un objeto.

En la vida actual, la atención parece centrarse en una corporeidad vacía, porque se la despoja de su inseparable vínculo con la mente y cuyos valores quedan en penumbra. Bruaire (uno de los primeros autores que se ha ocupado de filosofía de la medicina en Francia) subraya que “en especial, el deseo no podría pertenecer al alma separada y perder su confluencia, su vinculación con el cuerpo... El intento por desunir... aborta necesariamente según una dialéctica precisa. De tal manera que el deseo erótico se agota y cualquier deseo es entonces atribuido solamente al cuerpo y se anula en este”.²⁸

El deseo así concebido está destinado a quedar insatisfecho hasta que muere y de esta manera se genera el miedo al abandono o a ser traicionado. El dilema errado pone, sobre todo en las mujeres, frente a una falsa alternativa: ser serios o sensuales (donde la disyuntiva es comúnmente interpretada como un *aut-aut*, como un tajante “o esto, o esto”).

La sensualidad es interpretada como la fascinación que emana de una persona en su entereza, dentro de una relación de amor que es por naturaleza única e irrepetible.

La revolución sexual parece haber dado origen a una doble forma de nihilismo porque ha abatido los valores tradicionales, dando vida a una pornografía de la belleza, y no “liberalizando” la belleza, cuyo modelo continúa siendo diseñado por la sociedad. Se está difundiendo una cultura violenta del *eros* —baste pensar en el cine— para el que la mujer ideal es bella, sensual pero diabólica. Paradójicamente la pornografía de la belleza “tiende a hacer al sexo moderno brutal y aburrido, además de

superficial y antierótico tanto para los hombres como para las mujeres”.²⁹ Wolf evidencia que las experiencias de violencia sexual de diverso tipo originan trastornos ligados al modo de vivir la corporeidad, y piensa que un daño semejante puede ser acarreado por las imágenes culturales de la violencia.

La prueba de que una sociedad está perturbada a nivel psicológico se encuentra a varios niveles, comenzando por la incapacidad de vincularse en una relación afectiva estable, para continuar con el aumento de los divorcios y acabar, en ocasiones, en el sofá del psiquiatra. El verdadero drama estriba no sólo en la inmoralidad de este mundo, sino en la infelicidad que de ello se deriva.

“Cuando los hombres son más excitados por los símbolos de la sexualidad que por la sexualidad de las mujeres, se vuelven fetichistas. El fetichismo trata a una parte como si fuera el todo. Los hombres que eligen a una amante basándose sólo en su “belleza” la tratan como un fetiche, o sea, tratan a una parte de ella, su imagen visual, como si fuera el todo sexual que le pertenece. Freud sugiere que el fetiche es “un talismán contra el riesgo de un fracaso que ciertamente no puede hacer feliz a nadie”.³⁰

La concepción artificial del *eros* se hace inseparable de la belleza estética en el ámbito sexual. Se trata de un tema muy delicado puesto que plantea, indudablemente, un interrogante ético sobre la licitud de manipular el propio cuerpo de manera funcional para el placer que, en cambio, debería ser un resultado natural.³¹

En Occidente la cirugía sexual no es una novedad y ha sido practicada en el pasado con una finalidad opuesta a aquella para la cual actualmente se practica: disciplinar el placer sexual éticamente, como si una mutilación fuera una acción moral o si el valor de un comportamiento no hubiera que imputarlo a la decisión de las conciencias, sino a un impedimento físico. Es el caso de la clitoridectomía tal como era practicada en la época victoriana. Esta práctica aún está presente en el África occidental, donde las muchachas musulmanas que no se someten a ella no pueden casarse.

Licitud de la cirugía estética

Por lo que concierne a la cirugía plástica estética es oportuno distinguir claramente entre el plano jurídico y el propiamente ético a fin de establecer su licitud.

La afirmación de la cirugía plástica estética como actividad lícita ya está consolidada, al menos en sentido genérico, desde el momento en que “la armonía, si no la belleza de las formas, es dote normal de los objetos, de lo creado y señaladamente del hombre”.³²

Precisamente porque salud y belleza son considerados cada vez más como elementos inseparables para el bienestar del hombre es posible subrayar con particular énfasis el derecho a la belleza. En virtud del derecho a la salud (art. 32 de la Constitución italiana) —que se debe entender correctamente en el sentido de derecho a los medios y no a la salud en sí— se legitiman todos aquellos actos cuyo resultado estético suponen, para cualquier caso, una acción terapéutica en sentido propio, o bien, la reinserción en la sociedad o la conservación de una aptitud para un trabajo determinado que, por tanto, desempeñaría una acción terapéutica a nivel social y psicológico. Sin embargo, subrayemos que la vida y la integridad física siguen siendo valores prioritarios respecto a la determinación de las formas físicas. Un razonamiento más complejo habría que hacer respecto a la cirugía plástica con una finalidad meramente estética. Se considera que la justificación de esta actividad se debe considerar con una cierta cautela porque es inseparable de una valoración ética.

La defensa de la dignidad de la persona y la asociación de trastornos neuróticos o complejos de inferioridad, o bien enfermedades “psicológicas”, justifican seguramente una práctica médica en el plano legal, pero no son suficientes para el estudioso de la ética o el médico mismo: hay que tener presente que nadie pueden alcanzar la felicidad con el bisturí ni tampoco garantizar para sí el amor.

El proceso de inducción social y cultural que provoca la enfermedad del malestar al vivir en el propio cuerpo sobreentiende, de hecho, una filosofía patológica que vuelve cosas a las personas con máscaras de perfectas proporciones, privándolas no obstante de toda capacidad de diálogo. Así, un cuerpo “artificial” nunca podrá ser sensual porque carece de la sensibilidad; paradójicamente, es para ser atractivo por lo que se recurre a la cirugía plástica estética.

Wolf insiste en el motivo económico, como anteriormente se ha subrayado, minimizando el componente social. Quien escribe esto se inclina a invertir los términos de la cuestión, y considera que en el juicio de Wolf pesa un componente cultural ligado al feminismo y al marxismo, por lo menos latente.

En *El mito de la belleza* se subraya, efectivamente, que una tendencia antifeminista por parte del poder político, una ofensiva contra la emancipación y el éxito de las mujeres, propone el sometimiento del género femenino al mito de la belleza como *discriminación* con los hombres, en la dinámica de las ganancias para un enorme giro de negocios.

Personalmente consideramos que es la crisis de valores afectivos, sobre todo dentro de la vida de pareja, la que ha comprometido la idolatría del cuerpo de la que la industria de la cosmética se ha aprovechado en un segundo momento.

Ahora bien, si hay algo ilícito no hay que buscarlo en el deseo de parecer más joven y más atractivo, sino en la obsesión que la belleza infunde en los ánimos y en considerarla condición sin la cual no se puede ser amado.

Junto con una consideración ética vinculada a la moderna concepción del *eros*, existe una fuerte tendencia a identificar el bienestar de la persona con el bienestar físico que concierne también a esta esfera.

El recurso a la práctica de la cirugía plástica estética no es ilícito en sí, pero a veces “se exagera” cuando se supera el umbral de lo fisiológico y de una opción madura.

Los verdaderos ilícitos son otros y se refieren a la esfera de intervenciones particulares como las que se dan en el ámbito sexual, por ejemplo la himenoplastia, la reconstrucción de los órganos sexuales debidas a la reasignación del sexo, la modificación de los rasgos del rostro para encubrir criminales o la alteración de los rasgos somáticos típicos de una raza. Tristes precedentes de este tipo de cirugía se remontan a la época nazi.³³

Para concluir nuestro razonamiento sobre la corporeidad en la difícil relación del médico con el paciente, es importante recuperar la unitotalidad del *ser persona* del paciente a fin de poder curarlo.

En una novela de Fay Weldon el cirujano plástico busca hacer desistir a su paciente de hacerse operar cada dos por tres, recordándole que “el inconveniente con que se topa el cirujano estético es que, aunque se pueda cambiar al cuerpo, no se puede cambiar a la persona... El cuerpo se vuelve a plasmar por sí mismo para adecuarse a la personalidad. Y la personalidad de aquellos que se atreven a recurrir a la cirugía plástica puede ser bella, pero no es ciertamente bonita. Usted quiere que yo la vuelva bonita... Vulgar, si me lo permite”.³⁴

A la pregunta “¿curar el cuerpo o la mente?” se podría responder en la forma tradicional *corpus sanus cum mente sana* (cuerpo sano con mente sana) o mejor, *gratia mente sana* (merced a una mente sana). Es solamente cuando nos sentimos hermosos —o bien, amados— cuando efectivamente lo somos, sin por esto excluir la oportunidad de alguna corrección.

Es necesario el cuidado del cuerpo, pero sólo si está apoyado por la ayuda psicológica o cuando menos por la toma de conciencia de la verdadera identidad del problema estético. La verdadera enfermedad que hay que cuidar es la debilidad de quien se siente en condiciones de inferioridad como consecuencia de un defecto estético. Se da ciertamente por descontado que cualquiera viviría mejor si pudiera tener lo que desea, lo cual, por otra parte, no impide aspirar a lo mejor.

Conclusiones

La cirugía plástica estética está en una gran expansión, a la conquista de nuevos territorios, implicando diferentes estratos de la población. El perfeccionamiento se ha de hacer sobre todo a nivel normativo, aunque sólo sea para protección del médico y a fin de lograr una más correcta información del paciente.

El progreso técnico representa probablemente una evolución casi natural, aunque, respecto a las tendencias naturales de la medicina, la cirugía plástica estética presenta el inconveniente de no estar muy a la moda dado que carece de la categoría de la prevención, una orientación cada vez más difundida en el progreso científico.

La esperanza va en el sentido de unificar los aspectos estético y terapéutico de la intervención, como ya ha ocurrido en el caso del acné.

Bajo el perfil psicológico y ético, es menester advertir la “desespiritualización” generalizada de la vida, tanto en sentido religioso y ético, como en sentido cultural y afectivo, y es por esta doble “descentralización” por lo que el hombre se ha vuelto infeliz, además de inmoral. Probablemente el ritmo de la vida urbana concentra todos los esfuerzos en la resistencia al estrés, derivando de ello una cierta miopía que logra resaltar el mínimo defecto a nivel de imagen, pero no ve más allá de la superficie, no puede apreciar la profundidad.

Actualmente “la importancia social de la cirugía plástica ha encontrado eco incluso en la teología moral, en cuyo ámbito la psicología nos enseña cuánto pueden influir las taras físicas en todo el desarrollo psicológico y moral de una persona. El aspecto físico constituye el núcleo central de la idea de sí, tan fundamental para la autorrealización. Ciertos defectos físicos pueden prejuzgar profundamente toda posibilidad de matrimonio”,³⁵ con referencia a una vocación.

Todas las sociedades han tenido dificultades para aceptar la deformidad y han buscado la belleza como metáfora de la perfección y, tal vez, de la felicidad. La sociedad espartana del siglo VI antes de Cristo y el período nazi son ejemplos del rechazo de la debilidad y de la imperfección física. Hoy, el progreso de la medicina moderna y de la cirugía brinda la posibilidad de ofrecer tratamientos a las personas deformes o discapacitadas para mejorar su situación. La otra cara de la moneda para la consecución de la belleza ha sido acuñada innumerables veces en la historia de la cultura.

Por ejemplo, el texto *De divina proportione* de Fra Luca Pacioli (1445-1517) pone en evidencia la importancia simbólico-teológica de la proporción perfecta del cuerpo humano. La filosofía griega formuló incluso una categoría de pensamiento que ilustra el valor metafórico de la belleza: la *kalogathia* que anticipa una máxima familiar en el mundo latino, *mens sana in corpore sano*, mente sana en un cuerpo sano.

El valor de la belleza está en el sentido de la expresión de la virtud, que tiene un valor teológico preciso en el relato bíblico de la Creación (Génesis 1, 24). El mismo Spinsanti recuerda la centralidad del valor de la corporeidad en el cristianismo y la metáfora de la luz para indicar la belleza de la perfección divina.

La enfermedad, y por tanto la fealdad, son consideradas frecuentemente como castigo de una culpa, o bien como prueba ofrecida por Dios para estimular al “ángel” oculto en nosotros. A veces, finalmente, el sufrimiento de la deformidad es aceptado como un signo de la finitud del hombre: Spinsanti recuerda la búsqueda natural de la salud y de la belleza, pero pone en guardia para no vivir en función de la salud.

La importancia de la aceptación de la enfermedad y de la imperfección física (hoy mal toleradas) para el desarrollo de la personalidad depende del alma que vive una cierta condición corporal. “Para algunos, la deformidad es la explicación más simple para todas las inseguridades... La

deformidad puede convertirse en una protección de la responsabilidad social”.³⁶ Alguien podría, pues, conformarse con una situación de cómoda autocompasión.

Ahora bien el cristiano no ama la enfermedad, que de otro modo sería patológico, sino que ama a pesar de la enfermedad, con la finalidad de cuidarla. Los avances de la medicina han hecho posibles intervenciones de cirugía plástica estética en muchachos afectados por el síndrome de Down, lo que ciertamente no puede resolver situaciones de enfermedad irreversible, pero puede constituir un paso adelante. Estudios llevados a cabo en casos del género han demostrado que la mayor parte de los niños que han sufrido intervenciones de cirugía maxilo-facial han logrado evidentes progresos del comportamiento e intelectuales.

El ejemplo de una cirugía plástica estética al servicio de un ideal social no debe hacer olvidar una distinción categórica precisa entre las personas con una deformidad evidente y aquellos que, aun entrando en la normalidad, no tienen el aspecto deseado y no encajan en el ideal de una sociedad que idolatra la belleza.

Un proyecto semejante sugiere una solución que prevé una nueva interpretación del valor de la belleza en sentido ecológico y comunitario y no antogonístico, porque el ser de la belleza tiende al diálogo y a la “seducción”, en el sentido latino de “conducir consigo” (*se-ducere*), en el respeto de la naturaleza, y no en un artificio que fuerce el curso natural de las cosas.

Referencias bibliográficas

¹ Véase, por ejemplo, SCHEER, R., *The cosmetic surgery revolution*, Los Angeles: Summit Pines Press, 1992.

² AA.VV., *La domanda di salute in Italia, comportamenti e valori dei pazienti degli anni Ottanta, Indagine Censis*, Milán: Franco Angeli, 1989.

³ SCHEER, *The Cosmetic...*, Introducción.

⁴ *Ibid.*, p. 43.

⁵ *Ibid.*, p. 43.

⁶ *ibid.*, p. 45.

⁷ DE PIETRO, O., *Il consenso dell'avente diritto ed il consenso del paziente*, Nápoles: Martinucci Pubblicazioni Mediche, 1988: 380.

⁸ WOLF, N., *Il mito della bellezza*, Milán: Mondadori, 1983, capítulo V.

⁹ *Ibid.*, p. 4.

¹⁰ *Ibid.*, p. 22.

¹¹ *Ibid.*, p. 23.

¹² GERIN, C., *Medicina legale e delle assicurazioni*, 8a. ed., Roma: Società Editrice Universo, 1977.

¹³ MELCHIORRE, V., *Il corpo*, Brescia: La Scuola, 1984: 9.

¹⁴ SPINSANTI, S., *Il corpo nella cultura contemporanea*, Brescia: Queriniana, 1983: 69.

¹⁵ MELCHIORRE, *Il corpo*, p. 18.

¹⁶ *Ibid.*, pp. 19-20.

¹⁷ SPINSANTI, *Il corpo nella...*, p. 11.

¹⁸ MARCUSE, H., *Eros e civiltà*, Turin: Einaudi, 1964; 59-65; 92-93; 117-124; 129-130; 192-194; 204-205; 217-222.

¹⁹ *Ibid.*, p. 19.

²⁰ *Ibid.*, p. 28.

²¹ *Ibid.*, p. 141.

²² SPINSANTI, *Il corpo nella...*, p. 10.

²³ WOLF, *Il mito...*, p. 10.

²⁴ AA.VV., *La domanda di salute...*, p. 29.

²⁵ *Ibid.*, p. 265.

²⁶ *Ibid.*, p. 145.

²⁷ WOLF, *Il mito...*, p. 159.

²⁸ BRUAIRE, C., *La filosofia del corpo*, Milán: Paoline, 1975: 41.

²⁹ *Ibid.*, p. 196.

³⁰ SPINSANTI, *Il corpo...*, p. 73.

³¹ Véase al respecto SGRECCIA, E., *Manuale di Bioetica. II. Aspetti medico-sociali*, Milán: Vita e Pensiero, 1991: 127-173; ID., *Manuale di Bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica*, Milán: Vita e Pensiero, 1994: 529-557.

³² DE PIETRO, *Il consenso...*, p. 384.

³³ Véase, por ejemplo, LIFTON, R.J., *I medici nazisti*, Milán: Rusconi, 1988.

³⁴ WELDON, F., *Vita e amori di una diavolessa*, Milán: Feltrinelli, 1990: 203.

³⁵ DE PIETRO, *Il consenso...*, p. 391.

³⁶ *Ibid.*, p. 232.



*Prof. Giuseppe Dalla Torre
Dr. Dario Sachini*

Aspectos éticos emergentes en la toxicodependencia: la “reducción del daño”

Vincenzo De Filippis,* Gonzalo Miranda**

Resumen

El artículo se propone examinar bajo el perfil técnico-científico y ético la estrategia llamada “reducción del daño” (RD) (por el término inglés Harm Reduction), puesta en marcha por primera vez en Gran Bretaña.

La RD es una política social con la cual se pretende disminuir los efectos negativos del consumo de drogas mediante modalidades que fomenten el contacto con el más amplio número posible de toxicodependientes, a fin de que un número cada vez mayor de los mismos entre en el camino de la responsabilización y la solidaridad. En la base de la RD se encuentran: 1. la toma de conciencia de que el problema no es la droga, sino sus modalidades de uso; 2. la persona, más que la sustancia estupefaciente, constituye el centro del programa; 3. la conciencia de que no existen modelos terapéuticos válidos para todos.

Como aspectos positivos en la RD se encuentran las premisas que acabamos de citar, mientras los aspectos negativos —a la luz de la experiencia anglosajona— son: 1. la desvinculación de una

* Ayudante de cátedra, responsable en la División de Medicina, Azienda Ospedaliera Nazionale “Di Venere”, Bari; Perfeccionamiento universitario en bioética, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma.

** Profesor de Bioética en la Escuela para Enfermeras Profesionales “A. Barelli”, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma; Profesor de Teología Moral, Pontificio Ateneo “Regina Apostolorum”, Roma.

tendencia concreta a la recuperación integral de la persona, por lo que los instrumentos adoptados amenazan con reiterar el que la toxicoddependencia se torne crónica; 2. la ideologización de las acciones emprendidas; 3. el predominio de los intereses de la población sobre los de la persona en la utilización del gasto sanitario en conjunto; 4. la inadecuación numérica de los operadores.

En conclusión, la RD como simple “mal menor” no puede ser éticamente aceptada, en cuanto que fomenta una ulterior desresponsabilización de la dependencia, así como su cronicidad. La RD puede, en cambio, considerarse válida sólo como fase inicial de un proyecto encaminado a la superación de la toxicomanía, mediante estrategias como un diálogo más estrecho entre operador sanitario y paciente, el encaminarlo hacia las comunidades terapéuticas y hacia la reinserción laboral y familiar.

Preámbulo

Hasta mediados de los años ochenta las estrategias para la prevención y la lucha contra las toxicomanías se inspiraban esencialmente en tres teorías fundamentales: 1. la liberalización del uso de las drogas; 2. la coerción según las modalidades de la contención temporal, del tratamiento obligatorio y del castigo del toxicoddependiente; 3. las acciones de contraposición.¹

Los motivos aducidos por *la teoría de la liberalización* estribaban en identificar la causa de la difusión de la droga en la ganancia y en la consiguiente transformación del consumidor en despachador, por lo que, liberalizando el mercado, la ganancia se menoscabaría. Si la liberalización impide la explotación económica del toxicoddependiente, no elimina ni reduce el consumo de droga, que continuaría “legítimamente”, difundándose y produciendo los daños individuales y colectivos que todos conocemos. Con el paso de los años, esta teoría ha ido teniendo cada vez menos defensores, por la gradual toma de conciencia de que no se podía

luchar contra el fenómeno de la toxicomanía fomentando su difusión “de Estado”.

La tesis de la coerción defendía tres diversas modalidades de aplicación: la contención temporal (llamada *ad actum*) del uso de la droga por parte del toxicodependiente en caso de necesidad; el tratamiento terapéutico obligatorio de modo análogo a los tratamientos sanitarios previstos para los enfermos mentales;² el castigo del consumidor con medidas restrictivas de la libertad individual (que históricamente se han revelado eficaces sólo en casos limitados y con una breve experiencia de dependencia). En esta teoría se han inspirado las legislaciones de varios países, haciendo variaciones de las tres modalidades citadas, pero sin lograr resultados concretos y definitivos sino cuando se ha dado una armonización con eficaces formas de recuperación terapéutica y de caminos de responsabilización de los toxicodependientes.

La tercera estrategia son las llamadas *acciones de contraposición*, agrupadas comúnmente en acciones de prevención en el ámbito social, en la represión concreta de la distribución y del comercio, y en la activación de la solidaridad civil. Esta teoría por sí sola ha resultado ineficaz si no se integra al mismo tiempo con una acción represiva, puesto que el mercado de la droga es por naturaleza agresivo y violento.

La expansión continua del fenómeno de la toxicomanía, la parcial eficacia de los programas terapéuticos propuestos por las dependencias territoriales al obtener una incidencia significativa de resultados positivos, y la difusión cada vez mayor del virus del HIV y de otras patologías ligadas al intercambio de jeringas usadas, indujeron a algunas dependencias sanitarias de la región de Liverpool (Inglaterra) a proponer como perspectiva de trabajo, desde mediados de los ochenta, la llamada estrategia de “reducción del daño” (*Harm Reduction*). Tal estrategia comenzó a difundirse en Italia inmediatamente después de la primera Conferencia Nacional sobre Estupefacientes y Toxicodependencia, llevada a cabo en Palermo en junio de 1993, y fue retomada íntegramente, con propósitos operativos, por el Grupo Abele de Turín.³

Este trabajo trata de evaluar bajo el perfil bioético esta nueva teoría, analizando sus aspectos tanto operativos y técnico-científicos como legislativos, y qué justificaciones aducen quienes la proponen para su aplicación.

La reducción del daño

La reducción del daño es una política social que tiene por finalidad prioritaria disminuir los efectos negativos del consumo de drogas. Sus objetivos son frenar los daños y los riesgos (individuales y colectivos) vinculados con el uso de estupefacientes, disminuir las muertes por sobredosis, reducir la transmisión del virus HIV y de las demás enfermedades ligadas al intercambio promiscuo de jeringas, mejorar las condiciones del toxicodependiente, limitar los procesos de “criminalización” inducidos por el uso de estupefacientes, y ayudar en el manejo de quienes están en una condición de toxicodependencia (con la finalidad, también, de su reinserción en el contexto laboral y social).⁴

Esta estrategia se abre camino en Italia como un intento de acercamiento realista y respetuoso de las personas y de los problemas (por parte de los operadores de algunas dependencias territoriales para la toxicodependencia de las Unidades Sanitarias Locales y de centros de acogida) como alternativa a la política centrada en la abstinencia.⁵ La experiencia inglesa de la reducción del daño se ha llevado a cabo, como decíamos, con el propósito de disminuir la difusión y la incidencia del consumo de drogas mediante modalidades que fomenten el contacto con una población más amplia de toxicodependientes y, por tanto, con mejores posibilidades de que un número cada vez mayor emprenda el camino de la responsabilización y la solidaridad. En la base de esta nueva opción operativa integradora y no exhaustiva de los precedentes protocolos de acción (terapias graduales con metadona, apoyos psicológicos y sociales, comunidades terapéuticas, etcétera) estaría la toma de conciencia de que “el problema no es la droga sino sus formas de uso”;⁶ la intención de desarrollar una reflexión y un programa fundamentado en la persona y en sus exigencias más que en la sustancia; la conciencia alcanzada de que no existen modelos estándar válidos para todos y de que, por tanto, es acertado recorrer cualquier camino de acción que respete a la persona humana.

La reducción del daño se plantea, en la óptica legislativa de acción sobre las toxicomanías, como declinación de la concepción del Estado en cuanto espacio de promoción y de solidaridad social, más que como estructura formal que asiste indiferente a la afirmación de los fuertes y a la destrucción de los débiles.⁷

La experiencia inglesa en Mersysde es el prototipo de referencia de la estrategia de reducción del daño. En esa área urbana se puso en marcha, en 1986, un programa de intercambio de jeringas, con la finalidad no sólo de reducir el riesgo de transmisión del HIV, sino también de convencer a los toxicodependientes de que entraran en contacto con las dependencias apropiadas para ayudarlos.⁸ La experiencia se llevó a efecto con la colaboración de las fuerzas del orden (que se concretó remitiendo a dichas dependencias a los consumidores detenidos por primera vez en posesión de alguna droga, a fin de evitar el rápido desarrollo de la dependencia que puede ser incentivada por el encarcelamiento) y con la intención de ampliar el contacto con las dependencias de un número mayor de toxicodependientes (piénsese que sólo el 5-10 por ciento de los consumidores está orientado por un programa de remisión, y que cerca del 90 por ciento de los toxicómanos no accede nunca a servicios o centros de acogida). Los objetivos citados se sintetizan en las recomendaciones del *British Government's Advisory Council on the Measure of Drugs*⁹ como estrategia para reducir la difusión del contagio por el virus del SIDA, por vía inyectable, entre los consumidores, esto es, acabar con el intercambio de instrumentos para inyectarse; pasar del consumo por vía inyectable al oral (metadona); reducir la cantidad de droga consumida; lograr la abstinencia y consolidarla.

En relación con la justicia penal, la reducción del daño tiene estos fines: 1. contener el número de los nuevos consumidores mediante acciones de bajo nivel cuidadosas y eficaces (aumentar el tiempo necesario para procurarse la droga; lograr que los extraños desconfíen de los despachadores, etcétera), que integren otras acciones de prevención; 2. alentar a los toxicodependientes a emprender precozmente caminos de remisión, incluso mediante programas que incluyan terapias de mantenimiento como objetivo intermedio (ofrecer instrumentos para que la ley formalice la sutil coerción ya operante por parte del contexto social, a fin de que el toxicodependiente entre en contacto con los servicios de recuperación); 3. minimizar los aspectos negativos de las estrategias represivas recurriendo con más cuidado al encarcelamiento y promoviendo formas alternativas de la detención capaces de reforzar las perspectivas de rehabilitación; 4. atenuar el daño a la comunidad mediante la reducción de los delitos cometidos por los toxicodependientes para procurarse la droga. Se está convencido, en efecto, de que una acción penal selectiva

y cuidadosa, capaz de aumentar el contacto de los toxicodependientes con el sistema de los servicios tiene incidencia positiva en toda la colectividad, puesto que reduce el número de delitos cometidos para procurarse la droga, contiene la difusión del virus del SIDA y abate el gasto público debido al excesivo recurso al encarcelamiento.¹⁰

Se ve claramente que la reducción del daño tiene el objetivo fundamental, incluso en el ámbito penal, de llegar a la parte “sumergida” de los toxicodependientes, aquellos que nunca han sido arrestados ni registrados en una dependencia territorial ni en centro alguno de acogida, a fin de establecer, con esa parte, un diálogo inicialmente de solidaridad humana, y luego de poner en marcha una estructura de recuperación y, al propio tiempo, de abstinencia completa.

El juicio ético

Preámbulo

En el ámbito de las estrategias de acción en las toxicodependencias surgen algunas reflexiones éticas prioritarias: 1. la búsqueda del verdadero bien de la persona humana; 2. el respeto de la libertad y de la autonomía; 3. la protección de cada individuo en particular y de la colectividad.

En el acercamiento al toxicodependiente, en efecto, no se puede dejar de buscar su verdadero bien, que es el integral, es decir, el de toda la persona. Igualmente en la búsqueda de su bien integral se advierte como la opción más correcta la del llamado “mayor bien posible”, que es indudablemente la recuperación de la abstinencia (y no ciertamente del mantenimiento del consumo de droga). La recuperación de la abstinencia es al propio tiempo fruto y germen del bien integral buscado, que de esta manera se hace realidad y se desarrolla y manifiesta conscientemente.

El respeto de la libertad y de la autonomía del toxicodependiente, como de cualquier otra persona, debería tender a la recuperación armónica y total de las capacidades de entender y de querer, es decir, a la libertad completa de las opciones de vida. Una opción de vida es posible y es legítimamente autónoma si es consciente y libre. Por tanto, el fundamento de la libertad y de la autonomía es la liberación misma de la dependencia. El deseo sincero de respetar la autonomía del toxico-

dependiente no puede dejar de prescindir del deseo y la intención de ayudarlo a recuperar su auténtica autonomía, que pasa a través de la liberación de la dependencia de una sustancia. ¿Qué libertad pretendemos respetar cuando, en realidad, estamos indiferentes o pasivos a este tipo de esclavitud?

Finalmente, toda estrategia de acción deberá evitar reducir al toxicodependiente a un “peso” para la sociedad, pues de otro modo no se obtendrá ninguna de las dos intenciones citadas de lograr el bien integral —mayor bien posible— y de la libertad-autonomía. Si no se buscan el bien integral y la verdadera libertad, el daño que de ello se deriva no es sólo para el individuo en particular sino para la colectividad entera, resultando ambos privados de protección solidaria y de promoción humana.

Los aspectos positivos

Desde el punto de vista ético se pueden compartir plenamente tanto los objetivos previstos por la reducción del daño cuanto también su motivación de fondo. Motivación que se expresa en la afirmación de que “no se debe abandonar ni siquiera al que no logra alcanzar la emancipación de la dependencia” y de que “no debe ser abandonado a su problema, en la soledad sin protección, ni siquiera al que se rehusa a desintoxicarse, o que no logra aún aceptar el rigor de un camino terapéutico”.¹¹ Desde este punto de vista parece obligado emprender cualquier acción útil para atenuar “los circuitos de desesperación en todo ese tiempo, a menudo muy largo, en que una persona toxicodependiente no encuentra, no es capaz de encontrar, no quiere encontrar, los medios para zafarse”.¹²

Indudablemente la reducción del daño parece poner en primer plano a la persona humana respecto de la sustancia, y a su experiencia concreta de los problemas y señala claramente la pobreza existencial de los caminos estándar de recuperación no personalizados.

Es de tener en cuenta también que la reducción del daño constituye, de esta manera, una nueva perspectiva de acercamiento al toxicodependiente, no vinculada a programas obligados en busca de la abstinencia y, por tanto, accesible a numerosos usuarios. En realidad, los planes de desintoxicación y recuperación social en Italia han tenido éxito en el 30 por ciento de los casos; y de los toxicodependientes que establecen

contacto con los servicios sociosanitarios, sólo el 10 por ciento entra en una comunidad terapéutica. De estos, sólo la mitad completa el plan de recuperación de la abstinencia. Por lo demás, tanto en Turín como en Roma, cerca del 45 por ciento de los episodios de sobredosis conciernen a personas toxicodependientes desconocidas para los servicios.¹³

Parece, por tanto, que se puede compartir la intención de hacer posible la toma de contacto y el cuidado, aunque sea parcial, de un mayor número de toxicodependientes. Esto se justificaría con el propósito de preservar su vida de la mejor forma posible, a la espera de un posible camino hacia la abstinencia, y de proteger a la comunidad civil contra la transmisión de enfermedades infecciosas (sobre todo del HIV), contra ulteriores cargas debidas a delitos cometidos y el consiguiente encarcelamiento y contra la expansión del fenómeno de las toxicomanías.

Esta estrategia modifica también la política de lucha contra la toxicoddependencia puesta en marcha por las legislaciones de los países occidentales, la cual está basada en la “criminalización”, es decir, que busca “identificar al mayor número posible de consumidores y reprimirlos”,¹⁴ en lugar de recuperarlos. Evita que la medicina y la sanidad pública se encarguen de ellos.¹⁵

Los aspectos negativos

La estrategia de reducción del daño se revela, sin embargo, claramente parcial e insuficiente porque —como se advierte en los países anglosajones— no se vincula con una intención concreta de lograr la recuperación integral de la toxicoddependencia. En consecuencia, también los instrumentos adoptados (disponibilidad y accesibilidad de ayudas sanitarias como jeringuillas y profilácticos; uso de medicamentos sustitutivos como la metadona; acciones asistenciales encaminadas a garantizar un mínimo vital y un sitio donde dormir y estar, en lugar de la calle; la legalización de las drogas ligeras; la prescripción controlada de heroína) parecen en esa hermenéutica imposibles de compartir, en cuanto que se utilizan aisladamente y no en la dinámica de un proyecto de acción global.

Tales ayudas, en efecto, son eficaces en un problema en particular (por ejemplo, proporcionar jeringuillas para evitar el uso promiscuo de una sola jeringa y la consiguiente transmisión potencial de enfermedades),

pero no para la toxicoddependencia globalmente entendida. Más aún, los instrumentos adoptados pueden revelarse como causa de que la dependencia se haga crónica, en una condición desde luego más protegida, pero también más cómoda para el toxicoddependiente y más gravosa para el Estado.

Los riesgos que pueden advertirse son diversos: la posible ideologización de las acciones emprendidas; el predominio de los intereses de la población sobre los de la persona en la utilización del presupuesto sanitario en conjunto; la menor oportunidad de recuperación del incapaz de pasar desde un estado prolongado de “transición” a la abstinencia, haciendo —en una lógica autoritaria— que se confine en un ghetto estable; el que se vuelva crónica la “alianza con el síntoma”; el encarnizamiento rehabilitativo; la pérdida de atención a los problemas existenciales de las nuevas generaciones.¹⁶ Tampoco es secundario el peligro de inadecuación numérica y cualitativa de los operadores frente a una mayor utilización centrada en el requerimiento inicial sólo de metadona, haciendo que se vuelva aleatorio el emprender una seria acción psicosocial rehabilitadora.¹⁷

Por lo demás, la reducción del daño desvinculada de un programa terapéutico fomentaría —como ya se ha dicho— sólo la cronicidad de la toxicoddependencia: se crearía así —como en otro tiempo se hizo con los hansenistas— un “ghetto farmacológico” (e incluso de espacio, dada la propuesta de abrir los llamados *shoot-rooms*) en el cual se confinaría la presencia molesta y peligrosa (tanto en sentido criminológico como infectivo) de los toxicoddependientes.¹⁸

Todo esto llevaría además —como está ocurriendo ya en Italia— a la desmotivación para instrumentar planes de abstinencia en el ámbito comunitario con una gradual clausura de las comunidades terapéuticas y la dispersión de un amplio patrimonio de experiencias de recuperación.¹⁹

Conclusiones

A la luz de lo dicho hasta ahora hay que considerar que el enfoque anglosajón de la reducción del daño no puede ser aceptada éticamente, porque no se plantea como finalidad el restablecimiento pleno de la responsabilidad (o bien la recuperación de la persona entera) de cada

individuo toxicodependiente en particular, sino sólo evitar que se haga ulteriormente mal, perseverando en la desresponsabilización.

En otros términos, no se busca el bien integral y el mayor bien del toxicodependiente, sino solamente un mal menor que continúa privándolo de la libertad de opción y de la autonomía de decisiones en su vida.

El riesgo de hacer crónico el consumo de droga, citado por algunos de sus mismos defensores,²⁰ es más que real, como posible es la gradual desviación de la teoría inicial de la reducción del daño hacia un confinamiento en ghettos de la colectividad toxicodependiente por parte de la población no toxicómana.

En realidad, los “acercamientos tienen por finalidad”, en Liverpool y Amsterdam, “promover cambios en las prácticas compartidas, colectivas, pero no la de cambiar los comportamientos de cada individuo en particular”.²¹ Los “beneficios” serían indudables, como la reducción de la transmisión del HIV y de los delitos contra el patrimonio, ¿pero cuáles serían los daños no “reducidos” sino inducidos? El enfoque adoptado en el prototipo inglés evidencia, en tal sentido, la pérdida de intención de lograr la superación de la toxicodependencia, la lacerante relegación al ghetto, la acción implícita de consolidación de la alianza al síntoma por parte de los toxicodependientes, la pedagógicamente deseducativa tolerancia de estilos de vida desordenados. A nuestro parecer, por tanto, la teoría de reducción del daño —aun cuando presente algunos aspectos de aplicación dignos de reflexión en orden al manejo de los ya toxicodependientes— puede tener otros aspectos dramáticos para las jóvenes generaciones, potencialmente iniciables en la dependencia, en una hermenéutica de subliminal tolerancia del uso de drogas, actuando sobre todo en los grupos social y culturalmente más pobres. Además, la lucha contra la toxicodependencia debería basarse en señales claras y no en claroscuro. Si el intercambio de jeringas estériles puede tener un sentido sanitario, el mensaje subyacente es, por lo menos, el de la no deslegitimación del comportamiento adoptado. Por tanto, parece éticamente necesario, en una correcta visión personalista, promover una recuperación no sólo “material”, sino “integral” del toxicodependiente. En efecto, es posible identificar claramente estilos de vida de riesgo en el ámbito de una educación colectiva, si se reconoce salvaguardar la autonomía de las opciones personales de autorrealización prescindiendo de los derechos ajenos. En otras palabras, si la reducción del daño puede parecer una

forma de solidaridad social orientada a evitar los efectos perjudiciales, es igualmente cierto que no lleva a abandonar un estilo de vida desordenado sino que, por el contrario, hace que se considere inocuo.²² Con esto se responde a quien considera que puede ser el más infatigable defensor del valor de la vida “siendo mejor cuidar al toxicodependiente, acompañándolo mientras este se libera de la dependencia” en comparación con lo que proponen otros autores” que la ayuda consista en obligarlos a liberarse de la dependencia con el medio que sea, mientras el medio sea lícito.²³

No se puede dejar de considerar que el estilo de vida del toxicodependiente es en sí de riesgo, independientemente de su proyección sobre el SIDA. Es así porque se mantiene bajo el aspecto llamado *natural perjudicial* para el agente mismo (dependencia de una sustancia, patologías correlacionadas no infectivas, disociación entre *psique* y *soma*, gradual debilitamiento de la voluntad de autocontrol, incapacidad de hacer opciones autónomas de vida, etcétera); es desviante bajo el perfil social, porque sustrae al individuo de sus propias obligaciones comunitarias civiles para con los demás y el Estado mismo, y es moralmente inaceptable porque ofusca la dignidad humana del sujeto y hace imposible una auténtica coexistencia humana.

Por consiguiente, si la reducción del daño es válida sólo bajo el perfil de estímulo cultural y solidarista, no puede sino llevar nuevamente a una vigorosa reafirmación de la necesidad de conseguir operativamente, mediante cualquier esfuerzo, la superación de la toxicomanía. Es decir, los instrumentos propuestos pueden ser aceptados sólo como realmente temporales y dirigidos a la meta de la abstinencia, esto es, a la recuperación de la dignidad integral de la persona. En esta proposición no se puede dejar de desear, en la explicitación italiana de esta estrategia, una revalorización del papel del diálogo personal entre toxicodependiente y operador como momento fundamental de actuación y superación de la reducción del daño. El camino de *atenuación* de la toxicodependencia debería procurar claramente una recurrente incitación paralela a la opción de la abstinencia, a través no sólo de momentos de acercamiento verbal sino también de etapas que hay que alcanzar, como la administración gradual de metadona, el incremento del diálogo con un trasfondo psicológico, el control sanitario de las patologías correlativas, la

orientación y el ingreso en las comunidades terapéuticas, la reinserción familiar y laboral.

La reducción del daño podría convertirse, así, en la fase inicial de contacto por parte de los servicios territoriales para las toxicodependencias con los toxicodependientes, a la que hay que hacer seguir, con una clara vinculación propedéutica, la fase de sustitución y de abstinencia, desarrollando una fase final de integración con las comunidades terapéuticas. Un enfoque semejante respondería a los criterios éticos recordados, recalificaría y volvería a motivar a los operadores de los Servicios Públicos, recuperaría el patrimonio de experiencias de las Comunidades Terapéuticas, conservaría mensajes claros hacia la opinión pública (llamada a acoger y no a marginar) y hacia las nuevas generaciones en cuanto a la dependencia de sustancias psicotrópicas.

Además, la opción de la mera aplicación de la experiencia anglosajona y para una nueva reelaboración italiana, hay que hacerla en la consideración serena y firme de que “no es posible obtener resultados válidos y positivos manteniéndose en esa lógica perversa que es la toxicomanía”.²⁴

Referencias bibliográficas

¹ SGRECCIA, E., *Manuale di Bioetica. II. Aspetti medico-sociali*, Milán: Vita e Pensiero, 1991: 196-201.

² Cfr. Ley (italiana) n. 180/1979, art. 10; Ley n. 833/1978: precisamente el deber del Estado de proteger la vida y la persona de cualquier ciudadano en situación de peligro o en condiciones de incapacidad incluso parcial de entender o de querer.

³ AA.VV., *La riduzione del Danno*, Turín: Edizioni Gruppo Abele, 1994.

⁴ PEPINO, L., *Riduzione del danno e “caso italiano”*, en AA.VV., *La Riduzione...*, p. V.

⁵ PAGNOTTI, S., *Processo alle Comunità*, Famiglia Cristiana 1994, 46: 34; RIGOLI, G., *Nuove droghe. Nuovi consumatori*, Rocca 1994, 11: 28-30.

⁶ PEPINO, *Riduzione...*, p. X.

⁷ *Ibid.*, p. XI.

⁸ O'HARE, P.A., *Note sul concetto di riduzione del danno*, en AA.VV., *La Riduzione...*, p. 2.

⁹ British Government's ADVISORY COUNCIL ON THE MEASURE OF DRUGS (ACMD), *AIDS and drugs misuse* (part 1), Londres: Her Majesty's Stationery Office (HMSO), 1988; ID., *AIDS and Drugs Misuse* (part 2), Londres: HMSO, 1989.

¹⁰ PEARSON, G., *Droghe e giustizia penale*, en AA.VV., *La Riduzione...*, p. 37.

¹¹ GROSSO, L., *Riduzione del danno e liberazione dalla droga: un'alleanza possibile*, en AA.VV., *La Riduzione...*, p. 267.

¹² *Ibid.*

¹³ GROSSO, *Riduzione...*, p. 268.

¹⁴ DRUCKER, E., *La politica sulla droga negli Stati Uniti*, en AA.VV., *La Riduzione...*, pp. 98-109.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ GROSSO, *Riduzione...*

¹⁷ RIGOLI, *Nuove droghe...*, p. 30.

¹⁸ *Ibid.*, p. 29.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ GROSSO, *Riduzione...*

²¹ STIMSON, G.V., *Salute pubblica e comportamenti individuali nella prevenzione dell'infezione da HIV*, en AA.VV., *La Riduzione...*, p. 66.

²² COTTA, S., *La prevenzione: persona umana e responsabilità*, Actas de la IV Conferencia Internacional "Vivir: ¿para qué? El SIDA", *Dolentium Hominum* 1990, 13 (1): 151.

²³ GROSSO, *Riduzione...*, p. 267.

²⁴ SGRECCIA, *Manuale di Bioetica. II...*, p. 259.



*P. Gonzalo Miranda, Dra. Martha Tarasco Michel
Mons. Elio Sgreccia, Dr. Oscar Martínez*

Bioética clínica. Nefropatías crónicas y embarazo: riesgo renal materno

Implicaciones para el llamado aborto “terapéutico”

G. Stirati, A. Pierucci,* E. Boccia,* C. Mazzoni,*
R. Colonnelli,* A.R. Rocca,* A. Pacci,** A.G. Spagnolo****

Resumen

En este estudio, partiendo de un caso clínico de embarazo en una paciente afectada de nefropatía por IgA (enfermedad de Berger), se discuten dos problemas: el riesgo renal materno en las nefropatías crónicas y las “indicaciones” para el llamado “aborto terapéutico”.

Se hace hincapié en las modificaciones fisiológicas de la función renal y de la presión arterial en el embarazo, cuyo conocimiento es indispensable para una correcta evaluación clínica de cada caso en particular. Se presentan, asimismo, la casuística personal y una reseña de la literatura más reciente acerca de los efectos del embarazo en la función renal de las pacientes nefropáticas crónicas.

Se concluye que el embarazo no ejerce en sí efectos perjudiciales en el decurso de tales nefropatías, por lo menos en las pacientes cuya función renal resulta cercana a la normal en el momento de la concepción. El pronóstico parece más reservado en caso de insuficiencia renal (creatinemia >1.4 mg/dl).

Finalmente se exponen algunas consideraciones éticas sobre el llamado “aborto terapéutico” subrayando que, gracias a los

* Cátedra de Nefrología

** II Clínica Obstétrica y Ginecológica, Universidad de los Estudios “La Sapienza”, Roma;

*** Instituto de Bioética, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma.

avances actuales en el campo obstétrico, nefrológico y neonatológico, el aborto no encuentra lugar lógico entre los modernos criterios asistenciales. De todos modos, se llama la atención de los operadores sanitarios sobre el constante magisterio de la Iglesia católica dirigido a reiterar el valor y la inviolabilidad de la vida humana.

El caso clínico

F. B. es una joven de 26 años, que desde hace cerca de tres años presenta macrohematuria recurrente con ocasión de episodios febriles. Los análisis de laboratorio manifiestan una microhematuria persistente y una proteinuria de 500 mg/24 h. Sustancialmente en los límites de la norma se encuentran la creatininemia (0.7 mg/dl) y el aclaramiento de la creatinina (102/80 mmHg).

Hospitalizada en el servicio de Nefrología de la 2a. Clínica Médica de la Universidad de Roma, "La Sapienza", es sometida a biopsia renal percutánea, mediante la cual se establece un diagnóstico de glomerulonefritis mesangial focal y segmental por inmunoglobulinas de clase A (IgA) (enfermedad de Berger). Se trata de una dolencia que a menudo tiene un curso benigno, pero que puede determinar, en un cierto número de casos (especialmente aquellos en los que, junto a lesiones glomerulares, se advierten también lesiones tubulo-intersticiales), aparición de hipertensión arterial y progresivo deterioro de la función renal, hasta una grave insuficiencia renal crónica. La joven es de todos modos dada de alta sin terapia alguna, no existiendo una terapia específica para la enfermedad.

Al año siguiente, la paciente queda embarazada por primera vez, pero su médico de cabecera y el ginecólogo consultado aconsejan la interrupción del embarazo por motivos llamados "terapéuticos", previendo, en caso de que continuara, un grave riesgo de complicación de la función renal materna con la necesidad consiguiente de hemodiálisis. Antes de tomar una decisión cualquiera la paciente pide una consulta en el con-

sultorio externo de nefrología de la institución universitaria en la que se había llevado a cabo la comprobación del diagnóstico biópsico y se le informa que, por el contrario, en relación con los datos de la biopsia y de los análisis de laboratorio, e incluso a la luz de la más reciente literatura internacional, el riesgo renal materno se ha de considerar prácticamente inexistente. La paciente decide por tanto no interrumpir el embarazo, que procede de hecho normalmente y concluye a término con un parto espontáneo, sin modificaciones de la presión arterial ni de la función renal. A un año del parto, la presión y la creatininemia presentan valores superponibles a los del pre-embarazo.

El caso presentado pone en evidencia que la evaluación de las relaciones recíprocas entre nefropatías crónicas y embarazo, esto es, de los efectos de las nefropatías sobre el resultado del embarazo por una parte, y de los efectos del embarazo sobre la nefropatía, por la otra, es hasta ahora objeto de controversia, por lo menos en lo referente a las nefropatías de entidad leve-moderada.¹

Son diversos los interrogantes que generalmente las pacientes nefropáticas plantean al nefrólogo: ¿hay motivos fundados para desaconsejar el embarazo? ¿Se pueden prever complicaciones en el curso del embarazo? ¿Se pueden prever daños fetales? ¿Se puede prever un agravamiento permanente de la nefropatía como consecuencia del embarazo?

Las respuestas a tales preguntas deben ser seriamente argumentadas puesto que, como demuestra la experiencia clínica, en la mayor parte de los casos las decisiones importantes de fuerte valencia ética —que van desde no iniciar un embarazo hasta la interrupción voluntaria del mismo— dependen de una sobrevaloración de los riesgos.

Una correcta información nefrológica es, por otra parte, necesaria incluso para los operadores sanitarios implicados (médicos que están al cuidado de la paciente, obstetras, pediatras, anestesistas, médicos de los centros de diagnóstico prenatal), tanto porque su consejo es a menudo determinante en las decisiones de la pareja, como porque ellos mismos pueden, independientemente del nefrólogo, proponer a la pareja, con autoridad no convalidada por los conocimientos actuales, soluciones extremas, presentadas como remedios sin alternativa (aborto llamado “terapéutico”, esterilización).

Para fundamentar las respuestas sobre datos científicos y no sobre experiencias anecdóticas, hoy es necesario conocer y considerar: a) las

modificaciones fisiológicas renales y de la presión arterial (PA) que intervienen en el curso del embarazo; b) los datos clínicos y experimentales de la más reciente y acreditada literatura, y c) los continuos avances en materia de diagnóstico, profilaxis y terapia en los campos nefrológico, obstétrico y neonatológico.

La estrecha colaboración entre nefrólogo, obstetra y pediatra representan, en efecto, los principales factores de un resultado favorable materno-fetal.

Estas mismas respuestas ofrecen, finalmente, la ocasión para algunas consideraciones éticas sobre el llamado aborto "terapéutico", que haremos como conclusión del estudio.

Modificaciones fisiológicas renales y de la Presión Arterial (PA) en el embarazo

La Tabla 1 resume las principales modificaciones fisiológicas inducidas por el embarazo.²

Tabla 1
Función renal en el embarazo

	<i>Control</i>	<i>Embarazo normal</i>
FPR (ml/min)	600/70	Aumentado
FG (ml/min)	103/9.8	Aumentado
Creatininemia (mg/dl)	0.67/0.07	0.46/0.13
Bun (mg/dl)	13/3	8.7/1.5
Proteinuria (mg/24 h)	<150	<300
Uricemia (mg/dl)	2-5	Reducida

Leyenda: FPR = flujo plasmático renal; FG = filtrado glomerular; Bun = nitrógeno úrico sérico.

El flujo plasmático renal (FPR) se advierte sensible y persistentemente aumentado: del 50-70 por ciento en los dos primeros trimestres, al 40 por ciento en el tercer trimestre.

El filtrado glomerular (FG) aumenta, desde las primeras semanas, en cerca del 50 por ciento, y se mantiene en tales valores hasta la semana 36; sucesivamente, aun persistiendo sobre los valores normales, se reduce levemente hasta llegar a término el embarazo. A causa del aumento del FG se reducen tanto el nitrógeno úrico como la creatinemia. Se sigue de ello que, en el embarazo, valores considerados como normales en una paciente no embarazada, pueden indicar una leve insuficiencia renal.

También la excreción proteínica diaria puede resultar aumentada, sin que se superen no obstante los 300 mg/24 h.

La excreción y el aclaramiento del ácido úrico aumentan precozmente. Se sigue de ello una significativa reducción de la uricemia, que alcanza el máximo en el segundo trimestre.

No obstante, la hiperuricemia, importante elemento para el diagnóstico de preeclampsia, sólo se puede diagnosticar con certeza cuando se conocen los valores uricémicos pre-embarazo.

La presión arterial se reduce precozmente, se mantiene relativamente reducida en el primer y segundo trimestre, para llegar lentamente a cerca de los valores pre-embarazo en el tercer trimestre. Los valores máximos de la norma de PA diastólica se consideran generalmente de 75 mmHg en el segundo trimestre y 85 mmHg en el tercer trimestre. El no reconocer tales variaciones fisiológicas de la PA, puede comportar errores de diagnóstico. Por ejemplo, en el primer trimestre pueden ser interpretados como "normales" los valores de algunas pacientes con hipertensión esencial pre-embarazo en las que se haya verificado el decremento fisiológico de la presión.

Análogamente, las mismas pacientes podrían ser consideradas como preeclámpsicas en el tercer trimestre, es decir, cuando la PA fisiológicamente retorna a cerca de los valores pre-embarazo.

Efectos del embarazo en la función renal

Embarazo normal. Con base en los datos experimentales, actualmente se considera que períodos prolongados de vasodilatación renal pueden perjudicar a los glomérulos, provocando su esclerosis focal progresiva y dando por resultado una grave insuficiencia renal. El modelo experimental está constituido por ratones normales sometidos a una extensa ablación del parénquima renal, o bien por ratones convertidos experi-

mentalmente en diabéticos. En tales animales se puede documentar, mediante micropunción del nefrón, un sustancial incremento de la filtración glomerular (hiperfiltración) debido a: a) un aumento del flujo plasmático glomerular, mediado por una vasodilatación de la arteriola aferente; b) un aumento de la presión al interior del capilar glomerular (aumento del gradiente de la presión transcápilar), inducido por una desproporcionada vasodilatación de la arteriola eferente.³

El prolongado incremento de la presión intraglomerular constituiría la primera causa del daño glomerular. La administración de inhibidores de la enzima que convierte la angiotensina (ACE-inhibidores) y la dieta hipoproteínica, medidas que reducen tal presión, parecen ejercer un efecto protector respecto del establecimiento o del avance del daño glomerular.⁴ El embarazo que comporta un fisiológico estado de hiperfiltración y de vasodilatación renal duradera podría presentar analogías con los modelos experimentales antes descritos. Sin embargo, la experiencia clínica muestra la ausencia de daño funcional renal en las mujeres normales *grande múltiparas* (hasta 10 embarazos, equivalentes a 90 meses de hiperfiltración). Además, en estos últimos años, Baylis y Rennke han demostrado también, en animales, que el embarazo, aun repetido y próximo, no se acompaña de pérdida de nefronas.⁵ Los autores han estudiado en ratones normales los efectos de 5 períodos próximos de embarazo-lactancia. Esto equivale a una vasodilatación persistente durante 6-7 meses, período que representa cerca del 25 por ciento de la vida de una rata. El estado funcional y los hallazgos histológicos se pueden superponer a los encontrados en animales vírgenes durante el mismo período de tiempo.

La diferencia sustancial, respecto de los otros modelos experimentales de hiperfiltración, consiste en que en el embarazo normal, aunque sea repetido, interesando la vasodilatación gravídica proporcionalmente tanto a la arteriola aferente como a la eferente, no se verifica un incremento sustancial de la presión intraglomerular, el cual, a juicio de los autores, constituye el principal factor de daño glomerular.⁶

Nefropatías experimentales. El modelo experimental de embarazos repetidos ha sido estudiado en ratas mononefrectomizadas y mantenidas a dieta hiperproteínica.⁷ Aun cuando, en estricto rigor, no se puede hablar de nefropatías experimentales, se trata sin embargo de animales cuyo estado funcional se caracteriza por ese aumento del gradiente de la

presión transcápilar en las nefronas supervivientes que, con el paso del tiempo, puede inducir grave esclerosis glomerular. En los animales estudiados no se han observado modificaciones de ese gradiente ni de excreción proteínica, respecto de los animales vírgenes de control de la misma edad. Además, la respuesta vasodilatadora funcional renal a la carga endovenosa de aminoácidos (reserva renal) resultó mejor conservada en los animales multigrávidos que en los animales vírgenes de control.

Finalmente, en ratas también se han estudiado los efectos del embarazo en un modelo de glomerulonefritis por anticuerpos anti-membrana basal.⁸ No se observaron, a corto plazo, ni incremento del gradiente de presión transcápilar, ni empeoramiento de la función renal, ni modificaciones morfológicas respecto de los animales vírgenes. Se debe más bien señalar que, a pesar de la existencia de la glomerulonefritis, el embarazo inducía una ulterior, modesta vasodilatación con incremento del FPR. Es necesario subrayar, sin embargo, que en este modelo experimental el daño funcional es relativamente leve. Hasta ahora no se cuenta con datos sobre los efectos del embarazo en modelos experimentales con daño funcional moderado-grave.

Nefropatías clínicas. Para un correcto estudio de los efectos del embarazo en el curso de las nefropatías crónicas se requiere hacer algunas consideraciones preliminares sobre los límites del uso de la creatininemia para la valoración del FG.

Un paciente nefropático crónico genérico puede perder hasta el 50 por ciento de la función renal y, sin embargo, mantener valores de creatininemia inferiores a 1.4 mg/dl. En otro lugar hemos demostrado la correlación entre creatininemia y filtrado glomerular efectivo, medido como aclaramiento de la inulina en pacientes afectados por enfermedad glomerular.⁹ De hecho, si la creatininemia fuera eliminada únicamente mediante filtración glomerular, una reducción de la mitad del filtrado glomerular calculado como aclaramiento de la inulina, debería inducir un aumento de la creatininemia de 1 a 2 mg/dl. Sin embargo, debido a la creciente secreción tubular de la creatinina, se verifica sólo un leve y menospreciable incremento de la creatininemia. Análogamente, el aclaramiento de la creatinina puede resultar "normal" en cerca de la mitad de los pacientes con aclaramiento de la inulina en torno a 60 ml/min, y en el 25 por ciento de los pacientes con aclaramiento en torno a 50 ml/min.

En caso de un mayor compromiso funcional —esto es, cuando la creatininemia supera los 2 mg/dl—, los valores plasmáticos expresan más fielmente el estado funcional real, debido a que se alcanza el máximo transporte tubular de la creatinina.

Con base en las anteriores consideraciones, se debe concluir que, para evaluar el efectivo estado funcional de la paciente, es preferible el aclaramiento de la creatinina a la simple creatininemia. Esto resulta tanto más necesario cuanto que en las pacientes nefropáticas crónicas la nefropatía puede mantenerse por mucho tiempo clínicamente silente y sin graves alteraciones de los principales constituyentes plasmáticos, hasta llegar a reducciones del filtrado glomerular del 75 por ciento. No obstante, alteraciones funcionales de tal entidad, aun cuando sean asintomáticas o incapaces de alterar la homeostasia de pacientes no embarazadas, pueden representar un riesgo importante para las pacientes embarazadas.

Los efectos del embarazo en el decurso de las nefropatías crónicas son hasta ahora objeto de interpretaciones contrapuestas. Mientras hay concordancia en que en el curso de la gestación se verifica un incremento transitorio de la proteinuria, de la hipertensión y de la creatininemia,¹⁰ la controversia se centra en los eventuales efectos perjudiciales del embarazo en el pronóstico renal a largo plazo.¹¹

Sin embargo, con base en un atento examen de los casos más recientes, podría tratarse de diferencias de opinión más aparentes que reales, referentes a los criterios de selección de las pacientes. Efectivamente, es probable que en los centros nefrológicos, donde se concentran pacientes portadoras de nefropatías de grado más avanzado, se efectúe una sobreestimación de las pacientes con pronóstico materno-fetal desfavorable.

Con base en los datos de una amplia casuística, la gran mayoría de los autores considera que en la casi totalidad de los casos —y en presencia de las siguientes condiciones favorables: 1) función renal pre-concepción normal o sólo levemente comprometida; 2) proteinuria ausente o levemente moderada (<3.5g/24 h); 3) PA normal o sólo mínimamente aumentada, el pronóstico materno-fetal se ha de considerar excelente, independientemente de la naturaleza de cada nefropatía básica en particular.¹²

Para valorar la implantación del embarazo en el decurso natural de las nefropatías con más precisión, Jungers y colaboradores confrontaron las curvas actuariales de supervivencia renal de dos grupos de pacientes

afectadas por glomerulonefritis crónica primitiva con insuficiencia renal ausente-leve, en las cuales la variable consistía en haberse embarazado o no después del inicio clínico de la nefropatía.¹³ Los dos grupos de pacientes podían ser comparados por edad, tipo histológico de la nefropatía y valores basales de función renal, proteinuria y PA. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Tales resultados permiten concluir que el embarazo no ejerce en sí efectos perjudiciales en las nefropatías crónicas, por lo menos en las pacientes cuya función renal es normal o cercana a la normal en el momento de la concepción. Se debe reconocer, sin embargo, la posibilidad de casos de rápido e irreversible deterioro de la función renal incluso en pacientes con función renal normal o sólo moderadamente reducida.¹⁴ Se trata de eventos imprevisibles que deberían ser particularmente temidos en presencia de grave daño histológico glomerular y/o túbulo-intersticial.¹⁵

Cuando la función renal está moderadamente comprometida (creatininemia $>1.4 < 2.8$ mg/dl), el pronóstico materno-fetal es más reservado, aun cuando es difícil sacar conclusiones generales debido al número relativamente escaso de casos referidos en la literatura.¹⁶

En condiciones de insuficiencia renal más grave (creatininemia >2.8 mg/dl), las probabilidades de embarazo son bastante reducidas, a causa de la frecuente anovularidad de los ciclos.¹⁷ En los raros casos en que el embarazo procede, el riesgo renal materno resulta aún mayor.

En la Tabla 2 se resumen los datos de la literatura más reciente acerca del pronóstico materno-fetal del embarazo en las pacientes nefropáticas crónicas.¹⁸

Tabla 2
Perspectivas del embarazo en pacientes con nefropatía crónica

Condiciones renales pre-embarazo	Complicaciones en el curso del embarazo	Resultado obstétrico favorable	Empeoramiento permanente de la función renal
IR ausente-leve	27	95(85)	<5(9)
IR moderada	49	90(59)	25(71)
IR grave	84	48(8)	53(92)

Leyenda: IR = insuficiencia renal.

Los números representan los porcentajes de 1,914 embarazos en 1,326 pacientes. Los números entre paréntesis se refieren a complicaciones surgidas antes de la semana 28 de gestación (de: Davison, Baylis, Pregnancy...).¹⁸

Casuística personal

Materiales y métodos. Se tomaron en consideración 23 embarazos en 22 pacientes de edades comprendidas entre los 22 y los 37 años (promedio: 29.5 años/4.24 DS) de las cuales 11 eran primigrávidas. En 5 pacientes se presentaba hipertensión arterial pre-embarazo (PA diastólica >90 <100 mmHg). En todas las pacientes los valores de creatininemia pre-embarazo eran <1.4 mg/dl (rango: 0.6 - 1.2; promedio: 0.83/0.18 DS).

En 14 pacientes estaba presente una proteinuria pre-embarazo >250 mg/24 h (rango: 0 - 3,000; promedio: 560/794 DS). En 11 pacientes seleccionadas al azar entre la 14a y la 16a semana de gestación se había iniciado un tratamiento con 50 mg/día de ácido acetilsalicílico (ASA), para la profilaxis de la preeclampsia.

En 11 pacientes se practicó una nefrobiopsia con los siguientes diagnósticos histológicos: nefropatía por IgA (4 casos), nefropatía lúpica (3 casos), glomerulosclerosis focal (1 caso), glomerulonefritis mesangial (1 caso), glomerulonefritis membrano-proliferativa (1 caso) y nefrosclerosis benigna (1 caso). Para las demás se estableció un diagnóstico clínico de: glomerulonefritis crónica de naturaleza no determinada (5 casos), pielonefritis crónica (3 casos), nefropatía de reflujo (2 casos) y riñón poliquístico (1 caso).

Antes del embarazo, en su transcurso (en promedio por lo menos 3 observaciones cada trimestre) y a distancia de 6 meses de producido el parto, se evaluaron: creatininemia, proteinuria /24 horas y PA sistólica.

La creatininemia se determinó por medio de autoanálisis, y la proteinuria por el método colorimétrico. La PA se determinó en la paciente en posición sentada, durante por lo menos 10 minutos, con esfigmomanómetro de mercurio, como promedio de 3 determinaciones ejecutadas con un minuto entre una y otra. Las variaciones de los parámetros estudiados respecto de los valores pre-embarazo se valoraron como sigue: reducción del FG = aumento de la creatininemia/50 por ciento; aumento

de la PA = PA 160/90 mmHg en las pacientes anteriormente normotensas, o bien incremento de 30/20 mmHg en las pacientes anteriormente hipertensas; aumento de la proteinuria = aumento 100 por ciento.

En las pacientes hipertensas la PA se controló durante el embarazo con nifedipina o alfametildopa o metoprolol en dosis suficientes para mantener la PA diastólica <90 mmHg.

Resultados. La duración media del embarazo en las 22 pacientes de nuestra casuística fue de 36 semanas (<de 32 semanas en 5 pacientes). En 8 pacientes (35 por ciento), 2 de las cuales fueron tratadas con ASA y 6 no tratadas, se verificó preeclampsia.

En 18 pacientes (79 por ciento) el filtrado glomerular no experimentó reducción alguna, ni en el curso del embarazo ni al término del seguimiento. En 4 (17 por ciento), 3 de las cuales eran preeclámpsicas, la creatininemia experimentó un incremento reversible intragravídico. Sólo en un caso (4 por ciento) el incremento se mantuvo al término del seguimiento.

El aumento de la proteinuria, que se registraba en el curso del embarazo en 3 pacientes (13 por ciento) todas preeclámpsicas, no persistió al término del seguimiento en ninguna paciente.

El resultado fetal fue positivo en 20 pacientes (87 por ciento). En las otras 3 pacientes, todas preeclámpsicas, se verificaron muerte intrauterina en la 25a semana (1 caso) y muerte perinatal (2 casos) por inmadurez pulmonar después de parto por cesárea en la 28a semana y la 31a semana de embarazo. El peso neonatal promedio fue de 2,305 gramos. El parto se llevó a cabo en 19 casos (83 por ciento) por cesárea. La Tabla 3 resume los resultados descritos.

Tabla 3
Efectos inmediatos y a largo plazo del embarazo
en 22 pacientes con nefropatía crónica leve

Incremento PA		Incremento proteinuria		Reducción FG	
T.	P.	T.	P.	T.	P.
30%(7)	0	13%(3)	0	17%(4)	4%(1)

T Transitorio;

P Permanente (al término del seguimiento de 6 meses);

Entre paréntesis el número de casos.

Discusión. Los resultados de nuestro estudio, llevado a cabo en pacientes afectadas de nefropatías crónicas sin insuficiencia renal, concuerdan con los datos de la literatura más reciente,¹⁹ confirmando que el embarazo comporta un mínimo riesgo materno de empeoramiento permanente de la función renal.

En efecto, al término del seguimiento de 6 meses, sólo en una paciente (4 por ciento) se observó una reducción de la función renal respecto de los valores pre-embarazo, mientras en ninguna de ellas persistieron la proteinuria y el incremento de la PA.

Estos datos, juntamente con los de la literatura anteriormente citada, permiten dar una respuesta documentada y tranquilizadora a la pregunta de la paciente nefrótica sobre las probabilidades de agravamiento permanente de la nefropatía.

Más reservada debe ser la respuesta en relación con las probabilidades de complicaciones en el curso del embarazo y de daños fetales. Es necesario señalar la elevada incidencia de preeclampsia que parece condicionar el resultado fetal: efectivamente, los 3 casos desfavorables de nuestra casuística se verificaron en 3 de las 8 pacientes preeclámpsicas.

Se debe observar, no obstante, que cualquiera que sea el grado de gravedad de la nefropatía crónica, el pronóstico fetal mejora estableciendo controles materno-fetales periódicos durante toda la duración del embarazo y, en caso de complicaciones, evaluando con mucho cuidado el tiempo del parto. Así, hasta la semana 32 de gestación, las pacientes deberían ser controladas cada dos semanas; desde la 32a semana, y hasta el final, cada semana. Junto con los exámenes de rutina deberían llevarse a cabo:

1) aclaramiento de la creatinina, examen de orina con dosificación de la proteinuria/24 horas, cultivo de orina con antibiograma, uricemia, GOT, GPT, hemocromometría con recuento plastrínico, PT, PTT, fibrinogenemia;

2) control de la PA (en caso de valores dudosos llevar a cabo monitoreo continuo/24 horas);

3) examen ecográfico (biometría fetal) para el monitoreo del crecimiento fetal, y cardiotocografía prenatal "no estresante";

4) examen fluximétrico en los casos en que se presenten hipertensión arterial y/o retraso del crecimiento intrauterino.

La decisión de anticipar el parto hay que tomarla teniendo en cuenta las condiciones materno-fetales, considerando en todo caso que, independientemente de la edad gestacional, un feto con peso de por lo menos 1,500 gramos sobrevive mucho mejor en una unidad de terapia intensiva neonatal que en un ambiente uterino que se ha hecho hostil. Las indicaciones para el parto pretérmino son: el sufrimiento fetal grave, un significativo empeoramiento de la función renal, hipertensión no controlable con la terapia y la preeclampsia grave.

Consideraciones éticas y conclusiones

Con base en los estudios experimentales y clínicos anteriormente discutidos y en nuestra experiencia personal, se puede concluir que el embarazo, aun representando una condición de hiperfiltración glomerular duradera, no constituye en sí —precisamente por las particularidades hemodinámicas del estado gravídico— una eventualidad desfavorable para el avance del daño glomerular en las nefropatías crónicas. Estas conclusiones, válidas en más del 95 por ciento de los casos y compartida ya por la gran mayoría de los autores, han sido obtenidas al estudiar nefropatías crónicas leves, esto es, en ausencia de un compromiso funcional más grave (creatininemia >1.4) y de hipertensión arterial no mínima, que representan notoriamente factores de riesgo mucho más graves e independientes.

Ciertamente, es obligado tener presente la elevada incidencia de preeclampsia (35 por ciento) que puede condicionar, especialmente si aparece precozmente, el resultado fetal. Igualmente se debe considerar que, en las nefropatías crónicas que se acompañan de insuficiencia renal medio-grave e hipertensión arterial de mayor entidad, el pronóstico materno-fetal es indudablemente más reservado.

Llegados a este punto, merece que se hagan algunas consideraciones éticas a propósito del llamado “aborto terapéutico”, al que se recurre a veces con demasiada facilidad, en situaciones clínicas que ciertamente pueden requerir un mayor empeño en el plano asistencial a fin de que continúe el embarazo.

Las nefropatías representan una de esas condiciones que se proponen frecuentemente entre las “indicaciones” médicas para el aborto “tera-

péutico”, tanto en el primer como en el segundo y el tercer trimestre.²⁰ Ahora bien, hay que apresurarse a decir que el adjetivo “terapéutico” no se refiere a terapia alguna, sino en sentido impropio y ampliado. La medicina moderna ha progresado notablemente y en la actualidad es posible mantener compensadas prácticamente a todas las pacientes afectadas de cardiopatías, nefropatías e hipertensión grave incluso durante la gestación, permitiendo así a muchas mujeres poder dar a luz a su hijo.²¹ Incluso en el caso en que el embarazo represente una condición de real agravamiento para la salud de la madre se puede disponer siempre de medios terapéuticos diversos en lugar del aborto. Por lo cual, mientras por una parte en la actualidad han aumentado fuertemente las reservas sobre la fundamentación médica del aborto como “indicación”, por la otra parecen ir disminuyendo gradualmente los casos en que, a falta de alternativas terapéuticas, subsiste un auténtico peligro para la vida o la salud de la madre. En esencia, como acto capaz de sustraer a la mujer a un peligro inminente, ya desde hace varias décadas el aborto ha perdido realmente mucho terreno y no encuentra un lugar lógico en los modernos criterios asistenciales.²²

El caso presentado al principio, frecuente en la práctica nefrológica, es un caso de “indicación” aún más matizada. El problema no concierne, en efecto, a la objetiva gravedad de la nefropatía, al tratarse de una forma leve y sin problemas clínicos, sino más bien al pronóstico materno presentado de forma bastante pesimista, sin tener en cuenta los datos mucho más reconfortantes de la reciente literatura internacional.

Este caso es uno de tantos ejemplos de la grave responsabilidad que tienen los que están cerca de la mujer y que directa o indirectamente la inducen al aborto, a veces sin tener siquiera una justificación médica, sino sólo por superficialidad o desinformación. En su última encíclica sobre el valor y la inviolabilidad de la vida humana, Juan Pablo II lo ha recordado con firmeza: “No raramente la mujer está sometida a presiones tan fuertes que se siente psicológicamente obligada a ceder al aborto. *También son responsables los médicos y el personal sanitario cuando ponen al servicio de la muerte la competencia adquirida para promover la vida*” (la cursiva es nuestra).²³ Ciertamente, pueden verificarse en el curso de un embarazo situaciones mucho más graves, situaciones que, sin embargo, imponen una atención múltiple: no sólo al drama subjetivo de la mujer y a la implicación personal y profesional de los obstetras y

de todos los demás especialistas, sino también al valor objetivo de todas las personas involucradas, incluido el feto. En general, incluso en casos dramáticos como aquellos en los que la continuación de un embarazo no sólo representa un riesgo cierto de vida para la madre, sino que ni siquiera permite salvar al niño, no es lícito matar directamente al feto aunque ello pueda representar la salvación de la madre: el matar directamente no es un acto médico ni un acto ético, y ninguna vida puede ser directamente sacrificada por otros aunque sea para salvar la vida de otra persona. Por ello, incluso en esta situación el médico tiene el deber de sostener tanto la vida de la madre como la del feto y ofrecer todos los medios terapéuticos para la salvación de ambos. Y entre estos medios no está incluido el de matar directamente, que nunca es un gesto médico ni mucho menos ético. Subsiste el drama subjetivo de la conciencia profesional del obstetra puesta a dura prueba en el momento de decidir la intervención más oportuna, drama que no se puede dejar de contemplar con comprensión humana. Sin embargo, es necesario que de estas situaciones difíciles se pueda sacar el compromiso de poner el máximo esfuerzo cultural y organizativo-asistencial para saber distinguir entre miedo y angustia por la salud o la vida de la mujer y los reales signos clínicos e instrumentales que demuestren efectivamente un grave riesgo inminente. Este compromiso ya sería suficiente para excluir el recurrir al aborto en casi todas las circunstancias. Pero incluso frente a la necesidad de lograr un objetivo “en sí tal vez en modo alguno ilícito”, como puede ser el de salvar la vida de la madre, hay que darse cuenta de que “no hay hombre alguno, ninguna autoridad humana, ninguna ciencia, ninguna “indicación médica” (...) que pueda inhibir o dar un título jurídico válido para una directa y deliberada posición acerca de la vida humana inocente, es decir, una disposición que busque su destrucción”.²⁴

Referencias bibliográficas

- ¹ BECKER, G.J., FAIRLEY, K.F., WITHWORTH, J.A., *Pregnancy exacerbates glomerular disease*, Am. J. Kidney Dis. 1985, 6: 266-272; HAYSLETT, J.P., *Pregnancy does not exacerbate primary glomerular disease*, Am. J. Kidney Dis. 1985, 6: 273-277; JUNGERS, P., HOULLIER, P., FORGET, D., HENRY-AMAR, M., *Specific controversies concerning the natural history of renal disease in pregnancy*, Am. J. Kidney Dis. 1991, 17: 116-122.

- ² BAYLIS, C., DAVISON, J.M., *The normal renal physiological changes which occur during pregnancy*, en CAMERON, S., DAVISON, A.M., GRUNFELD, J.P., et al. (eds.), *Oxford Textbook of Clinical Nephrology*, Nueva York: Oxford University Press, 1992: 1909-1927.
- ³ BRENNER, B.M., MEYER, T.W., HOSTETTER, T.H., *Dietary protein intake and the progressive nature of kidney disease: the role of hemodynamically mediated glomerular injury in the pathogenesis of progressive glomerular sclerosis in aging, renal ablation and intrinsic renal disease*, New Eng. J. Med. 1982, 307: 652-659; BRENNER, B.M., *Nephron adaptation and intrinsic renal disease*, Am. J. Physiol. 1985, 249: 324-337; MEYER, T.W., ANDERSON, S., RENNKE, H.G., et al., *Reversing glomerular hypertension stabilizes glomerular injury*, Kidney Internat. 1987, 31: 752-759.
- ⁴ MEYER, ANDERSON, RENNKE, et al., *Reversing glomerular...*; ZATZ, R., ANDERSON, S., MEYER, T.W., et al., *Lowering of arterial blood pressure limits glomerular sclerosis in rats with renal ablation and in experimental diabetes*, Kidney Internat. 1987, 31 (Suppl. 20): S123-S129.
- ⁵ BAYLIS, C., RENNKE, H.G., *Renal haemodynamics and glomerular morphology in repetitively pregnant aging rats*, Kidney Internat. 1985, 28: 140-145.
- ⁶ BAYLIS, C., *Glomerular filtration and volume regulation in gravid animal models*, Clin. Obstet. Gynaecol. 1987, 1: 789-813.
- ⁷ BAYLIS, C., REESE, K., WILSON, C.B., *Glomerular effects of pregnancy in a model of glomerulonephritis (GN) in the rat*, Am. J. Kidney Dis., 1989, 14: 452-457.
- ⁸ *Ibid.*
- ⁹ STIRATI, G., PIERUCCI, A., *La misurazione del filtrato glomerulare (metodi tradizionali)*, Aggiorn. Med. 1993, 17 (3): XI-XVII.
- ¹⁰ KATZ, A.I., DAVISON, J.M., HAYSLETT, J.P., et al., *Pregnancy in women with kidney disease*, Kidney Internat. 1980, 18: 192-206; IMBASCIATI, E., PONTICELLI, C., *Pregnancy and renal disease: predictors for fetal and maternal outcome*, Am. J. Nephrol. 1991, 11: 353-362.
- ¹¹ BECKER, FAIRLEY, WITHWORTH, *Pregnancy exacerbates glomerular disease...*; HAYSLETT, *Pregnancy does not exacerbate...*; JUNGERS, HOULLIER, FORGET, et al., *Specific controversies...*
- ¹² IMBASCIATI, PONTICELLI, *Pregnancy and renal disease...*
- ¹³ JUNGERS, HOULLIER, FORGET, et al., *Specific controversies...*
- ¹⁴ BECKER, FAIRLEY, WITHWORTH, *Pregnancy exacerbates...*; PACKHAM, D.K., NORTH, R.A., FAIRLEY, K.F., et al., *Primary glomerulonephritis and pregnancy*, Q. J. Med. 1989, 266: 537-553.
- ¹⁵ ABE, S., AMAGASAKI, Y., KONISHI, K., et al., *The influence of antecedent renal disease on pregnancy*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1985, 153: 508-514.
- ¹⁶ HOU, S.H., GROSSMAN, S.D., MADIAS, N.N., *Pregnancy in women with renal disease and moderate renal insufficiency*, Am. J. Med. 1985, 78: 185-194; IMBASCIATI, E., PARDI, G., CAPETTA, P., et al., *Pregnancy in women with chronic renal failure*, Am. J. Nephrol. 1986, 6: 193-198.
- ¹⁷ LIM, V.S., *Reproductive endocrinology in uraemia*, Clin. Obstet. Gynaecol. 1987, 94: 932-934.
- ¹⁸ DAVISON, J.M., BAYLIS, C., *Pregnancy in patients with underlying renal disease*, en CAMERON, DAVISON, GRUNFELD, et al. (eds.), *Oxford Textbook...*, pp. 1936-1956.
- ¹⁹ BRENNER, MEYER, HOSTETTER, *Dietary protein...*; BRENNER, *Nephron adaptation...*; MEYER, ANDERSON, RENNKE, et al., *Reversing glomerular...*; DAVISON, BAYLIS, *Pregnancy...*

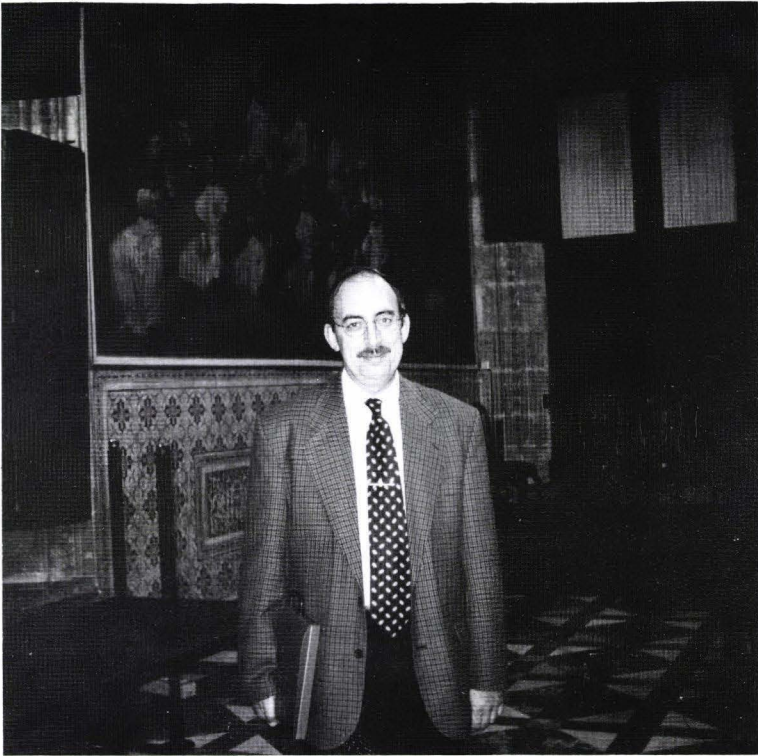
²⁰ SPAZIANTE, G., *Motivazioni mediche degli aborti indotti nel secondo trimestre di vita prenatale*, Annali di Ostetricia e Ginecologia e Medicina Perinatale 1989, CX (3/4): 125-194; PERSCH, M., ABRAR, D., et al., *Interruption médicale de grossesse*, Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1992, 87 (2): 70-75.

²¹ VOLPE, A., BERGAMINI, E., et al., *Motivazioni mediche per l'interruzione di gravidanza*, en ZICHELLA, L., CERSOSIMO, L., *Aspetti medici, psico-sociali e legali dell'interruzione volontaria della gravidanza* (Actas de la II Reunión Nacional AGICO), Roma: MedItalia, 1986: 91-98.

²² BOMPIANI, A., *Indicazioni dell'aborto "terapeutico": stato attuale del problema*, en FIORI, A., SGRECCIA, E. (a cargo de), *L'aborto. Riflessione di studiosi cattolici*, Milán: Vita e Pensiero, 1975: 191-215.

²³ JUAN PABLO II, *Carta encíclica "Evangelium Vitae"* (25.3.1995), n. 59.

²⁴ PIO XII, *A las congresistas de la Unión Católica Italiana de Obstetras* (29 de octubre de 1951), en ANGELINI, F. (a cargo de), *Discorsi ai medici*, Roma: Orizzonte Medico, 1960: 157-158.



Prof. Francisco Javier Marco Bach

El concepto de pudor y de castidad en la especulación tomista: una lectura positiva como propuesta

María Luisa Di Pietro*

Resumen

El enfoque materialista y utilitarista del contexto cultural actual considera el pudor y la castidad como conceptos insignificantes, lo cual amenaza con empobrecer al hombre en sus exigencias y aspiraciones más elevadas.

Con el objeto de superar esta visión reduccionista del hombre y la sexualidad y de hacer comprender el verdadero significado de estos valores, la autora analiza los textos tomistas y propone un proyecto educativo. En él se hace surgir la naturaleza de ser del hombre, llevándolo a orientar su propia instintividad hacia el servicio del amor y del desarrollo personal.

En un contexto cultural como el actual, orientado todo él hacia un enfoque predominantemente materialista-inmanentista, ¿tiene sentido hablar de castidad y de pudor? ¿Es posible replantear estos valores de una forma actual, incluso a la luz de la moral sexual tomista?

Persistir en la insignificancia de la castidad y del pudor, considerándolos solamente como epifenómenos sociales o como negación de la sexualidad y del amor humano, no facilita el encontrar una respuesta a

* Instituto de Bioética, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma (Dir.: E. Sgreccia).

estas preguntas. Más bien, en un contexto cultural que intenta trastocar la verdad de la corporeidad, obedeciendo a una lógica antimetafísica y utilitarista, se está corriendo el riesgo de empobrecer aún más al hombre en sus exigencias y aspiraciones más elevadas.

Sólo en la superación de una visión reduccionista del hombre y de la sexualidad, es posible volver a comprender el verdadero significado de la castidad, esto es, como energía espiritual, como una exigencia de la humanidad del hombre, capaz de defender al amor de los peligros del egoísmo y de la concupiscencia.

Hay dos conceptos que la lectura de los textos tomistas permite aclarar a nuestro juicio: la humanidad del hombre y la exigencia.

1. La historia del pensamiento del hombre es un testimonio inequívoco sobre el valor eminente de la persona, de su dignidad, de su conciencia y su sed de infinito. Nada tiene un valor igual al hombre: este representa una absoluta novedad respecto del universo, y su originalidad consiste precisamente en el ser persona, una unidad sustancial e inseparable de alma y cuerpo.¹ De aquí la imposibilidad de pensar en un cuerpo humano sin pensarlo al propio tiempo como un cuerpo personal. Un cuerpo que, en cuanto expresión de la persona, adquiere dignidad de persona; un cuerpo que manifiesta apertura a la trascendencia; un cuerpo que es signo de la verdad de la persona y vocación, llamada a la reciprocidad, al amor, al mutuo don de sí, a la fecundidad, a la promoción del otro, a la creatividad, a la realización de las posibilidades propias.

2. Pero aun en su unidad sustancial, cada una de las partes que componen al hombre (cuerpo, psique, espíritu) tiende a mantener intactos sus propios dinamismos. Nace entonces la exigencia de integrar tales dinamismos, de armonizarlos, a fin de lograr esa unidad integral que hunde sus raíces en lo que el hombre es. Esta capacidad de integración es la castidad, vinculada e informada —según Santo Tomás— por la virtud cardinal de la templanza,² la cual, al subordinar la sensualidad a la razón, permite al hombre alcanzar esa perfección correspondiente a su naturaleza de ser. Le permite librarse de la esclavitud del egoísmo y hacer armónica y madura su propia personalidad.

Por lo que se refiere, en concreto, a la castidad en la sexualidad, es la energía espiritual capaz de defender al *amor* de los peligros del egoísmo y de la agresividad; es disposición a integrar los diversos dinamismos de la sexualidad física, psíquica y espiritual; es exigencia de hacer realidad

plenamente el *amor*, una tendencia necesitada por el hecho de que la sexualidad humana, en cuanto tal, no puede quedarse en mera situación subjetiva —en la que se manifiestan las energías de la sensualidad o de la afectividad—, porque entonces no alcanza su propio nivel personal ni puede unir a las personas. Para que pueda unir verdaderamente al hombre y a la mujer y lograr el pleno valor personal (dinamismo espiritual) se requiere que la sexualidad tenga una sólida base en la afirmación del valor de la persona.

La castidad en la sexualidad no es, sin embargo, rechazo de la sexualidad: sería como negar una realidad que es dimensión intrínseca y constitutiva del ser humano; no es tampoco rechazo o desestima de los valores y de las exigencias de la sexualidad: los valores en cuanto tales han de amarse, y las exigencias, si son auténticas, han de ser acogidas. La castidad en la sexualidad no conduce, entonces, ni a despreciar el cuerpo ni a minusvalorar la vida sexual, sino que enaltece el valor del cuerpo sexuado a nivel del valor de la persona.

Una manifestación de la capacidad de integración, es decir, de la castidad, es la continencia, o sea, la aptitud para controlar y orientar los impulsos, incluso de carácter sexual, y sus consecuencias en el hombre. Vivir la continencia no significa, sin embargo, ejercer un control ciego de la concupiscencia y de las reacciones sexuales; significa más bien actuar a la luz de la comprensión de los fines de la sexualidad. Por una parte, la apertura a los más profundos valores de la feminidad y de la masculinidad en la esponsalidad y, por otra, la auténtica libertad del don recíproco de las personas. Sólo de esta manera la continencia ayudará a superar el lenguaje de las palabras y de los gestos para descubrir ese lenguaje de esencia, que es la verdadera riqueza de toda persona.

3. De la exigencia de realizar la humanidad propia surgen también la exigencia de manifestarse como una totalidad unificada, el rehusarse a manifestar a los demás únicamente la dimensión física. La inalienabilidad objetiva de la persona y su carácter supra-utilitario encuentran expresión justamente en el pudor,³ que representa la condición fundamental o, para utilizar un término tomista, la disposición preparatoria a la castidad, para que esta pueda desarrollarse, enraizarse y custodiarse establemente en la persona; volverse, en otras palabras, un *habitus*, una virtud.

El pudor es temor a la indecencia y al vituperio,⁴ es el custodio de la intimidad de la persona, es un aspecto vinculado con la situación óptica

y existencial de la persona. Sólo la persona, en efecto, puede sentir vergüenza,⁵ porque sólo ella, por naturaleza, puede ser consciente de que también es objeto de placer.

El pudor demuestra que existe una zona inviolable de la persona —no necesariamente sólo física—, que no soporta que se haga pública, porque no tolera ser malentendida o manipulada por los otros. Es el pudor el que, por ejemplo, nos empuja a cubrir el cuerpo: no porque nos avergüence poseerlo, sino porque se quiere ser valorado por los demás no por el cuerpo, sino por los valores de que se es portador. El vestirse tiene entonces por finalidad no sólo velar aquellas partes del cuerpo que no se quiere dar a conocer, sino también llevar la mirada del otro hacia el rostro y los ojos; es hacer que la comunicación interpersonal se desplace ante todo a un plano superior y sea vehículo para que florezca el amor auténtico.

La pérdida del sentido del pudor se ha de considerar como un hecho anti-humano. Escribe a este propósito Max Scheler, en *Pudor y sentido del pudor*, que la “disminución indiscutible del sentido del pudor en la época moderna no es en modo alguno consecuencia de un desarrollo más elevado y avanzado de la civilización, como superficialmente se ha afirmado, sino verdadero indicio psíquico de degeneración de la raza, y el escaso aprecio del pudor es una de las múltiples expresiones del dominio creciente de esos valores que el hombre de tipo vulgar ha suscitado, con su difusión desmedida y con la supresión del estrato superior de los valores”.

El pudor y la educación en el pudor se han de entender, pues, no como represión o negación de la corporeidad o de la sexualidad, sino como asunción completa de la corporeidad sexuada en la personalidad. Si esto se acepta, se ve claro entonces por qué el pudor condiciona a la virtud de la castidad: el hombre sin pudor no puede ser casto, aunque sea cierto lo contrario, esto es, que la persona solamente púdica pueda ser casta. Además, el pudor condiciona la virtud de la castidad en el sentido de que le indica a la persona los caminos que debe recorrer, a fin de que la sexualidad-genitalidad no se convierta en una fuerza autónoma y destructiva.

4. No darse cuenta de la exigencia de esta integración y dejarse dominar por las múltiples tendencias significa caer en la concupiscencia desordenada, y considerar a la persona incapaz de trascender y dominar racionalmente su propia acción: por tanto, como ya no persona.

Por este motivo, en el ámbito de un proyecto educativo que tenga por finalidad el hacer surgir en el hombre su naturaleza de ser, llevándolo a la superación de la propia instintividad -sin negarla, sino controlándola y regulándola según su propia espiritualidad-, no se puede renunciar a educar en la castidad, incluso la castidad en la sexualidad, para que esta alcance su propia realización y para que el sujeto sea capaz de orientar el instinto sexual al servicio del amor y de integrarlo en el desarrollo personal.

Referencias bibliográficas

- ¹ SANTO TOMÁS DE AQUINO, *Suma Teológica*, I, q.76, a.1
- ² SANTO TOMÁS DE AQUINO, *Suma Teológica*, II-II, q.143
- ³ SANTO TOMÁS DE AQUINO, *Suma Teológica*, II-II, q. 144, a.a. 1-4; II-II, q. 151, a. 4
- ⁴ SANTO TOMÁS DE AQUINO, *Suma Teológica*, II-II, q. 144.
- ⁵ SANTO TOMÁS DE AQUINO, *Suma Teológica*, Spl. 4, 1 ad 1.
- ⁶ SCHELER, M., *Pudor y sentido del pudor*.



Dr. Masami Yamamoto

De los Organismos Internacionales

I

Comité Internacional sobre la muerte, el morir y el luto: cuidados paliativos para los niños

El Grupo de trabajo en el ámbito del “Comité Internacional sobre la muerte, el morir y el luto” ha elaborado un Documento sobre los cuidados paliativos para los niños. El grupo estuvo constituido por David Adams (Canadá), Betty Davies (Canadá), Doris Howell (USA), Ida Martinson (EUA), Danaí Papadatou (Grecia), Bente Ramholt (Noruega) y Kazumi Wakabayashi Saito (Japón). He aquí el texto del Documento.

Introducción

El Comité Internacional sobre la muerte, el morir y el luto ha querido estudiar las diversas actitudes, convicciones y comportamientos respecto de la muerte, del morir y del luto en la infancia. En consecuencia, la finalidad de este trabajo ha sido la de identificar una serie de directrices que puedan servir como lineamientos, en las diversas culturas, para el cuidado de los niños en la fase terminal de su enfermedad y de sus familias.

Los niños mueren

A pesar de los avances de los cuidados médicos, los niños continúan muriendo. La muerte de un niño es causa de una profunda turbación y en muchas sociedades, es peor aceptada que una muerte prevista que sobreviene en la ancianidad. La muerte imprevista de un niño no permite un tiempo adecuado de preparación por parte de la familia y de los agentes sanitarios. Al contrario, el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad de pronóstico infausto o de una enfermedad crónica, imponen normalmente una tensión prolongada y traumática en cuantos están involucrados y requieren notables esfuerzos de colaboración para proporcionar una elevada calidad de cuidados al niño moribundo. Prescindiendo de la causa de la muerte, los cuidados de apoyo deberían prestarse a todos cuantos se ven afectados por la muerte de un niño.

Las necesidades del niño moribundo

Las necesidades de los niños varían notablemente y en relación con su grado de desarrollo. Por tanto, para ser eficaces, los cuidados requieren conocer su grado de desarrollo físico, psicológico, social, educativo y espiritual. El respeto al niño como persona debería caracterizar al mismo cuidado, a fin de ayudar al niño a vivir plenamente hasta la muerte.

Las necesidades de la familia

Desde el momento en que se diagnostica una enfermedad con pronóstico infausto o una enfermedad crónica, hasta la muerte del niño, la familia debe enfrentarse con muchas crisis que la afectarán. Cuando la fase terminal de la enfermedad avanza, la conciencia del deterioro de las condiciones del niño produce angustia en la familia. Estos sentimientos angustiosos de los padres, de los hermanos, de los abuelos deben ser comprendidos y aliviados. El dolor y la angustia de la pérdida no cesan con la muerte del niño, y sólo pueden ser integrados con el paso del tiempo en el ámbito de la vida cotidiana. Las familias expresan sus sentimientos y reaccionan en el contexto de su mundo cultural. Los usos

y costumbres pueden incrementar o hacer más difícil la capacidad de aceptación de la enfermedad y de la muerte.

Un sistema de calidad de los cuidados

Una vez establecido el diagnóstico, de inmediato se debe instrumentar un sistema individualizado de cuidados que prevea una continuidad de servicios entre hospital, domicilio y comunidad. Este sistema coordinado debe ser operante durante la enfermedad y la muerte, pero debe prever también un apoyo a la familia después de que haya sobrevenido la muerte. Es absolutamente evidente que este sistema de cuidados debe ser accesible a todos los niños y sus familias, prescindiendo de la raza, sexo, cultura o capacidad de afrontar el dolor. El sistema de cuidados debe ser flexible y poder dar servicio en la comunidad, a domicilio y en el hospital. Puesto que la mayoría de los niños desea permanecer en su propia casa, el apoyo necesario y adecuado lo debe proporcionar un equipo multidisciplinario de acuerdo con los miembros de la familia y los voluntarios. Los agentes sanitarios deberán involucrar a los padres en el plan de cuidados sin intentar nunca substituirlos. Es fundamental responsabilizarse de tales cuidados las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los agentes sanitarios

Los agentes sanitarios deberían ser educados y formados en la comprensión del impacto de la enfermedad con pronóstico infausto y del evento de la muerte en los niños y en las familias. Además, los agentes sanitarios deben utilizar métodos eficaces para ayudarse a sí mismos a encarar las diversas crisis que el curso de la enfermedad origina. Deben tener también los conocimientos y la capacidad para comprender los significados subjetivos culturales y personales atribuidos a la enfermedad por parte tanto de los niños como de los adultos. La formación profesional debe ser permanente y requiere de una persistente labor de colaboración con los colegas para enfrentar los problemas que plantean los cuidados y para tomar decisiones informadas.

El soporte de la comunidad

El niño en la fase terminal de la enfermedad se vuelve cada vez más dependiente de las relaciones con la familia, los vecinos, los amigos, los profesores y los compañeros de escuela. Los miembros de la familia necesitan del soporte y apoyo de la comunidad a la que pertenecen. Precisamente en el ámbito de esta ayuda, la comunidad debe ser consciente del concepto de los cuidados paliativos, y este conocimiento incluye una comprensión correcta de qué son esos cuidados paliativos, cómo actúan y cómo pueden ser eficaces.

La necesidad de ulteriores investigaciones

La comprensión de lo profundamente que afecta la fase final de una enfermedad al niño y a sus familiares y de las implicaciones a largo plazo para los supervivientes, hace surgir la necesidad de un ulterior trabajo de investigación. La escasez de estudios empíricos sobre estas experiencias hace que se precisen ulteriores investigaciones que centren y exploren, en una perspectiva multicultural, la manera como el niño enfermo y cualquier miembro de la familia experimentan el avance de la enfermedad, la amenaza y la realidad de la muerte. Sólo desde un conjunto orgánico de conocimientos podrán surgir propuestas y acciones para mejorar la asistencia a las familias durante y después de la muerte de un niño.

(De *Death Studies* 1993, 3: 277-280).

II

FIAMC: Moción en el 18° Congreso Mundial

Al término del 18° Congreso Mundial de la Federación Internacional de la Asociación de Médicos Católicos (FIAMC), llevado a cabo en Porto (Portugal) entre el 8 y el 12 de septiembre de 1994 sobre el tema “El médico y la nueva evangelización” ... los médicos católicos ... llegaron a las siguientes conclusiones:

Todo aquel que necesita de cuidados médicos no es sólo un cuerpo humano o un ser humano, sino una persona humana. Esto significa para nosotros que cualquier paciente tiene una naturaleza biológica y es portador de una dignidad que pide respeto, solidaridad y amor. La naturaleza religiosa de la persona humana es, así, un hecho que debe ser tenido en cuenta por todos los médicos y por los demás agentes sanitarios.

La vida de la persona humana, por consiguiente, debe ser respetada y protegida en cualquier estadio del desarrollo, desde la concepción hasta la muerte natural. El respeto del derecho a la vida, el más elemental de los derechos humanos, excluye cualquier intervención que tenga por finalidad la supresión de la vida, como el aborto, las investigaciones lesivas del embrión, la eutanasia, la ayuda o la asistencia al suicidio. Nosotros consideramos que la asistencia médica al suicidio no debe ser nunca legalizada. Por esta misma razón, y en completo acuerdo con la Declaración hecha por la Conferencia de El Cairo, reafirmamos que los médicos no pueden ser incitados o autorizados a cometer actos de agresión contra las vidas humanas en cualquier estadio de su desarrollo. Nosotros consideramos que la educación y el desarrollo social son las verdaderas respuestas a las cuestiones demográficas y nunca deben adoptarse medidas restrictivas o coercitivas que desprecien el derecho a la vida.

Es deber nuestro estar al servicio de la salud de todos y nuestra opción preferencial es la de asistir a los abandonados y a los que son marginados y discriminados, incluidas las víctimas del SIDA y de la droga. Nos comprometemos fuertemente a dedicar nuestros estudios, nuestras investigaciones y nuestros conocimientos profesionales a la solución de los múltiples problemas morales, éticos, sociales y económicos, que plantea el enfermo y también sus familiares y amigos. Como recomienda con insistencia Su Santidad Juan Pablo II, nos comprometemos en la inculturación del Evangelio en el mundo de la salud. Nuestra posición es la de ejercer nuestra profesión como una vocación. Nuestro apostolado diario es estar presente y comprometidos en los organismos que en el campo ético elaboran recomendaciones a los Gobiernos. Somos conscientes de nuestro papel en la nueva Evangelización y estamos dispuestos a empeñar nuestras fuerzas, de manera que nuestro testimonio sea más eficaz a través de nuestra competencia y compasión que mediante estériles argumentaciones.

(Del *Osservatore Romano* del 10.1.1994)

De los Organismos nacionales

FNOMCEO: Declaración sobre la procreación artificial

El 2 de abril de 1995 el Consejo Nacional de la Federación Nacional del Colegio de Médicos-Cirujanos y Odontólogos (FNOMCEO), dio a conocer la siguiente declaración sobre los problemas de la procreación artificial. He aquí el texto:

El Consejo Nacional de la FNOMCEO... frente al imponente desarrollo del fenómeno de la procreación asistida, de la maternidad por encargo y de la donación de semen, consciente de la importancia médico-social que tal problemática reviste

expresa

su grave preocupación por las consecuencias que la falta de regulación de tales prácticas puede comportar en el plano deontológico para los médicos, y en el psico-físico para la madre y para el niño;

pide

con fuerza al Gobierno y al Parlamento una urgente, solícita intervención legislativa para reglamentar la materia, reiterando la disponibilidad a colaborar en los aspectos de su propia competencia;

considera

que el bien del que va a nacer debe considerarse siempre como el criterio de referencia esencial para la evaluación de las diversas opciones procreativas y, por tanto, que por lo que respecta a la admisión a procedimientos de procreación asistida se deben prohibir en todo caso: a) todas las formas de maternidad por encargo; b) las formas de fecundación artificial fuera de parejas heterosexuales estables; c) las prácticas de fecundación asistida en mujeres con menopausia no precoz; d) las formas de fecundación artificial después de la muerte de la pareja;

considera, además

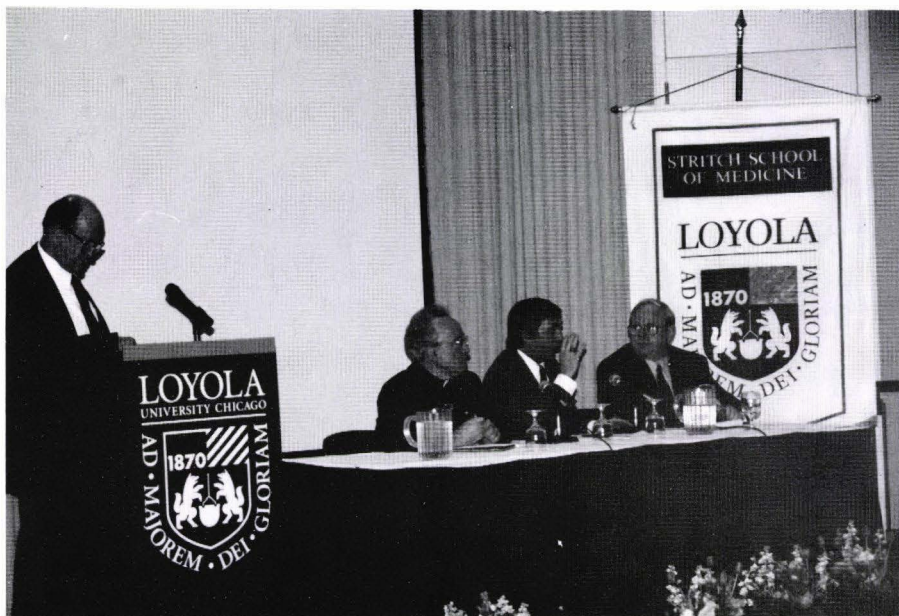
que se proscriba toda práctica de procreación asistida inspirada en

prejuicios raciales, que no se permita selección alguna del semen basada en prerrogativas de tipo socioeconómico o profesional y que se elimine toda explotación comercial, publicitaria e industrial de gametos, embriones y tejidos embrionales o fetales;

invita

a los Colegios provinciales a someter a procedimiento disciplinario a los médicos que no se atengan a los precedentes principios, considerados al día de hoy inderogables, o que lleven a cabo, en la materia, actividades no contrapuestas a los principios arriba enunciados en estudios, departamentos o estructuras sanitarias careciendo de los requisitos apropiados.

(De la copia fotostática del documento).



*Dr. José Kuthy Porter, P. Fausto Gómez O.P.
Dr. Thomas Schindler, Prof. Paul Schotsmans*

REVISTA MEDICINA Y ETICA
PERIODICIDAD: TRIMESTRAL

COSTOS:

México: \$ 150.00 por cuatro ejemplares al año.

América Latina: \$ 75 U.S. dls.

Otros países: \$ 85 U.S. dls.

NÚMEROS ANTERIORES

México: \$ 50.00

América Latina: \$ 25 U.S. dls.

Otros países: \$ 30 U.S. dls.

Deseo recibir la revista Medicina y Etica

Nombre: _____

Dirección: _____

Col.: _____

Del. Pol.: _____

Ciudad: _____

País: _____

Código Postal: _____

Teléfono(s): _____

Fax: _____

Por favor enviar cheque a nombre de:

INVESTIGACIONES Y

ESTUDIOS SUPERIORES S.C.

Cheque N° _____

Banco: _____

Cantidad: _____

a la siguiente dirección:
Instituto de Humanismo en
Ciencias de la Salud
Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s/n
Apdo. Postal 10 844
11 000 México D.F.