

MEDICINA Y ÉTICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

2009/3

**Autodeterminación en las decisiones procreativas:
identidad de género y familia - Embarazo tubario:
una contribución al debate actual - Algunas cuestiones
ético-deontológicas en la medicina de laboratorio -
La salud del hombre entre ciencia médica y filosofía -
La medicina estética en la asistencia holística**



UNIVERSIDAD ANÁHUAC
VINCE IN BONO MALUM™

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac

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

MEDICINA Y ÉTICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter
Impreso en Litho Press de México
Av. Sur 20, núm. 233
Col. Agrícola Oriental, 08500 México, D.F.

Dirección y Administración:
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México. C.P. 52786
Tels. 5328-8074, 5627-0210 (Ext. 7205 y 7146)
Email: ehamill@anahuac.mx

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.
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac

México: 150 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.
Facultad de Bioética 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.

La Revista *Medicina y Ética* aparece citada regularmente en los siguientes índices: *The Philosopher's index*, *Latindex* y *Redalyc*.
The Journal of *Medicina y Ética* is indexed in: *The Philosopher's index*,
Latindex and *Redalyc*.

3

VOLUMEN XX NÚMERO 3 JULIO-SEPTIEMBRE DEL 2009

MEDICINA Y ÉTICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Ética 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

Director responsable: Dr. José Kuthy Porter

Director: Dr. Óscar J. Martínez González

Coordinadores Editoriales: Dr. José E. Gómez Álvarez y Dra. Martha Tarasco Michel

Traductor y corrector: Lic. Jesús Quiriarte

Corrector de redacción: Lic. Vicente Pérez Solsona

Composición tipográfica: Tipografía computarizada

Comité Editorial: Dra. Virginia Aspe Armella (Univ. Panamericana), Lic. Antonio Cabrera (Univ. Anáhuac), Mtro. Rafael García Pavón (Univ. Anáhuac), Dra. Ana Marta González (Univ. de Navarra), Dr. Javier Marcó Bach (Univ. de Santiago de Compostela), Dr. José Miguel Serrano Ruiz-Calderón (Univ. Complutense de Madrid), Dra. Martha Tarasco Michel (Univ. Anáhuac), Dra. María Dolores Vila-Coro (Catedrática de Bioética de la UNESCO), Mtro. Carlos Lepe Pineda (Univ. Anáhuac).

FE DE ERRATAS

En la página 168, 1º y 2º párrafo, del volumen XX, número II, de abril-junio del 2009.

Donde dice: Hay cuatro tipos de nucleótidos en el DNA: adenina (A) guanina (G), tiamina (T) y citosina (C). La A sólo se puede unir con la T, y la G con la C.¹⁴

Ahora bien, el reconocer que la adenina sólo se vincula con la tiamina...

Debe decir: Hay cuatro tipos de nucleótidos en el DNA; adenina (A), guanina (G), timina (T) y citosina (C). La A sólo se puede unir con la T, y la G con la C.¹⁴

Ahora bien, el reconocer que la adenina sólo se vincula con la timina...

Agradecemos a nuestros lectores nos comuniquen cualquier error o deficiencia detectada, enviándonos un mensaje a esta dirección: jgomez@anahuac.mx

ÍNDICE

EDITORIAL	225
Autodeterminación en las decisiones procreativas: identidad de género y familia	
<i>Fabiana Cristofari</i>	231
Embarazo tubario: una contribución al debate actual	
<i>Giorgio Giovanelli</i>	255
Algunas cuestiones ético-deontológicas en la medicina de laboratorio	
<i>Dario Sachini, Ignacio Carrasco de Paula</i>	291
La salud del hombre entre ciencia médica y filosofía.	
La medicina estética en la asistencia holística	
<i>María Teresa Iannone</i>	309
Reseña bibliográfica	
<i>José Enrique Gómez</i>	343

EDITORIAL

Hace apenas cuatro meses que en México se estaba presentando “el primer brote” de casos de la influenza humana H1N1.

En muy pocos meses, esta pandemia ha afectado ya a miles de enfermos y ha causado cientos de defunciones en todos los continentes del mundo.

Hoy en día no es raro enterarnos, a través de los medios de comunicación, que en tal o cual país se están presentando pacientes con esta enfermedad, y hemos sabido de autoridades o personajes importantes que han sido afectados por este virus.

Como problema de salud, esta pandemia ha alertado a todos los niveles de autoridades médico sanitarias, incluyendo a la OMS. Las publicaciones periódicas en el campo de la salud no han dejado de incluir artículos que refieren la investigación que se está llevando a cabo en este momento en laboratorios de todo tipo en varias partes del mundo.

¿Por qué incluir este tema en el editorial de una publicación sobre Bioética?

Es increíble, pero cuando se presentan este tipo de problemas de salud pública es cuando la Bioética tiene más que decir. Preguntas bioéticas relacionadas con:

- Las medidas de prevención.
- La mejor utilización de los recursos escasos.
- El apoyo a los enfermos de parte de las instituciones y del personal sanitario.
- Los costos y la disponibilidad de medicamentos. La posibilidad de llevar a cabo métodos precisos de diagnóstico. El manejo de “la verdad” de parte de las autoridades sanitarias, los medios de comunicación, los médicos tratantes, los laboratorios que investigan sobre la enfermedad, las posibilidades de una vacuna, el que se cuente o no con suficientes medicamentos, etc. Los anteriores y muchos otros te-

mas más, son temas que deberían de ser analizados desde la perspectiva de la Bioética.

Pensamos que en un futuro no tan lejano podamos incluir en esta Revista varios artículos que traten este y otros temas emergentes que consideramos de gran importancia para nuestros lectores. Considero que quienes hemos experimentado directamente el embate de esta pandemia hemos aprendido mucho en cuanto al tema de la prevención, tema que en medicina siempre se ha propuesto como lo más importante por hacer desde muchos puntos de vista.

Dr. Óscar J. Martínez González
Director Facultad de Bioética

Criterios para los colaboradores de “*Medicina y Ética*”

1. La revista de *Medicina y Ética* es una revista especializada en el campo de la bioética que está enfocada a la difusión académica entre los profesionales afines a las temáticas y discusiones actuales en este campo. En consecuencia, *Medicina y Ética* no acepta artículos de difusión, ni material que puede ser considerado propagandístico de alguna corriente. La Revista no está circunscrita a una visión única de la Bioética, siempre que los artículos cumplan con rigor la metodología propia en la exposición de las ideas.
2. De acuerdo con lo anterior, las opiniones y posiciones son de responsabilidad exclusiva del autor, y no reflejan necesariamente la posición de la Facultad de Bioética. El Consejo editorial no presupone, en ningún caso, que la institución de origen o de quien da actualmente empleo al autor, suscribe las posiciones de éste, vertidas en el artículo correspondiente.
3. El material deberá ser inédito, no obstante, se aceptan ponencias o comunicaciones, siempre y cuando se señale claramente el lugar y fecha donde se expuso por primera vez la investigación.
4. Se consideran tres tipos de publicaciones: artículos, notas y reseñas. Los artículos deben tener una extensión mínima de 15 cuartillas y máxima de 30. Estos deben ser sobre temas monográficos. Las notas deben ser mayores de 7 páginas y menores de 15. Las notas tienen un carácter de discusión propia del campo científico; la discusión puede ser sobre otros artículos anteriores de la Revista, siempre y cuando cumplan con la calidad académica señalada y no como una mera expresión de una réplica por el afán polémico, sino a la altura del artículo que es motivo del comentario. Las reseñas deben tener una extensión mínima de una cuartilla y máxima de cinco. Las reseñas pueden ser tanto críticas como meramente expositivas.

5. Los artículos serán dictaminados por al menos dos académicos de competencia relevante en un plazo máximo de tres meses. Los nombres, tanto de dictaminadores como del autor, permanecerán en el anonimato. En el caso de respuesta negativa, el autor recibirá un dictamen con las opiniones de los dictaminadores. El autor podrá realizar las correcciones que considere pertinentes y volverla a presentar, sin que *Medicina y Ética* se obligue a publicar el material. En cualquier caso, no se regresan originales. Los autores que hayan sido elegidos recibirán tres ejemplares de cortesía del número en que fueron publicados.
6. Los artículos publicables deberán escribirse de preferencia en español, aunque se aceptan en idioma inglés, de manera clara y concisa. El texto debe ir en letra Arial (12 pts) a espacio y medio, en papel tamaño carta. El material puede ser entregado en formato electrónico para PC, vía correo electrónico o disquete (Word para windows, o formato RTF).
7. Los artículos y notas deberán contener el título del trabajo, el (los) nombres(s) del (de los) autor (es), el nombre de la Institución a la que pertenezcan. El artículo debe estar acompañado de un resumen (abstract) no mayor de 15 líneas (aproximadamente 150 palabras) en español y en inglés. También deben contener 3 palabras claves no contenidas en el título.
8. Las referencias de libros deberán realizarse de la siguiente forma: APELLIDO DEL AUTOR, nombre del autor. *Título del libro*. Traductor, Editorial, Lugar de edición, año de publicación, página (edición original). Por ejemplo:

SINGER, Peter. Una vida ética. Escritos. Trad.: Pablo de Lora Del Toro, Ed. Taurus, Madrid, 2002, p. 57 (inglés: Writings of an ethical life, 2000).
9. En el caso de las revistas el modo será el siguiente: APELLIDO DEL AUTOR, Nombre del autor. "título del artículo", *Título de la revista*, volumen, número, (mes, año), página. Por ejemplo:

ROMANO, Lucio. "Educación de la sexualidad y los adolescentes. Encuesta cognoscitiva y antropologías de referencia", *Medicina y ética*, XIII. I. (enero-marzo, 2002), p. 85.

10. Los artículos deberán ser enviados exclusivamente a la siguiente dirección:

**Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac
Dr. José Enrique Gómez Álvarez, Coordinador Editorial
Apartado Postal 10 844
C.P. 11000, México, D.F.
Email: jegomez@anahuac.mx**

11. No nos hacemos responsables del material entregado o enviado a otra dirección distinta de la anterior. Para considerarlo recibido, quien envía deberá contar con un recibo físico con sello, o bien con la respuesta electrónica de la dirección de correo electrónico señalada en el punto anterior.

Autodeterminación en las decisiones procreativas: identidad de género y familia

*Fabiana Cristofari**

Resumen

Algunos pronunciamientos jurisprudenciales muestran una evolución en la toma de consciencia, por parte de los jueces, de la procreación, como objeto de un autónomo derecho de personalidad. El hecho que al interior del “derecho a procrear”, como derecho fundamental del individuo, comprendido también el derecho negativo de “no procrear”, presenta el problema del conflicto de intereses en el caso que habiéndose verificado la concepción, la voluntad de procrear de un cónyuge se oponga a aquella de no procrear del otro.

La autora, a partir de un análisis y una comparación de la jurisprudencia anglo-americana y europea, pone en evidencia cómo la rápida evolución de la ciencia médica y la difusión de la aplicación de las nuevas tecnologías reproductivas (con la circunstancia por la cual el material genético del óvulo puede ser fundido en ambiente extra-uterino dando vida a un embrión) han abierto nuevas e inesperadas perspectivas de reflexión, respecto a aquellas puestas por la problemática del aborto, con referencia a la simetría de los derechos reproductivos atribuibles a los progenitores.

Esta contribución invita a reflexionar sobre el relieve de la gestación en la especificación diversa de los sexos y de los de-

*Candidato a doctor en investigación en Ciencia, Tecnología y Derecho de la Facultad de Jurisprudencia, Universidad de los Estudios de Catania.
(Correspondencia fcristofari@lex.unict.it).

rechos reconocidos a ellos. Según algunos, asignar una indiscriminada igualdad de derechos en el ámbito de la “toma de decisiones reproductivas” –en orden a la voluntad de procrear o no procrear–, equivale a no tener en suficiente consideración la específica caracterización sexual-reproductiva que inevitablemente pone a un hombre y a una mujer en manera diferente en relación a la vida naciente. La radicalización de la diferencia corpórea y la polarización de los roles que de ello deriva, pone el riesgo que surjan aquellas relaciones de poder que hacen no esenciales los sujetos, reducidos a una mera posesión.

La propuesta alternativa para la realización de una situación de equidad, es aquella de la abstracción de la corporeidad y, por tanto, de la homologación. Pero, si esta última en apariencia anula las diferencias, repropone luego, la asimetría de los derechos sobre el plano de la voluntad.

La autora, superando el modelo de la radicalización de la diferencia corpórea y el modelo de la homologación, propone aquel de la “democracia” como hecho intersubjetivo y relacional y, por tanto, unido a un reconocimiento recíproco, sosteniendo que la autodeterminación del individuo, en las decisiones reproductivas, una vez verificado la concepción/fecundación, no sea conciliable con tal principio.

Summary

Self-identity determination: gender and family

Some jurisprudential pronouncements demonstrate that judges are becoming always more conscious of procreation as object of an autonomous right of privacy. The fact that inside of the procreating right, as a fundamental human right, must also be considered the negative one of no-procreating, puts the problem of the balance of interests in the case that, after the conception, the procreating will of one consort opposes to the no-procreating will of the other one.

The author, beginning from an analysis and a comparison of Anglo-American and European jurisprudential cases, points out that the rapid evolution of medical science and the diffusion of the new reproductive technologies (together with the fact that genetic material of the oocyte can be fused out of uterus giving life to an embryo) has opened new and unexpected considerations compared with those offered by abortion problems, about the same reproductive rights of the progenitors.

This contribution invites to consider the importance to tribute to the gestation for the different specification of the sexes and of their rights.

Someone thinks that to tribute an indiscriminated equality of rights within the "reproductive decision-making" –in order to the procreating or no-procreating will– means not to consider enough the specific sexual-reproductive characterization which inevitably puts a man and a woman in a different position in front of the unborn child. But the radicalization of the difference and the deriving polarization of the roles bring the rising of risks of power relations that make unessential the other subjects reduced to be simple property.

The alternative proposal for the realization of an equity situation is the abstraction of the bodility, and then of the homologation. But, if this one, in seeming, nullifies the differences, it presents again, the asymmetry of the reproductive rights in the field of the wills.

The author, between the homologation model and the bodility-difference model suggests the "democracy" one as a relational fact between the subjects and, therefore, connected to a mutual acknowledgement. She thinks that individual self-determination in the "reproductive decision-making", after fecundation/conception, is not reconcilable with this principle.

Palabras clave: autodeterminación, procreación, identidad de género, familia, padre.

Key words: self-determination, procreation, gender identity, family, father.

Introducción

No obstante que no exista ninguna norma internacional o constitucional que haga expresa referencia al así llamado *derecho de procrear*, éste ha sido progresivamente considerado como derecho de la persona, como parte intrínseca del derecho de casarse y de tener una descendencia (el evento reproductivo es entendido como presupuesto de éste).¹

Algunos pronunciamientos jurisprudenciales muestran una evolución en la toma de consciencia, por parte de los jueces, de la procreación, como objeto de un autónomo derecho de personalidad.

Algunos pronunciamientos jurisprudenciales muestran una evolución en la toma de consciencia por parte de los jueces, de la procreación como objeto de un autónomo derecho de personalidad. El hecho que al interior del “derecho a procrear”, como derecho fundamental del individuo, comprendido también el derecho negativo de “no procrear”, presenta el problema del conflicto de intereses en el caso que habiéndose verificado la concepción, la voluntad de procrear de un cónyuge se oponga a aquella de no procrear del otro.

Si la jurisprudencia estadounidense desde hace tiempo se ha expresado sobre el particular,² en Europa y específicamente en Italia, la configuración de tal derecho ha comenzado a emerger, en las motivaciones de los jueces, a partir de los últimos años.³

En el último decenio, la evolución rapidísima de la ciencia médica y la difusión de la aplicación de las nuevas tecnologías reproductivas –con la circunstancia por la cual el material genético del óvulo puede fundirse en ambiente extra-uterino dando vida a un embrión– ha abierto nuevas e inesperadas perspectivas de reflexión (respecto a aquellas propuestas por la problemática del aborto) en referencia a la simetría de los derechos a ser atribuidos a los nuevos seres.

En 2003, el Reino Unido fue el “teatro” de la controversia judicial *Evans vs. Amicus Health Care*⁵, en referencia al caso de una mujer, Natallie Evans, a la cual, por motivo de un tumor le fueron extirpados ambos ovarios; por lo cual, no siendo ya idónea para concebir naturalmente, depositó su propio patrimonio genético junto con el del marido con el fin de producir embriones que se habría hecho implantar para la gestación.

Pocos meses después, habiendo surgido una crisis en la pareja, “the future of the embryos was discussed between the parties”.⁶

La mujer, con el interés de procrear, recurrió a la *Suprema Corte* cuya decisión ha sido la de hacer prevalecer, sobre el deseo de Ms. Evans de tener un hijo con su propio patrimonio genético, la voluntad de no procrear expresada por Mr. Johnston.⁷ Ms. Evans, al recurrir a la apelación,⁸ ha presentado entre los diversos argumentos,⁹ como último pero no menos importante, aquel por el cual “the courts must either read the 1990 Act in such a way as to render it compatible with her rights under Human Rights Act 1998 or, if that were not possible, they must issue a declaration of incompatibility under it”.

La *Corte de Apelaciones*, argumentado en referencia al art. 8 CEDU,¹⁰ ha considerado que si tal argumento fuese merecedor de consideración, llevaría a interferir con el derecho del padre de decidir no volverse tal pero, así como no se podría forzar la maternidad de Ms. Evans –consintiendo el implante de los embriones contra su voluntad–, no se puede, en el presente caso, no tutelar la voluntad expresa contraria, de Mr. Johnston, a procrear y a asumir por tanto el rol de padre.¹¹

Se lee: “If a man has testicular cancer and his sperm, preserved prior to radical surgery which renders him permanently infertile, is used to create embryos with his partner; and if the couple have separated before the embryos are transferred into the woman, nobody would suggest that she could not withdraw her consent to treatment and refuse to have the embryos transferred into her. The statutory provisions, like Convention rights, apply to men and women equally”.¹²

El juez Wall de la *Suprema Corte* y la *Corte de Apelaciones* han ambos sostenido que existe el mismo *derecho de veto* por el cual como una mujer podría revocar su propio consentimiento al implante de los embriones,¹³ del mismo modo se debe reconocer tal derecho al hombre.

Sobre el caso se ha pronunciado posteriormente la Corte Europea de los Derechos Humanos, ante la cual ha sido individualizada la causa de acuerdo al art. 35 CEDU.¹⁴

De manera similar a los tribunales ingleses, los jueces de Strasburgo han establecido¹⁵ que, en tal caso, ha disminuido la efectividad del

consentimiento, que es entendido como consentimiento a un acto específico –“traer al mundo” un hijo, y no a un general proyecto de vida, generar hijos– y expresado en determinadas y concretas circunstancias.¹⁶

Además, la previsión de una rígida y neutra regla consensual, en base a la cual cada una de las partes puede revocar el consentimiento hasta el momento de la transferencia en útero de los embriones crioconservados, no viola el derecho al respeto de la vida privada (art. 8 CEDU) de la parte que pide por el contrario el implante.

Los jueces no han considerado ni siquiera relevante, con el fin de la búsqueda de un equilibrio más flexible, la particular circunstancia en la cual el tratamiento de crioconservación y el sucesivo implante de los embriones constituya, por la parte que lo requiere –en este caso la mujer–, la única posibilidad de obtener una maternidad “biológica”.¹⁷

La Corte ha sostenido que “there shall be no interference by a public authority with exercise of this except such as is in accordance with the law and is necessary in a democratic society in the interests of national security, public safety or the economic well-being of the country, for the prevention of disorder or crime, for the protection of health or morals, for the protection of the rights and freedoms of others”.¹⁸

No fue aceptado el argumento de la solicitante por el cual, “the situation of the male and female parties to Ivf treatment cannot be equated and that a fair balance could in general be preserved only by holding the male donor to his consent. While there is clearly a difference of degree between the involvements of the two parties in the process of Ivf treatment”.

Los jueces no han aceptado “that the Article 8 rights of the male donor would necessarily be less worthy of protection than those of the female; nor does it regard it as self-evident that the balance of interests would always tip decisively in favour of the female party”.¹⁹

Si bien sea difícil, en la situación de los hechos, “to judge whether the effect on the applicant of J’s withdrawal of consent²⁰ would be greater than the impact the invalidation of that withdrawal of consent would have on J.”²¹

Según Sally Sheldon, la impostación del problema en estos términos no toma en cuenta el significado que tiene la gestación para una

mujer; por lo cual, asignar una indiscriminada igualdad de derecho en el ámbito de las *decisiones reproductivas* –en orden a la voluntad de procrear o no procrear– equivale a no tener en suficiente consideración la específica caracterización sexual-reproductiva que inevitablemente pone a un hombre y una mujer en manera diferente en relación a la vida naciente.

En tal perspectiva,²² la *corporeidad* de la mujer tiene su propia relevancia en la especificación diversa de los sexos y de los derechos reconocidos. El elemento del embarazo definiría una cierta diversidad en referencia al ejercicio del *derecho de veto*; así como, según tal óptica, no sería defendible, en el presente caso, la voluntad de procrear expresada por Ms. Evans y aquella de no procrear de Mr. Johnston: se podría más bien hacer una confrontación entre el derecho de la mujer a la maternidad y la circunstancia en la cual un hombre quisiese transferir los embriones en una *mujer que alquile su útero*.

Como en el caso del aborto, la presente argumentación llevaría a la mujer a ser la única depositaria del derecho de disponer de la vida del feto, a partir de una especificación del *right of privacy* como *right of bodily privacy*, derecho a la exclusiva autogestión sobre la propia persona.²³

La experiencia jurisprudencial anglo-americana es rica en casos en los cuales se verifica la circunstancia en la cual el marido se opone al aborto querido por la esposa²⁴, sin que le sea reconocido ningún *derecho de veto*; a ese respecto fue significativo en Inglaterra el conocido pronunciamiento *Paton v. Trustees of BPAS and another*, de 1978. El caso comienza con la controversia de dos cónyuges Mr. William Paton y Ms. Joan Mary Paton, la cual, embarazada, tuvo temores sobre su propio embarazo.²⁵ La mujer, intentando abortar, sin hacerle saber la decisión a su marido, se presenta ante el personal médico para recibir la certificación que, según la ley inglesa,²⁶ es indispensable para la licitud de la ejecución. En el momento en el cual todo estaba predisuesto para la intervención, el marido, llegado al conocimiento de los hechos, se dirigió a la autoridad judicial competente para obtener una orden de suspensión, para hacerla valer ante la clínica (*British Pregnancy Advisory Service* o BPAS) y ante su esposa, impidiendo la actuación del aborto.

La decisión de la Corte rechazó la solicitud de Mr. William Paton considerando que “the husband has no legal right enforceable at law or in equity to stop his wife having the abortion or to stop doctors from carrying out the abortion”.

Entre las motivaciones del juez Baker,²⁷ me parece interesante con respecto a nuestro análisis, aquella por la cual el padre no puede ejercer ningún derecho en relación con el feto, ni como padre ni como esposo; en cuanto, en la ley inglesa sobre el aborto, no existe ninguna condición que requiera la previa consulta del padre.²⁸ El marido no tiene derecho, ni en *commow law* ni en *equity*, de impedir que su propia esposa aborte según la ley (o bien que un médico reglamentariamente habilitado para la profesión la haga, siempre según la ley, abortar). En la motivación de la sentencia, el juez se ha referido a la decisión de la Suprema Corte de los Estados Unidos según la cual el marido o el padre legítimo, no tiene el derecho de impedir que aborte la esposa o a la mujer embarazada por él.

En *Planned Parenthood of Central Missouri v. Danforth, Attorney-General of Missouri*²⁹ la Suprema Corte ha decidido, si bien por mayoría, que el Estado de Missouri³⁰ –“no puede constitucionalmente pedir, como en el hecho en el §3(3) del *Missouri Act*, el consentimiento del consorte como condición para la legalización del aborto de la esposa en las primeras doce semanas de su embarazo (...) por la clara razón que, estando para el Estado cerrada por ley la posibilidad de decidir sobre el aborto en el primer estadio de gestación, en el cual sólo el médico y la mujer pueden decidir, el Estado no puede delegar a quien quiera que sea, ni siquiera al marido, el poder impedir el aborto en este mismo período no teniendo tal poder”.³¹

En Italia, la perspectiva delineada por la Sheldon es asumida en la situación de los hechos. No obstante, según la L. 40/04, la revocación del consentimiento para el implante, habiéndose tenido la fecundación,³² no es admitida, ni por parte del padre ni por parte de la madre;³³ la mujer es la única depositaria del derecho a disponer de la vida del feto una vez que haya sido implantado en su vientre, en base a cuanto ha quedado establecido por la L. 194/78.

Según la ley sobre el aborto, en Italia no es tomada en ninguna consideración la posición del marido de la gestante: la mujer es considerada el único “árbitro” acerca de la interrupción voluntaria del emba-

razo.³⁴ El *cuerpo* de la mujer constituye un *filtro* para hacer valer el propio *derecho* a la *autodeterminación* en orden a la decisión de procrear y/o no procrear, no obstante que el aborto “después de los noventa días, puede ser practicado: cuando la prosecución del embarazo, el parto o la maternidad implicarían un serio peligro para la vida de la mujer; cuando se hayan verificado procesos patológicos, entre los cuales aquellos relativos a relevantes anomalías o malformaciones del que está por nacer, que determinen un grave peligro para la salud física o psíquica de la mujer”.³⁵

Pocos meses antes, el Tribunal de Catania³⁶ ha decidido, que no se podía identificar una lesión del derecho a la autodeterminación de la madre en cuanto, en tal caso, el derecho de la madre a la interrupción del embarazo, si fuese correctamente informada de las malformaciones de las cuales estaba afectado el feto (síndrome de Down). No podía ser ejercitado en cuanto que la primera consulta ginecológica había tendido lugar a los tres meses,³⁷ y no subsistían las condiciones del art.6 de la L. 194/78 (se habría tratado de un aborto eugenésico). Las anomalías diagnosticadas en el feto –no consideradas relevantes– no habrían podido determinar un serio peligro para la salud psico-física de la gestante.³⁸ ¿Cómo evaluar la gravedad de una malformación del feto en orden a las repercusiones “fuertemente subjetivas” sobre la salud psíquica de la mujer? En la situación de los hechos, resulta extremadamente complejo juzgar la gravedad de la enfermedad del concebido en orden a las consecuencias que ella puede tener sobre la salud psíquica de la madre. Tal valoración es efectuable según una “lógica interactiva”, patología del bebé/bienestar psíquico de la mujer, extremadamente indeterminada.

Por fuerza de la lógica, la aplicación del art. 6 se vuelve sumamente difícil: es evidente que cada uno tiene una diferente idea de enfermedad y de salud, en base a la propia concepción de la vida y a su personal sistema de valores. El derecho a la salud y las aspiraciones del individuo, desvinculadas de una objetiva distinción entre fisiología y patología, corren el riesgo de volverse arbitrarias.³⁹

La tutela de la “integridad psicofísica” de la mujer aparece como dilatable según las exigencias de un concepto de *salud psíquica* amplio y de *confines difícilmente definibles*: el daño biológico puede

volverse fácilmente una *cláusula-refugio* para tutelar, más que el interés de la salud de la mujer (entendida como *equilibrio existencial*⁴⁰), su *deseo* (voluntad) de no procrear. El concebido resulta, por tanto, estar bajo la jurisdicción de la madre cuya autodeterminación de elección, en orden a la voluntad de procrear o no procrear no es “controlable” según parámetros de objetivización “externos” respecto a la “percepción subjetiva” que ella tiene de las malformaciones del feto.

De tal modo, la subjetividad de la gestante, separada de todo “vínculo con una definición unívoca de patología”, se vuelve un fundamento trascendental de toda realidad lícita, respecto al modo de disponer de la vida del embrión. A partir de la radicalización de la *diferencia corpórea*, la absolutización de la voluntad de la mujer (respecto de aquella del hombre), conciliándose con la incertidumbre sobre el estatuto ontológico del embrión, ha conducido a la “cosificación” del concebido considerado como su “única posesión”. En *Roe v. Wade*, el juez no había sostenido que el embrión no estuviese vivo, había más bien evitado el problema considerando que no fuese su tarea pronunciarse sobre el inicio de la vida humana y, no obstante eso, había hecho prevalecer la voluntad abortiva de la mujer con la afirmación por la cual de acuerdo con la constitución americana, el feto no es una persona.⁴¹

La corte de Casación, con un pronunciamiento del 20 de octubre de 2005,⁴² sobre el tema de la responsabilidad del médico por omisión de diagnóstico de malformación del feto, ha considerado que también corresponde al padre –además de la madre– el resarcimiento de los daños que constituyen la consecuencia inmediata y directa del incumplimiento del ginecólogo a la obligación de naturaleza contractual.

El juez ha sostenido que también el padre está comprendido entre “los sujetos protegidos por el contrato y en relación al cual la prestación del médico es debida, sobre la base de los derechos y deberes derivables de la L. 194/78, de la Constitución, del Código Civil y de las obligaciones de los padres hacia los hijos” (art. 29 y 30 Const.,⁴³ art. 143 y 147, 261 y 279 Código Civil).⁴⁴ La Corte ha considerado resarcible la lesión del derecho a la salud infligida a ambos cónyuges y ha dado certeza a la realización de un daño biológico en su más amplia acepción.⁴⁵

En el mismo sentido, se ha pronunciado en julio de 2006, la Corte de Casación⁴⁶ acogiendo la petición de resarcimiento del así llamado *daño por nacimiento indeseado*, por información omitida sobre las anomalías del feto, no sólo por parte de la madre sino también del padre.⁴⁷

También en este último caso se mantiene evidente lo relevante, es el impedimento a la “mujer de ejercitar el propio derecho al aborto”, con un daño a su salud, mientras pone de relieve, sólo como hipótesis, el daño causado “a la salud también del marido” (en el esquema del daño reflejo).

Una vez más, nos encontramos ante las dicotomías fuerte-débil y dominante-sumiso, pero si en la historia de la reivindicación de los derechos ha sido siempre la mujer a ser considerada el “sexo débil”⁴⁸ subyacente al modelo varonil; por el contrario, a propósito, de las *decisiones reproductivas*, la absolutización de la voluntad de la mujer emerge precisamente a partir de la radicalización de su diferencia sexual. La polarización de los roles que de ello deriva pone en riesgo que surjan aquellas “relaciones de poder que hacen no esenciales los mismos sujetos”⁴⁹ reducidos a mera posesión. En tal caso, la *no esencialidad* depende del peso asumido por la autodeterminación de la mujer que, en orden al ejercicio del derecho de procrear y/o no-procrear, hace posible esta operación de no reconocimiento de la pretendida subjetividad del otro. La asunción radical de la diferencia biológica ha conducido a considerar al otro en términos de conflicto, llegando a la “cosificación del otro”.

La propuesta alternativa para la realización de una situación de equidad, ha sido aquella de la “abstracción de la corporeidad” y por tanto, de la homologación, en la línea de la decisión elaborada por los jueces en el caso *Evans*. Pero si el modelo homologante, en apariencia, anula las diferencias, repropone la asimetría de los derechos de los progenitores sobre el plano de la voluntad, con recaídas, también en este caso, respecto al no-reconocimiento de las pretensiones subjetivas del embrión.

En el caso *Evans*, en relación a la destrucción de los embriones, consiguiente a la revocación del consentimiento, la Corte Europea de los Derechos del Hombre ha sostenido en referencia al art. 2 de la

*Convención*⁵⁰ que en *Vo v. France* (GC), n. 53924, § 82, ECHR 2004 “(...), it held that, in the absence of any European consensus on the scientific and legal definition of being of life, the issue of when the right to life begins comes within the margin of appreciation which the Court generally considers that States should enjoy in this sphere. Under English law, as was made clear by the domestic courts in the present applicant’s case –see paragraphs 16 and 21 above–, an embryo does not have independent rights or interests and cannot claim –or have claimed on its behalf– a right to life under Article 2”.⁵¹

Incluso en tal circunstancia, la Corte no se ha pronunciado sobre el estatuto ontológico del embrión pero sosteniendo que “*an embryo does not have independent rights of interests*” se ha impuesto (sin declararlo) como antropología –según la lógica por la cual “aquello que no se ve, no existe”– y ha legitimado el “dominio” de la voluntad de no-procrear del padre.

No obstante que quien escribe sostenga que sea argumentable, desde un punto de vista filosófico, la naturaleza personal del embrión,⁵² aún mientras se toma posición en el actual debate, todavía abierto, relativo al estatuto ontológico de este último, la pregunta a hacerse es si no sea más correcto asumir una actitud precautoria. Tal perspectiva llevaría a valorar en términos éticos el alto *riesgo* (configurable como falta de conocimiento) y los relativos *costos* derivados de la confusión de distinciones categoriales – como lo objetivo y lo subjetivo – que, en relación con la naturaleza humana, se presentan a un profundo nivel antropológico: en el caso de la destrucción del embrión, “se desliza” “en la misma perspectiva de la naturaleza externa objetivizada” (*Die technisierung der menschennatur*).⁵³ Una semejante imposición del problema puede tener un propio sentido preciso, prescindiendo de cualquier hipótesis ontológica sobre el inicio de la vida personal en cuanto ella no se funda en una “dignidad del hombre metafísicamente entendida”, sino, más bien, “intuitivamente probada”.⁵⁴

Entre el modelo de la radicalización de la diferencia corpórea y aquel de la homologación, se impone aquel de la “democracia” como hecho intersubjetivo y relacional y, por tanto, unido a un reconocimiento recíproco.

Lo que es necesario replantear, según mi parecer, es si la autodeterminación del individuo, en las decisiones reproductivas, una vez realizada la concepción/fecundación, haga inoperante o no tal principio.

Además, si la sociedad está constituida por pluralidades, cada una de ellas es portadora de una propia originalidad. La finalidad de la ley es “precisamente aquella de fundir esta multiplicidad en la unidad del cuerpo político –gracias a la ley cada uno se vuelve idéntico al otro, pero esta identidad jurídica no destruye el carácter de unicidad de la persona humana”⁵⁵–, entonces la tarea de la ley en materia de decisiones reproductivas será aquella de afrontar el tema de la igual tutela del derecho de procrear para parte de un hombre y una mujer, reconociendo el problema de la marginación del hombre en cuanto diverso respecto de la mujer en su caracterización sexual-reproductiva.

No es un dato para despreciar, las diferencias biológicas, sino para reconocer a los sujetos que son portadores de ellas, igual tutela de frente a la ley.

Referencias bibliográficas

¹ Art. 9. Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea. 7 de diciembre de 2000 (acceso del 24.05.2007, en: http://www.europarl.europa.eu/charter/default_it.htm). “El derecho de casarse y de constituir una familia están garantizados según las leyes nacionales que disciplinan su ejecución”. El derecho de constituir una familia – como derecho fundamental del individuo, expresión de libertad y autonomía de la persona – es reconocido implícitamente también por numerosas convenciones internacionales entre las cuales el art. 16, par. 1 de la *Declaración Universal de los Derechos del Hombre*, adoptada en New York el 10 de diciembre de 1948 (acceso del 24-05-2007, en: <http://www.interlex.it/testi/dichuniv.htm>); el art. 12 *Convención para la salvaguarda de los derechos del hombre y de las libertades fundamentales*, adoptada por el Consejo de Europa en Roma el 4 de noviembre de 1950, ratificada por Italia el 26 de noviembre de 1955 (acceso del 24.05.2007, en: <http://www.studiperlapace.it/documentazione/europconv.html>) y, en fin, el art. 23 del *Pacto Internacional relativo a los derechos civiles y políticos*, emanado en New York el 16 de diciembre de 1966, entrado en vigor el 18 de septiembre de 1992 (acceso del 24-05-2007, en http://www.admin.ch/ch/i/rs/0_103_2/index.html).

² Cfr. *Casey v Population Services International*, 431 US (1977) 678 (acceso del 23.05.2007, en: <http://members.aol.com/abtrbng/50512.htm>) en el cual la Corte ha afirmado que “la decisión de concebir o generar o no un hijo forma parte de las decisiones constitucionalmente protegidas”; cfr. *Eisenstadt v Baird*, 405 US (1972) 438 (acceso del 23.05.2007, en <http://caselaw.lp.findlaw.com/scripts/getcase.pl?court=US&vol=>

³ Cfr. Tribunal de Roma, 14 de febrero de 2000 en el cual el juez ha afirmado que “En una óptica que concibe la sociedad como un organismo en continua evolución, donde sea respe-

tada la autorealización individual, debe ser reconocido, como derecho fundamental de la persona, el derecho a ser padre y de valorar y tomar las decisiones en relación a la necesidad de procrear, con la precisión que el *status* paternal puede encontrar su complemento en la adopción pero también en la transmisión de su propio patrimonio genético, debiéndose tender a tales casos por la validez de un contrato de sustitución de maternidad” (Pagni A. *Il codice deontologico e la sentenza del giudice Schettini*. Bioetica 2000; 3: 527-545, p. 532 cit.: además se vea el caso sometido a la atención del Tribunal de Boloña el 9 de mayo de 2000, Cassano G. *Brevi riflessioni sul destino degli embrioni “in vitro”*: *Tribunale di Bologna, 9 maggio 2000 (ord.)*. Famiglia e diritto 2000; 5 (7): 487-500, pp. 496-500).

⁴ Cfr. el caso del Tribunal de Boloña, 26 de junio de 2000 (*Giurisprudenza –Il difficile equilibrio tra il diritto ad essere madre e il diritto a non essere padre– Tribunale di Bologna 26 giugno 2000*. Corriere giuridico –Mensile di giurisprudenza, legislazione e opinione 2001; 9: 1221-1222). “El derecho a la procreación ha de ser necesariamente apreciado ya sea que sea expresado en forma positiva, ya sea que se muestre en una voluntad negativa, sin que puedan encontrar espacio jurídicamente apreciable opiniones que –teniendo su origen en los impulsos egoístas y altruistas atribuidas a las dos hipótesis– traicionan una vez más el llamado a calificaciones morales, por otra parte contrastantes con el derecho constitucional. En realidad y precisamente partiendo de la constatación de que no existe un criterio de “prevalencia” codificado, debe afirmarse también en la presente sede, la igual dignidad tanto al derecho a la maternidad de la mujer, como al derecho del hombre a no convertirse en padre. Para hacer frente a la situación de conflicto evidenciada por el presente procedimiento, los criterios de resolución del mismo han de buscarse necesariamente en el principio de procreación responsable y consciente, del cual la ley número 194/78 sobre la interrupción voluntaria del embarazo es principalmente intérprete, sea en el evento concepción, o bien en el ámbito de la procreación artificial –en la situación anunciante y potencial respecto a dicho evento”: cfr. Cassano G. *Impianto degli embrioni ed autodeterminazione nelle scelte procreative*. *Tribunale di Bologna, 26 giugno 2000*. Famiglia e diritto 2000; 6 (7): 614-621; se vea además, Casini C. *Controversia: tre figli sotto azoto liquido*. Medicina e morale 2000; 6 (50): 1193-1202.

⁵ *Evans v. Amicus Healthcare Ltd and others*, (2003) EWHC 2161 (Fam) (acceso del 22.05.2007, en <http://www.pjbpubs.com/cms.asp?pageid=2240>).

⁶ El 10 de octubre de 2001 Natallie Evans, 29 años, y Howard Johnston, 24 años, se hicieron novios. La mujer había ya tenido un precedente matrimonio durante el cual se había sometido a algunos tratamientos para mejorar sus posibilidades de tener un hijo. De común acuerdo, los dos cónyuges se dirigieron a una clínica (Mrs. Speaman) para solicitar la posibilidad de que fuesen congelados sus óvulos no fecundados, pero tuvo una respuesta negativa tanto de Mrs. Speaman, en cuanto no era un procedimiento autorizado por la clínica, como por Mrs. Johnston el cual afirmó que aquello no hubiese sido necesario desde el momento en que él mismo tenía la intención de ser padre del bebé. La pareja dio su consentimiento firmando algunos módulos según lo previsto por la *Authority*.

El contenido del módulo, titulado “HFEA (00) 6 Form for Consent to Storage and Use of Sperm and Embryos”, reflejaba las determinaciones del *Human Fertilization and Embryology Act*. 1990 (acceso del 22-05-2007, en http://www.opsi.gov.uk/acts/acts1990/Ukpga_19900037_en_1.htm) la más importante de las cuales es la “Schedule 3” (bajo el encabezado estaba escrito “do not sign this form unless you have received information about these matters and have been offered counselling. You may vary the terms of this consent of withdraw this consent at any time except in relation to sperm or embryos which have already been used. Please insert numbers or tick boxes as appropriate”). La Segunda Sección del

modulo, titulada *Use* en relación a la utilización del esperma de Mr. Johnston, preveía tres opciones: el interesado ha marcado para la primera (*In treating named partner*) en el recuadro del "sí", mientras para la segunda y la tercera (*In treating others: In any project of research*) en el recuadro del "no". También en referencia al uso del esperma para fertilizar los óvulos y a la utilización de los embriones que de ello derivarían. Mr. Johnston tenía tres opciones: una vez más fue positiva su respuesta para la primera (*In treatment of myself together with a named partner*). Los términos de los módulos compilados por Ms. Evans eran análogos a aquellos de Mr. Johnston (con la única diferencia que, en su caso, se trataba de disponer de óvulos y no de esperma) y también en este caso la respuesta de la interesada fue positiva en referencia a la primera opción y negativa para las otras dos. El 12 de noviembre los dos cónyuges se presentaron a la clínica para que fuesen recogidos y fecundados once óvulos, de ellos derivaron seis embriones que fueron congelados. El 26 de noviembre de 2001 Ms. Evans fue sometida, con éxito, a la operación para remover sus dos ovarios en seguida a la cual el personal experto declaró que no existían impedimentos para llevar a cabo un embarazo (naturalmente la única posibilidad que Ms. Evans tenía para tener un hijo, con su propio patrimonio genético, era hacer uso de los seis embriones congelados). El 19 de diciembre, Ms. Evans recibió por parte de la clínica la noticia de que tendría que esperar dos años antes de la implantación de los embriones. En la espera, el 27 de mayo de 2002, "the relationship between the couple ended. During the break-up the future of the frozen embryos was inevitably discussed". El 4 de Julio de 2002, Mr. Johnston escribió a la clínica para comunicar su separación y expresó su voluntad de que los embriones fuesen destruidos. La negación del consentimiento fue reportada a Ms. Evans la cual, el 11 de septiembre de 2002, solicitó una acción judicial para obtener de la clínica el compromiso de preservar los embriones hasta la decisión del juez.

⁷ Legal Issues. La *Human Fertilisation and Embryology Act: 1990* (acceso del 22.05.2007, en: http://www.Opsi.gov.uk/acts/acts1990/Ukpage_19900037_en_1.htm). Se prevé que los embriones creados *in vitro* puedan ser utilizados sólo al interior de *an effective consent* por cada una de las partes *whose gametes were used to create it* (cfr. Schedule 3, para 6 (3) "An embryo the creation of which was brought about in vitro must not be used for any purpose unless there is an effective consent by each person whose gametes were used to bring about the creation of the embryo to the use for that purpose and the embryo is used in accordance with those consents") El acta también prevé además, "that such consent can be varied or revoked at any time up until the moment that embryos are used" (Cfr. Schedule 3, para 4 (1) "The terms of any consent under this Schedule may from time to time be varied, and the consent to the person keeping gametes or embryo to which the consent is relevant. (2) The terms of any consent to the use of an embryo cannot be varied, and such consent cannot be withdrawn, once the embryo has been used - a. in providing treatment services, or b. for the purposes of research"). Según el juez Wall, sobre la base de tales referencias legislativas, "Mr. Johnston's right to withdraw his consent therefore seemed very clear".

⁸ *Evans v. Amicus Healthcare Ltd*, (2004) Ewca Civ 727, 25th June, 2004, (acceso del 22.05.2007, en: <http://www.pjbpubs.com/cms.asp?pageid=2241>). Un caso similar, *Davis v Davis* (842 SW 2d 588, 597; Tenn. 1990; acceso del 22.05.2007, en http://biotech.law.lsu.edu/cases/cloning/davis_v_davis.htm) había sido resuelto en 1990, por la Corte de Tennessee, en modo diferente. La decisión del juez, en el presente caso, hacía prevalecer el derecho de una mujer a la implantación en su útero de los embriones congelados contra la voluntad de su marido del cual, mientras tanto, se había divorciado. La *Corte de Apelaciones* (59 US LW 2205 (Tenn App 1992)), en 1992, consideró que una sentencia a favor de la "madre" habría violado el derecho del ex marido a no procrear. En el sentido de

la ley de Tennessee los embriones producidos in vitro no son tutelados como personas jurídicas, pero la Corte, no logrando decidir cuál interés hacer prevalecer entre aquellos de los dos cónyuges, confió a ambos la custodia conjunta de los embriones. Para un análisis completo cfr. Coleman CH. *Procreative Liberty and Contemporaneous Choice: An Inalienable Rights Approach to Frozen Embryo Disputes*. Minnesota Law Review 1999; 84 (1): 55-127, pp. 71-74.

⁹ Citing Articles 2, 8, 12 y 14 of the *European Convention on Human Rights* (acceso del 22-05-2007, en <http://www.hri.org/docs/ECHR50.html>). La *Corte de Apelaciones* ha rechazado la apelación por parte de Ms. Evans al artículo 2 de la *Convención de los Derechos del Hombre* notando que “Ms. Evans case in not about the right to life; it is about the right to bring life into being”, (*Evans (CA) supra* n. 1, at para. 19). La Corte ha rechazado prontamente también la apelación al art. 12 por parte de la recurrente discutiendo su fundamento incluso en referencia al art. 8 (cfr. *supra*). *Evans(H C)*, *supra* n.1 at para. 265).

Entre los cuatro argumentos presentados por la recurrente ante la *Corte de Apelaciones*, tres de estos son: 1. Según Ms. Evans, Mr. Johnston, no podría, en la situación de los hechos, retirar su propio consentimiento al tratamiento, de otro modo, dado que el consentimiento de Mr. J. antes de la congelación de los embriones, la clínica, debería hacerse “cargó” de la difícil y no prevista carga de realizar una indagación, previa al tratamiento, sobre la calidad de la relación de la pareja que requería la prestación. Ambas cortes rechazaron el argumento afirmando que cuantos, antes del tratamiento, “as a joint enterprise no longer so do, the original consent must be deemed in operative as the treatment services would no longer be within the terms described in the consent” (*Per Arden LJ Evans (CA)*, *supra* m. 1 at para. 94). La *Corte de Apelaciones* ha notado que mientras “clinics can hardly be expected to investigate and pass judgment upon physical, sexual, psychological and emotional togetherness of a couple, [it does not seem] unrealistic to leave to the clinic the necessity to judge whether the couple remain united in their pursuit of Ivg treatment” (*Ibid*): 2. Ms. Evans sostiene, además, que los embriones habían sido seleccionados y congelados lo que significaba que ya habían sido utilizados “in the provisión of treatment services” con el resultado que, según los términos del *Human Fertilisation and Embryology Act* (1990), el consentimiento ya no habría podido ser retirado. Incluso en tal caso, ambas cortes rechazaron la petición. A propósito, la *Corte de Apelaciones* ha hecho notar que habría resultado “almost absurd” adoptar una construcción de efectos en base a la cual se eliminaría el derecho de una persona a retirar el propio consentimiento al momento de la creación de los embriones (*Evans (CA)*, *supra* n.1 at para 33, *per Thorpe LJ*): 3. Por último, según Ms. Evans, no debía ser permitido a Mr. Johnston retirar su consentimiento, “as she had relied on his assurance that there was no need for her to store unfertilised eggs in addition to the embryos created form their gametes” (*Evans (CA)*, *supra* n.1, at para 62.) Ambas cortes han dado respuesta negativa a este argumento, con la anotación de Arden LJ, según la cual: “A person may give up a right created by statute for his benefit only, but here the right of withdrawal is granted in recognition of the dignity to which each individual is entitled. Such must include an individual’s right to control the use of their own genetic material, in my judgment, it would be contrary to public policy for courts to enforce agreements to allow use of genetic material” (*Evans (CA)*, *supra* n.1 at para. 120 *per Arden LJ*).

¹⁰ Tanto la *Suprema Corte* como la *Corte de Apelaciones* han considerado que el art. 8 debía ser aplicado ya sea a Ms. Evans como a Mr. Johnston y que la interferencia en la vida privada de las partes permitida por la Schedule 3 de la *Human Fertilisation and Embryology Act* fuese necesaria para la protección de los derechos de ambos donadores de gametos y por tanto proporcionada a la finalidad del art. 8 de la Convención.

¹¹ “if Ms. Evans’ argument succeeded, it would amount to interference with the genetic father’s right to decide not to become a parent. Motherhood could surely not be forced on Ms. Evans and likewise fatherhood cannot be forced on Mr. Johnston (...)” (*Evans (CA)*, *supra* n1, at para. 111, *per* Arden LJ). Ms. Evans había sostenido, sobre la base de su comprobada esterilidad, de haber sufrido una discriminación en referencia a derechos tutelados por la Convención (identificando los artículos 3, 5, 8, 12 y 14 (*Evans (HC)*, *supra* n. 1, at para. 267); el artículo 14 prevé que “(t)he enjoyment of the rights and freedoms set forth in this Convention shall be secured without discrimination on any round such as sex race, color, language, religion, political or other opinion, national or social origin, association with a national minority, property, birth or other status”).

¹² *Evans (HC)*, *supra* n. 1, at para. 320.

¹³ La ley británica permite la revocación del consentimiento hasta que el embrión o es utilizado (cfr. *Human Fertilization and Embryology Act*, 1990), porque, de acuerdo con el reporte Warnock, asume, convencionalmente, el inicio de la vida humana el 14º día después de la fecundación y porque, en el caso que la trasferecia en útero o el sometimiento a tratamientos de experimentación sucedan antes, no tiene algún sentido la revocación de las disposiciones ya actuadas.

¹⁴ Art. 25.1 CEDU “La Corte no puede ser introducida si no después de la consumación de las vías internas del recurso, lo que es entendido según los principios del derecho internacional generalmente reconocidos y dentro de un período de seis meses de la fecha de la decisión interna definitiva” (acceso del 22.05.2007, en <http://www.studiperlapace.it/documentazione/europconv.html>).

¹⁵ L’European Court of Human Rights. *Case of Evans v. The United Kingdom*, 7th march 2006, (acceso del 22.05.2007, en: http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/07_03_06_echr.pdf) Emma ha declarado que la *Embryology Act* británica (1990) no excede el margen de apreciación reconocido a los Estados Miembros de la *Convención Europea de los Derechos del Hombre* ni contrasta con el justo balance de los intereses requerido por el art. 8 Cedu (“States were entitled to broad margin of appreciation in this field, given the complexity of the moral and ethical issues to which lvf treatment gave rise, on which opinions within a democratic society might reasonably differ widely. There was no international or European consensus as to point at which a sperm donor should be allowed affectively to withdraw his consent and prevent to use of his genetic material. Moreover, a wide margin should be applied since the national authorities were required to strike a balance between the competing Convention interests of two individuals, each of whom was entitled to respect for private life. The fact that the law allowing either party to withdraw his or her consent up until the point of implantation of the embryo did not permit exception – a “bright line” rule –, did not in itself render it disproportionate. If exceptions were permitted, the principle which Parliament legitimately sought to achieve, of ensuring bilateral consent of implantation, would be required to balance individuals’ irreconcilable interests, as in the present case” (CEDU. *Case of Evans*..., para. 54, 55).

¹⁶ “The Court observes at the outset that, like the Court of Appeal, it accepts the facts as found by the Height Court, which had the benefit of hearing the witnesses in person (see para. 14). In particular, it accepts that J. acted in good faith in embarking on the lvf treatment with the applicant, but that he did so only on the basis that their relationship would continue” (CEDU. *Case of Evans*..., para. 56).

¹⁷ Cfr. CEDU. *Case of Evans*..., para. 67. La opinión disidente de los jueces Traja y Mijoviã en la decisión de la Corte Europea de los Derechos del Hombre ha hecho notar la evidente desproporción en las relaciones entre las partes la cual no se ha tomado en cuenta, en cuanto

la parte actora no había tenido nunca, hasta entonces, hijos y no tenía otra posibilidad de tenerlos si no aquella de utilizar el patrimonio genético de J. "While the applicant has no other way of having a genetic child, her partner, J. may have children with another woman and so satisfy his need for parenthood. The balancing exercise might lead to a different conclusion if the applicant had another child or the possibility of having a child without using J's genetic material" (*Ibid.*, para. 6 de la argumentación disidente n. 6339/2005).

¹⁸ CEDU, *Case of Evans*..., n. 2, para. 48.

¹⁹ CEDU, *Case of Evans*..., para. 66.

²⁰ Lady Justice Arden, en sede de Apelación, había notado que "The 1990 Act inevitably uses clinical language, such as gametes and embryos. But it is clear that the 1990 Act is concerned with the very emotional issue of infertility and the genetic material of two individuals which, if implanted, can lead to the birth of a child (...). Infertility can cause the woman of man affected great personal distress. In the case of a woman, the ability to give birth to a child gives many women a supreme sense of fulfillment and purpose in life. It goes to their sense of identity and to their dignity". *Evans v. Amicus Healthcare Ltd.* (2004) Ewea Civ 727, 25th June, 2004, cit. (acceso del 22.05.2007, en <http://www.pjpubs.com/cms.asp?pageid=2241.004>).

²¹ European Court of Human Rights. *Case of Evans*..., para. 46; Sheldon S. *Gender equality and reproductive decision-making*, *Feminist Legal Studies* 2004; 12: 303-316. Según esta línea de pensamiento no es paragonable forzar a Mr. Johnston a ser padre contra su voluntad y obligar a Ms. Evans a llevar a término un embarazo.

²² Cfr. Sheldon S. *Gender Equality and reproductive decision-making*, *Feminist Legal Studies* 2004, 12: 303-316; Douglas G. *Evans v. Amicus Healthcare and Others; Hadley v. Midland Fertility Services Ltd and Others (2003) Ewea Civ 2161 (Fam). Who has the right to determine the fate of their embryos?* (acceso del 22.05.2007, en <http://www.ccels.cf.ac.uk/literature/issue/2003/douglas.pdf>).

²³ Sherain H. *Beyond Roe and Doe: The Rights of the Father*. *Notre Dame Lawyer* 1975 Feb; 50 (3): 483-95, p. 508.

²⁴ *Paton v Trustees of Bpas and another* (1978) 2 All ER 987 (Criscuoli G. *L'opposizione all'aborto volute dalla moglie: dai casi "Paton" y "Danfort" all'art. 5 della legge n. 194 del 22 maggio 1978*. *Diritto di Famiglia e delle persone* 1979; 1: 184-290, pp. 243-255); *Planned Parenthood of Central Missouri v Danforth, Attorney-General of the State of Missouri* (1967) 428 US 52; 96 S Ct 2831 (acceso del 22.05.2007, en <http://www.caselaw.lp.findlaw.com/scripts/getcase.pl?court=US&vol=invol=52>). Cfr. *Poe v Gerstein*, 517 F 2d 787 (5th Circ, 1975); *Doe v Zimmerman*, 405 F Supp 534 (MD Pa, 1975); *Wolf v Schroering*, 388 F Supp 631 (WD Ky, 1974); *Doe v Rampton*, 336 F Supp 189 (D Uthan, 1973); *Coe v Gerstein*, 376 Supp 695 (S D Fla, 1973); *Doe v Doe*, 314 NE 2d 128 (Mass, 1974); *Jones v Smith*, 278 So 2d 339 (Fla Dist Ct App, 1973); *Planned Parenthood of Central Missouri v Danforth*, 392 F Supp 1362 (ED Mo, 1975).

²⁵ "A wife, who had conceived a child by her husband, was concerned about her pregnancy. She went, on her own, to see two registered medical practitioners about it. They were of the opinion, formed in good faith, that the continuance of her pregnancy would involve risk of injury to her physical or mental health. They issued the necessary certificates so that her pregnancy could, by virtue of the *Abortion Act* 1967, be lawfully terminated. She wanted to have the abortion but her husband, who had not wanted her to have one. He claimed that he had a right to have a say in the destiny of the child and applied to the court for an injunction restraining her from causing or permitting an abortion to be carried out on her without his consent" en *Paton v Trustees of Bpas and another* (1978) 2 All ER 987 (Criscuoli G.

L'opposizione all'aborto volute dalla moglie: dai casi "Paton" e "Danfort" all'art. 5 della legge n. 194 del 22 maggio 1978. Diritto di famiglia e delle persone 1979; 1: 184-290, pp. 243-255).

²⁶ Article, 1.1 *Abortion Act 1967*, (acceso del 22.05.2007 en: <http://members.aol.com/abtr-bng/aa67.htm>). "Subject to the provisions of this section, a person shall not be guilty of an offence under the law relating to abortion when a pregnancy is terminated by registered medical practitioner if two registered medical practitioners are of the opinion, formed in good faith – a. that the continuance of the pregnancy would involve risk to the life of the pregnant woman, or of injury to the physical or mental health of the pregnant woman or any existing children of her family, greater than if the pregnancy were terminated; or b. that there is a substantial risk that if the child were born it would suffer from such physical or mental abnormalities as to be seriously handicapped".

²⁷ Las otras motivaciones (la 1a y la 3a) que el juez ha dado al emitir la sentencia han sido, respectivamente: 1. "the foetus cannot, in English law, have any right of its own at least until it is born and has a separate existence from the mother". En consecuencia, nadie puede ejercitar derechos en su representación, y siendo el embrión una "nada" desde el punto de vista jurídico, no se puede señalar sobre él ningún derecho; 2. La *injunction* es un instrumento técnico cuya fuerza pierde su eficacia en relación con las obligaciones familiares y aunque ella fuese concedida queda "en suspensión" como sería el remedio de su inobservancia "I do not think –concluye el juez– I need say any more than no judge could even consider sending a husband or wife to prison for breaking such an order. That, of itself, seems to me cover the application here: this husband cannot by law by injunction stop his wife having what is now accepted to be a lawful abortion within the terms of the *Abortion Act 1967*".

²⁸ La histórica sentencia de la Corte Suprema de los Estados Unidos, *Roe v Wade*, 410 US, 113, 165 n. 67 (1973) (acceso del 22.05.2007 en <http://caselaw.lp.findlaw.lp.findlaw.com/scripts/getcase.pl?court=US &invol=113>), no requiriéndolo la controversia, no se había pronunciado sobre los intereses del cónyuge de la gestante en el caso de un aborto querido por ella "Neither in this opinion nor in *Doe v. Bolton* (...) do we discuss the father's right, if any exist in the constitutional context, in the abortion decision. No paternal right has been asserted in either of the cause, and the Texas and Georgia statutes recognize the father under certain circumstances. North Carolina, for example, requires written permission for the abortion from the husband when the woman is married minor, that is, when she is less than 18 years of age (...); if the woman is an unmarried minor, written permission from the parents is required. We need not now decide whether provisions of the kind are constitutional". Por tal motivo, actuando sobre cuanto se ha afirmado en la sentencia, en sede de apelación de la *Planned Parenthood of Missouri*, en 49 L. Ed. 2d, 1401, ha sido afirmado que la necesidad de un consentimiento al aborto por parte del marido (o de sus padres) "was impliedly prohibited by *Roe v. Wade*".

²⁹ *Planned Parenthood of Central Missouri v. Danforth, Attorney-General of Missouri 1976*, 96 S.Ct. 2831, 2841 (acceso del 22.05.2007, en: <http://carver.law.cuny.edu/cases/danforth.htm>).

³⁰ SI. 1968 no. 39.

³¹ Otro interesante caso (acceso del 22.05.2007, en: <http://l1.findlaw.com/news.findlaw.com/hdocs/docs/abortion/stachwme080502ord.pdf>) posterior ha sucedido en América, en 2002, en el Condado de Luzerne, una población al sur de Pensilvania. En este caso, luego de terminadas las relaciones entre dos novios, la mujer, Tanya Meyers, en la decisión de abortar, debió enfrentar la voluntad del ex novio, John Stachokus, de tener el hijo fruto de su relación. John Stachokus al presentar la exposición al magistrado recibió en la decisión de la

corte de primer grado el reconocimiento del propio derecho a la paternidad, derecho que al poco tiempo fue desmentido por el Tribunal de segundo grado con las siguientes motivaciones: 1. El derecho a la *privacy* previsto por la Decimocuarta Enmienda de la Constitución de los Estados Unidos comprende el derecho por parte de la mujer de elegir abortar en plena autosuficiencia (*Planned Parenthood v Casey*, 505 US 833, 846 (1992)); 2. Tal derecho no es sujeto de veto por parte del marido de la mujer o de su partner (*Planned Parenthood v Danforth*, 428 US 52, 69-71 (1976)); 3. Nadie, ni el ex novio ni el feto, pueden interferir en la decisión de la mujer de interrumpir el embarazo (*Larrimore v Doe*, 1989 WL 225735, Pa D & C 4th 186 (Pa Com Pl 1989)); 4. Stachokus, además, "has failed to cite and authority establishing that he has a clear right to relief, and no such authority exists". Al contrario, numerosas cortes han rechazado peticiones análogas, con el fin de impedir a una mujer de ejercitar su derecho de abortar; 5. El balance *of the equities weighs* es inevitablemente a favor de T. Meyers. "The delay in the procedure has inflicted significant and extreme emotional distress on Meyers, and she faces increased medical risks due to the delay in her procedure. Furthermore, the denial of her constitutional right to effectuate her abortion decision is in itself immediate and irreparable harm". (Cfr. *Elrod v Burns*, 427 US 347, 373 (1976)); 6. La reclamación de J. Stachokus no afirma una violación del *Pennsylvania Abortion Control Act*; J.S. está por tanto privado de la posibilidad de elevar cualquier reclamación. Además, cfr *Harris v State*, 356 So. 2d 623 (Ala Sup Ct 1978) en el cual el juez ha considerado que el padre de un hijo ilegítimo no puede obligar a la madre a tener un aborto. Para ver la fuerza persuasiva de las sentencias estadounidenses en Inglaterra cfr. Criscuoli G. *Sintesi delle fonti del diritto inglese*. Milán: Giuffrè; 2001.

³² El concebido es considerado, en este sentido, sujeto de derecho.

³³ Es interesante notar la analogía de la decisión (no obstante la diversidad de las motivaciones) del caso *Evans* con la sentencia emitida por el juez del Tribunal de Bologna, 9 de mayo de 2000 (acceso del 22.05.2007, en: <http://www.diritto.it/materiali/famiglia/cassano2.html>) en referencia a una caso previo a la L. 40/04 (*Legge 19 febbraio 2004, n. 40. Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (GU), n. 45 del 24 de febrero de 2004) referentes a la controversia de una pareja que se separa legalmente cuando, en ejecución de un contrato profesional estipulado con un Centro Médico para obviar la esterilidad, habían ya sido formados y congelados los embriones. No obstante la crisis matrimonial, la esposa, queriendo tener un hijo, se dirigió al Centro Médico solicitando el implante en útero de los gametos fecundados, pero recibió una respuesta negativa dada la expresa voluntad contraria del marido a procrear, y a asumir por tanto el rol de padre. Contrariamente a cuanto ha establecido el Tribunal de Palermo, (Tribunale di Palermo, ordinanza 29 dicembre 1998. *Giurisprudenza –Merito– Inseminazione artificiale post-mortem e intervento del giudice di merito-Tribunale Palermo 29 dicembre 1998*. *Famiglia e diritto* 1999; 1 52-54; cfr. Cassano G. *Diritto di procreare e diritto del figlio alla doppia figura genitoriale nell'inseminazione artificiale post-mortem* 1999; 4: 384-393, p. 384) en tal caso se ha hecho prevalecer la salvaguardia del derecho del nacido a tener dos padres, y la necesidad de evitar la asunción forzada de la paternidad.

³⁴ El padre, en el caso en el cual le procedimiento se lleve a cabo en un consultorio o en una estructura sanitaria, si está presente, debe limitarse a examinar con la mujer y el personal sanitario las soluciones posibles a los problemas propuestos por la mujer pero no puede hacer otra cosa (cfr. art. 5 della *Legge* 22 maggio 1978, n. 194 *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (GU), n. 140 del 22 de mayo de 1978).

³⁵ L. 194/78 art.6.

³⁶ Tribunale di Catania, sez. V, sentenza, 27 marzo, 2006, n. 1037 (acceso del 02.10.2006, en: [http://www.altalex.com\(index.php?idnot=34057\)](http://www.altalex.com(index.php?idnot=34057))).

³⁷ Motivo por el cual los presupuestos para un eventual aborto no podían ya ser aquellos del art. 4 de la L. 194/78 que observan siempre al peligro de salud física o psíquica de la mujer en relación a varios factores entre los cuales la previsión de anomalías o malformaciones del feto.

³⁸ Según el juez la subsistencia de las malformaciones del feto no es condición de por sí suficiente para autorizar la práctica abortiva “Si el peligro de salud, para la mujer que pretende abortar después de tres meses, es un presupuesto de hecho y no de derecho, en el caso en examen, no encontrándose algún peligro para la salud de la mujer ni *ante* ni *post*, el derecho de interrumpir el embarazo no podía ser ejercitado, y por tanto no podía ser afectado por la omisión informativa del médico; *id est* si en el origen no hay un derecho, en las consecuencias no puede haber un daño resarcible”, Tribunal de Catania, sez. V, sentencia, 27 de mayo de 2006, n. 1037, cit. (acceso del 02.10.2006, en <http://www.altalex.com/dex.php?idnot=34057>).

³⁹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido en 1946 la salud “un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición ha implicado la superación del concepto de “normalidad”, que estaba implícito en la idea de salud como ausencia de enfermedad, y ha trasladado el problema de la realidad objetiva a las exigencias subjetivo-psicológicas, de las cuales el concepto de “bienestar” es precisamente la expresión. El paciente ha sido colocado en las condiciones de salir del rol pasivo al cual lo relegaba la exclusiva competencia del médico, y se le ha permitido expresar sus propias exigencias derivadas también de su propia percepción del “malestar”. Índice de la más clara centralidad que ha revestido la manifestación de la voluntad del paciente es el derecho a manifestar expresamente el propio consentimiento libre e informado antes de ser sometido a cualquier intervención terapéutica. En la evolución del concepto de salud el médico, en el deber de garantizar el bien del enfermo, debe tomar en consideración, en la valoración de la propia obra, todos los componentes de su persona incluyendo el bienestar psicológico del paciente (cfr. en Italia: *Legge 14 aprile 1982, n. 164. Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (GU)*, n. 106 del 19 aprile. Esa permite intervenciones quirúrgicas para modificar el sexo del sujeto en base a su “tendencia psíquica” con el fin de garantizar un mejor bienestar psíquico y relacional; a este propósito cfr. el caso del Tribunal de Roma, 18 de octubre de 1997 (Barbera MC. *Giurisprudenza di merito – Trib. Roma 18 ottobre 1997. Famiglia e diritto* 1998; 3 (27); 1033-1044; cfr. el caso del Tribunal de Vicenza, 2 de agosto de 2000. *Giurisprudenza di merito – Trib. Vicenza 2 agosto 2000. Diritto di famiglia e delle persone* 2001; 1(30): 220-224)).

Los límites de la enfermedad, antes definibles según parámetros objetivos en referencia a la categoría del patológico, se dilatan abrazando cualquier limitación de la esfera existencial y relacional cuya relevancia es establecida en base a la percepción que de ella tiene el sujeto (cfr. Sentencia n. 309 del 7-16 de julio de 1999 (acceso del 22.05.2007, en: <http://www.cortecostituzionale.it/esl/attivitaacorte/pronunceemassime/pronunce/schedaDec.asp?Comando=RIC&bVar=true&TrmD>)). El derecho a la salud y las aspiraciones del individuo, desprendidas de una objetiva distinción entre fisiología y patología, corren el riesgo de volverse arbitrarias. El elemento atrayente de la solicitud de salud fuera del ámbito patológico se vuelve el modelamiento del cuerpo sobre el deseo. Esto mira a extender los confines de la naturaleza; todavía más, a negar la idea misma del límite natural. De este modo, en la perspectiva más actual, incluso los fenómenos jurídicos han puesto al centro de una particular atención y reglamentación, los perfiles concernientes a la calidad de la vida de

la persona, con los interconexos interrogativos relativos a un sistema legislativo que estaría llamado a reconocer como derechos los deseos de los individuos.

⁴⁰ Es significativo también el reciente pronunciamiento jurisprudencial del Tribunal S. Maria Capua Vetere, del 8 de septiembre de 1999 (Guarriello SM. *Diritto alla procreazione cosciente e dovere di informazione: responsabilità del sanitario-nota a Trib. S. Maria Capua Vetere 8 settembre 1999 (ord.)*. Giurisprudenza di merito 2000; 2 (32): 307-325) en la cual la omisión de información debida a la gestante en orden al estado de salud del bebé ha sido considerado por el juez un hecho perjudicial del específico derecho de la madre a ser preparada contra los riesgos derivados del nacimiento de un hijo con anomalías inesperadas: “la violación de tal derecho es susceptible de repercutir sobre la salud psíquica de la mujer y de comprometer definitivamente el débil equilibrio psicológico que regula, en tales casos, la aceptación de eventos inevitables” (Baldini G. *Persona, biotecnologie e procreazione*. Milán; Ed. Ipsoa; 2002, p. 42). Según el Tribunal han de resarcirse el dolor y el sufrimiento, consecuencia imprevista del descubrimiento imprevisto de las malformaciones del parto, que, si son advertidos con fuerte intensidad, pueden generar enfermedades psíquicas, como estados ansiosos, angustiosos, fóbicos (...) y “cuanto pueda incidir sobre el modo de ser de la persona, comprendido el daño a las relaciones humanas”. El juez dispone “el dirigirse a consulta técnica de oficio con la intención de verificar el daño psíquico, sufrido por la mujer, consiguiente al inesperado descubrimiento, en seguida del parto, de la malformación presentada a la hija, precisándose si, para el efecto, presenten (los padres *n.d.r.*) síntomas de depresión relativa, estados ansiosos, angustiosos, fóbicos, síndromes histéricos y cuanto pueda incidir sobre el modo de ser de la persona, incluido el daño a las relaciones humanas” (*Ibid.*, p. 310).

⁴¹ *Roe v Wade*, 410 US, 113, 165 n. 67 (1973) (acceso del 22.05.2007 en: <http://caselaw.lp.findlaw.com/scripts/getcase.pl?court=US&invol=113>).

⁴² Corte di Cassazione, sez. III civile, sentenza 20 ottobre 2005 n. 20320 (acceso del 22.05.2007, en: <http://www.lexfor/2005-11-Civ-Giu-3912.asp>).

⁴³ La Corte Constitucional con la ordenanza n. 389/1988, del 31 de marzo de 1988 (acceso del 22.05.2007, en: <http://www.giurecost.org/decisioni/1988/0389o-88.html>), ha, en cambio, declarado la manifiesta inadmisibilidad de la cuestión de legitimidad constitucional del art. 5 de la L. del 22 de mayo de 1978 n. 194 (en el que prevé, también en el caso de concepción por parte de una mujer legítimamente casada, como sólo eventual oír al marido, padre del concebido, y excluir, en todo caso, cualquier relevancia de su voluntad en orden a la decisión de interrumpir el embarazo, en referencia a los artículos 29 y 30 de la Constitución”. Foro Italiano 1988; 1: 2110 e ss.) elevada, en referencia a los artículos 29 y 30 Const., por el juez de San Dona di Piave con la ordenanza del 16 de noviembre de 1984 (Archivio Civile 1985; 9: 939-940)

⁴⁴ “(...) Es indiscutible que la sentencia impugnada, con el fin de llegar a la condena del resarcimiento actualizado incluso en relación con el padre del pequeño (C), se funda, principalmente, sobre las afirmaciones de principio contenidas en la sentencia de esta Corte n. 12195 de 1998, según las cuales “el daño se considera causado por el ilícito (según el art. 1223 cód. civ) cuando, aún no habiendo consecuencia directa e inmediata de este último, entra dentro del número de las consecuencias normales y ordinarias del hecho. Se sigue que, cuando la impericia del médico impida a la mujer ejercitar su propio derecho al aborto, y ello determine un daño a la salud de la madre, es hipotetizable que de tal daño derive en un daño a la salud también del marido”, y eso bajo el perfil del daño reflejo, de los parientes cercanos. Por otra parte, si cuanto precede es exacto, es necesario evidenciar el principio según el cual, “considerando la responsabilidad del médico por omisión de diagnóstico de malforma-

ciones del feto y el consiguiente nacimiento indeseado, el resarcimiento de los daños que constituyen la consecuencia inmediata y directa del incumplimiento, por parte del ginecólogo, de la obligación de naturaleza contractual que pesa sobre él, corresponde no sólo a la madre, sino también al padre, “en atención al complejo de derechos y deberes que, según el ordenamiento, se centra sobre el hecho de la procreación, no poniendo de relieve, al contrario, que sea consentido sólo a la madre (y no al padre) la elección en orden a la interrupción del embarazo, esperando que, sustraída a la madre la posibilidad de escoger a causa de la inexacta prestación del médico, a los efectos negativos del comportamiento de este último no puede considerarse extraño el padre, que debe por tanto considerarse entre los “sujetos” protegidos por el contrato médico y por tanto ente aquellos respecto a los cuales la ausente prestación o inexacta puede calificarse como incumplimiento, con todas las consecuencias relativas sobre el plano del resarcimiento” Corte di Cassazione, sez. III civile, sentenza 20.10.2005 n. 20320, cit. (acceso del 22.05.2007, en: <http://www.lexfor/2005-11-Civ-Giu-3912.asp>).

⁴⁵ La Corte ha puesto de relieve una lesión del “bien salud”, ex. art. 32 Cost., en cuanto daño psico-físico de los cónyuges, “(...) el gravedad del daño sufrido por los padres del pequeño (C) es verdaderamente excepcional por todas las implicaciones cotidianas, y destinadas a prolongarse en el tiempo (...) Baste pensar al daño a las relaciones entre los esposos, pero también al daño psíquico sufrido por el Sr. (A), como ha sido referido por el consultor de la parte (...), baste pensar todavía a la rotura del equilibrio familiar, ya evidenciado, al empeño constante por las terapias que (C) requiere y al sufrimiento de los padres renovado cada día, con la preocupación de su hijo, cuando ya no podrán auxiliario” (Corte di Cassazione, sez. III civile, sentenza 20 ottobre 2005 n. 20320 (acceso del 22.05.2007, en: <http://www.lexfor/2005-11-Civ-Giu-3912.asp>)).

⁴⁶ En el diagnóstico prenatal, un médico ha omitido informar a la gestante y a su cónyuge de las malformaciones del feto. Luego del nacimiento los padres han citado en juicio al médico tratante y al hospital con el fin de obtener el daño no patrimonial consecuente al nacimiento así llamado indeseado “La Sra. Villanucci y el Sr. Piaget sostienen que la falta de información les ha impedido tanto recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo o de dirigirse a una país extranjero que tuviese un régimen jurídico menos riguroso que Italia, así como tener un encuentro menos brutal con la realidad” (Corte di Cassazione, sez. III civile – sentenza 14 luglio 2006 n. 16123 (acceso del 02.10.2006, en: <http://www.neldiritto.it/appgiurisprudenza.asp?id=174>)).

⁴⁷ La Corte de Casación ha acogido sólo parcialmente la petición de resarcimiento sosteniendo que es de excluirse la configurabilidad del así llamado “aborto eugenésico” (según el juez no se puede configurar un derecho a “no nacer” o a “no nacer si no sano” –así llamado *wrongful life*– siendo en contraposición tutelado por el ordenamiento el derecho del concebido a nacer, aún con patologías), que prescindiese del peligro para la salud de la madre derivado de las malformaciones del feto.

⁴⁸ Cfr. Friedan B. *The feminine Mystique*, New York: Dell; 1963 (trad. it. *La mística della femminilità*. Milán; Ed. Camunità; 1970).

⁴⁹ Serra T. *Diritti e democrazia tra uguaglianza e differenza* en Palazzani L (coord.). *Il diritto tra uguaglianza e differenza di genere*. Turín, Giappichelli; 2005, p. 116.

⁵⁰ Citing, art. 2 “Everyone’s right to life shall be protected by law (...)” (acceso del 22.05.2007, en: <http://www.hri.org/docs/ECHR50.html>).

⁵¹ European Court of Human Rights. *Case of Evans...*, para. 46.

⁵² Cfr. el hermoso trabajo de Palazzani L. *Il concetto di persona tra bioética e diritto*. Turín: Giappichelli; 1996.

⁵³ Para profundizar en el tema, cfr. Habermas J. *Il futuro della natura umana. I rischi di una genetica liberale*. Turín: Biblioteca Einaudi; 2002: pp. 42-43.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 71. Una perspectiva precautoria, en ese sentido, ha sido asumida por el Consejo para la Bioética en USA –instituido por Bush en 2001, con finalidades consultivas sobre temas de bioética– según la cual en relación con el embrión es necesario adoptar una actitud precautoria *pro life* (cfr. *Presidential Council on Bioethics*, acceso del 10.07.06. en: <http://bioethics.gov>).

⁵⁵ Granboulan EG *Une femme de pensée. H Arendt*. París: Anthropos; 1990: 95. El concepto de personalidad jurídica para Hanna Arendt llama la atención sobre la relación entre diversidad e identidad. La pluralidad y la diversidad son importantes, pero ellas mismas extraen su propia garantía de la igualdad frente a la ley que lleva a la identidad incluso en el respeto de la diversidad (sobre este punto cfr. *ibid.*, p. 94).

Embarazo tubario: una contribución al debate actual

Giorgio Giovanelli*

Resumen

El autor, después del análisis del dato médico del Embarazo Tubario, propone el análisis del debate moral presente en los siglos diecinueve y veinte; debate que se concentra, fundamentalmente, sobre la consideración de aquello que es patológico: ¿el embrión o el órgano interesado? Gracias a la contribución de T. L. Bouscaren la mayor parte de los moralistas considera patológico el órgano a cargo del cual se verifica el implante. El ámbito teológico-moral llega, casi a la unanimidad, a considerar como indirectamente abortiva la intervención de salpingectomía cumplida con ciertas condiciones.

El rápido desarrollo de la ciencia diagnóstica y de la capacidad terapéutica de la edad contemporánea parangonan el acercamiento quirúrgico extirpativo y el conservador en su doble dimensión quirúrgica (salpingectomía) y farmacológica (administración de Metotrexato).

Los bioeticistas se encuentran por tanto presionados por estas nuevas posibilidades terapéuticas. Nace un vivaz debate, todavía abierto, que ve la formación de dos opiniones diferentes: por una parte aquellos que, considerando la salpingostomía y

* Docente invitado de Teología Moral Especial en el Antonianum de Bologna, Docente invitado de Bioética General en el ISSR "Giovanni Paolo II" de Pesaro (E-mail: giorgio.giovanelli@gmail.com).

el MTX como ataques directos a la vida fetal, niegan la posibilidad terapéutica mediante el acercamiento conservador en cuanto constituiría aborto directo; por otra parte aquellos que, considerando en modo diverso el objeto del acto médico de salpingostomía y de la administración del MTX, ven lícito el acercamiento conservador en cuanto indirectamente abortivo.

El autor, en conclusión, ofrece un balance crítico y su propuesta terapéutica teniendo en cuenta tanto el valor de la vida y de la salud materna, como aquel de la vida del embrión ectópico, en el rechazo de aquellas opiniones que, con vena proporcionalista, consideran la supresión fetal como mal menor, justificándola con el hecho que, después de todo, el embrión ectópico está naturalmente destinado a la muerte.

Summary

Tubal pregnancy: a contribution to the present debate.

After the analysis of the medical datum on the Tubal Pregnancy: the author proposes the analysis of the moral debate in the Nineteenth and Twentieth centuries: debate that concentrates, fundamentally, in the consideration of what is pathological: the embryo or the interested organ? Thanks to the contribution of T. L. Bouscaren the most greater part of the moralists considers the organ for which the implantation is realized as pathological. The theological-moral circle comes, almost unanimously, to consider the intervention of salpingectomy realized under certain conditions as indirectly abortive.

The quick development of the diagnostics and the therapeutic ability of the Contemporary Age enable to resort to the conservative approach in the surgical (salpingostomy) and pharmacological dimension as well as to the extirpative one.

The bioethicists are stimulated by these new therapeutic possibilities. A vivacious debate, which is nowadays opened, is

born, and it sees the formation of two different opinions: on the one hand those people that, considering the salpingectomy and the MTX as direct attacks to the fetal life, deny the therapeutic possibility through the conservative approach as it would constitute a direct abortion; on the other hand those people that, considering in different way the object of the medical action of salpingectomy and the administration of the MTX, consider the conservative approach as permissible because it is indirectly abortive.

In the end, the author takes stock of the speech critically and makes a therapeutic proposal considering both the value of the life and of the maternal health and the value of the life of the ectopic embryo refusing those opinions that consider the fetal suppression as less evil and that justify it through the consideration for which the ectopic embryo is naturally destined to the death.

Palabras clave: salpingectomía, salpingostomía, metotrexato, objeto del acto médico, trofoblasto.

Key words: salpingectomy, salpingostomy, methotrexate, medical action object, trophoblast.

El rápido desarrollo de las posibilidades terapéuticas en el ámbito de la medicina del inicio de la vida, está siempre unido a relevantes cuestiones éticas que no pueden ser desatendidas.

En los múltiples cuadros clínicos que se presentan en este ámbito, la pregunta sobre “qué hacer”, interpela tanto al operador sanitario que, concientemente, quiere ponderar su decisión, como también al bioeticista llamado a ofrecer, sin ceder a inútiles “sentimentalismos”, su valoración ética en el respeto de la Verdad y en constante referencia a la dignidad de la persona humana.

Entre estos “cuadros”, el embarazo ectópico (EE), caracterizado por el implante del embrión en sede anómala, se presenta con una ul-

terior peculiaridad dada por el resultado casi siempre infausto para la vida del feto. En el presente artículo consideraremos, fundamentalmente, el embarazo ectópico tubario por el cual, como para las otras tipologías, existe la posibilidad de diversas opciones terapéuticas. El escenario de estas últimas –como la *ablación total o parcial* del órgano interesado, como también la posibilidad de optar por el tratamiento *conservador* en su doble dimensión *quirúrgica* y *farmacológica*– hace surgir diversos interrogativos sobre el *modo* más correcto para afrontar tal patología.

La finalidad de este artículo es ofrecer una propuesta de camino terapéutico en la consideración tanto de la vida y de la fertilidad materna, como de la vida del feto ectópico, cuya supresión directa no puede por ningún motivo ser considerada como *mal menor* por el cual optar justificándose con la afirmación que, en vista del resultado infausto del EE, vamos a “golpear a quien, ya, está destinado a morir”.

Para hacer esto analizaremos, en el primer apartado, el dato médico, al cual seguirá la consideración del debate moral, presente en los siglos XIX y XX, sobre el acercamiento extirpativo. Por último, el análisis del debate bioético contemporáneo, fundamentalmente sobre el acercamiento conservador, donde veremos la presencia de opiniones divergentes; debate bioético del cual el presente artículo quiere ser voz.

Aspectos médicos y factores de riesgo

El Embarazo Ectópico se verifica, en el 95% de los casos, en las trompas de Falopio donde el embrión penetra bajo el epitelio tubárico y el trofoblasto invade rápidamente los tejidos circunstantes. Tal invasión es facilitada también por el hecho que la reacción decidual en la trompa, además de ser incompleta, es escasa y no apropiada. El trofoblasto, teniendo escasos obstáculos para su anidamiento, penetra fácilmente la pared muscular hasta llegar a la serosa. En tal proceso, son adheridas las paredes de los vasos circundantes y se forman, en torno al trofoblasto, extravasos hemáticos múltiples. Cuando el proceso de erosión afecta una arteria de cierto calibre, se produce una hemorragia endoperitoneal masiva.

El embarazo tubario puede evolucionar según cuatro posibilidades: *a.* aborto tubario; *b.* rotura de la trompa; *c.* evolución hacia un embarazo abdominal secundario; *d.* evolución del embarazo hasta su término (raramente).

El aborto tubario consiste en la separación del embrión de la pared de la trompa determinado, en la mayor parte de los casos, por la actividad peristáltica de la trompa misma. El aborto puede ser *completo* o *incompleto*; cuando es *completo*, el embrión es desprendido *in toto* de las paredes tubarias y, normalmente, expulsado a la cavidad abdominal; cuando es *incompleto*, queda en la trompa una cierta presencia de vilos coriales de la cual deriva una hemorragia persistente.

En el aborto tubario hay siempre una hemorragia; la sangre se recoge primeramente en el lumen de la trompa, luego sale al *ostium* abdominal y se recoge generalmente en el saco de Douglas que es la parte más baja de la cavidad peritoneal. A veces la pérdida hemática es leve y puede detenerse espontáneamente después de un poco de tiempo.

En un cierto número de casos, la hemorragia por aborto tubario es modesta y la sintomatología poco característica y atenuada. En estas condiciones, la sospecha del diagnóstico es cifrada tanto con base en el descubrimiento ecográfico que revela la ausencia, en la cavidad uterina, del saco gestacional, basado en los niveles de B-hCG inferiores a aquellos de un embarazo normal.

La *rotura de la trompa* representa, en orden de frecuencia, la segunda modalidad de evolución de un embarazo tubario. Ella se verifica cuando, por la acción erosiva y destructiva de los vellosidades, las fibras musculares son disociadas y la pared tubárica perforada. La perforación puede suceder en un punto donde no existen gruesos vasos arteriales, o bien en una zona muy vascularizada; la pérdida hemática es notable en todos los casos. La rotura de la trompa es frecuente especialmente en el caso de localización ístmica.

La tercera modalidad de evolución da origen al *embarazo abdominal secundario* que, muy rara vez se verifica cuando, a continuación de la rotura tubárica, el embrión se anida sobre los órganos abdominales. En tal embarazo el feto puede vivir incluso varias semanas.

La cuarta modalidad a la cual puede desembocar el embarazo tubario es *la evolución hasta un momento en el cual el feto es vital*¹ y

encontramos, en la literatura, casos rarísimos en los cuales eso se ha verificado.²

Entre los factores³ que contribuyen, mayormente, al surgir de esta patología se pueden enumerar: *procesos infecciosos; dispositivos intrauterinos; cirugía tubárica; inducción de la ovulación; déficit luteínico; fertilización in vitro y embryo transfer (Fivet) y la contracepción esteroidea.*

Terapia

Actualmente, en los casos en los que no es posible la *terapia de espera*,⁴ junto con el clásico *acercamiento quirúrgico extirpativo*, se pone el *conservador* en su doble dimensión *quirúrgica y farmacológica*.

El acercamiento quirúrgico extirpativo dado por la *salpingectomía* (extirpación parcial o total de la salpinx), se hace necesario cuando el implante ha dañado irreversiblemente la trompa. Se pueden verificar también otras circunstancias que prevén la cirugía radical como una patología tubárica preexistente, una inundación peritoneal, un EE intersticial con fracaso del intento de tratamiento conservador.

Además de la vía laparotómica, la salpingectomía puede ser practicada también por vía laparoscópica; el particular empeño requerido en este último caso produce que tal método se realice raramente. Esta práctica necesita de un personal experto particularmente especializado.

Cuando las condiciones generales de la mujer son buenas y la paciente ha manifestado deseo de mantener, en lo posible, íntegra su fertilidad, se puede proceder a las intervenciones de cirugía conservadora. El tipo de intervención varía según la sede del implante. Mediante laparotomía puede ser exprimido el blastocito embrional a través del pabellón en caso de localización en la porción distal de la ampolla; puede ser también practicada la *salpingostomía* (evacuación del embrión y posterior sutura).

En el ámbito farmacológico la terapia conservadora prevé la utilización de Metotrexato (MTX). Este último es un fármaco utilizado en el ámbito oncológico, para el tratamiento de artritis reumatoide y de la psoriasis. En 1982, Tanaka y cols., fue el primero en reportar su

utilización en el tratamiento del embarazo ectópico intersticial. Desde entonces, la utilización de MTX para el embarazo ectópico es referido por la literatura como el tratamiento farmacológico para embarazos tubarios, ováricos y cervicales.⁵

El MTX es un potente inhibidor de la enzima *dihidrofolato reductasa*. Se trata, por tanto, de un antagonista del ácido fólico y su acción inhibe la síntesis de las purinas y de las pirimidinas⁶ e interfiere así, sobre la síntesis del DNA y sobre la multiplicación celular. Las células del trofoblasto, mitóticamente activas, son muy sensibles a la acción del MTX que influencia negativamente su proliferación⁷ conduciendo al feto a la muerte. Es precisamente sobre este punto que se vierte el debate bioético contemporáneo; considerado el mecanismo de acción del fármaco debemos preguntarnos si actúa directamente sobre el feto provocándole la muerte o bien si la muerte sobreviene en modo indirecto; como evento previsto pero no querido.

Por cuanto concierne a la mujer que se somete a este tratamiento, señalamos sobre todo la doble modalidad de administración⁸ por vía sistémica o mediante inyección directa en el saco gestacional.

Altas dosis de MTX inyectadas por vía sistémica pueden causar una inhibición de la actividad de la médula ósea, efectos tóxicos agudos y crónicos a nivel hepático, estomatitis, fibrosis pulmonar, alopecia y fotosensibilidad. Estos efectos son menos frecuentes en los tratamientos a corto plazo y pueden, además, ser atenuados por la administración de leucovorina (ácido folínico). El efecto colateral más frecuente y conocido, es el daño de las funciones hepáticas. La estomatitis, la gastritis, las enteritis como la inhibición de las funciones de la médula ósea son menos comunes; entre los raros efectos colaterales se ha encontrado el hematocele aparecido de 3 a 5 meses después del inicio de la terapia. Efectos similares se encuentran también con la inyección directa del fármaco en el saco gestacional.

En alternativa al Metotrexate se han experimentado prostaglandinas, cloruro de potasio con solución fisiológica. Estos tratamientos han sido, sin embargo, abandonados a causa de los severos efectos colaterales como fuertes contracciones musculares a nivel tubárico, malestar, vómito y dolores musculares.

Sustancialmente, las posibilidades terapéuticas permanecen las mismas incluso en el caso de embarazo ectópico intrauterino; tam-

bién aquí se podrá optar por la administración del MTX o por la ablación parcial o total del órgano interesado.

Están actualmente en estudio sustancias que, por sus características, son dignas de comentario. Entre ellas, se encuentra la *Actinomycina D*, un antibiótico neoplástico cuyas ventajas serían de una menor toxicidad y un elevado índice de tolerabilidad respecto al MTX: *Tricosantin*, proteína extraída de las raíces de una planta, la *Trichosanthes kirilowii maxim*. En China, donde ha sido aplicado por primera vez, tal producto es utilizado como abortivo del segundo trimestre. Su derivación vegetal puede inducir fenómenos de alergia que requieren la ejecución preventiva de pruebas cutáneas. El *Mifepriston* o *RU 486* se trata de un antiprogestínico utilizado como abortivo del primer trimestre. Las aplicaciones del *RU 486* en las terapias de los EE iniciales han tenido escasos resultados. Más interesante, por el contrario, es el uso del *RU 486* en asociación a la terapia quirúrgica conservadora por vía laparoscópica. La importancia del uso del *RU 486* es dada por el hecho que la interrupción del embarazo generalmente inducida por el fármaco facilita las operaciones de cirugía percelioscópica, permitiendo una salpingostomía limitada a la cual siguen una simple evacuación de los residuos ováricos y un sangrado mínimo.

Entre las posibilidades de intervención debe ser señalada, en caso de embarazo tubárico, la *conversión tubárico-uterina* que prevé la recolocación en útero del embrión ectópico. Un primer intento en este sentido, ha sido realizado por C. Wallace en 1917 en presencia de un embarazo tubárico izquierdo, descubierto en el curso de una mioectomía; el embrión, retirado mediante salpingostomía, ha sido recolocado en útero y el embarazo llegó a término.⁹ Un segundo intento referido por L.B. Shettles es de 1990:¹⁰ el embrión ectópico que se encontraba en la trompa izquierda ha sido puesto en el útero donde ha crecido hasta el término del embarazo.

El debate moral de los siglos XIX-XX

En la literatura médica antigua podemos descubrir diversos testimonios sobre el EE que, sin embargo, venía revelado sólo *post mortem*. Desde el final del siglo XIX, la atención de los médicos se vuelve con

mayor interés sobre este cuadro clínico gracias a la introducción, por obra de Tait, de la intervención de *salpingectomía* realizada por primera vez en 1884. Tait practicó miles de laparotomías con una baja tasa de mortalidad, tanto que este tratamiento quirúrgico fue adoptado por todas las escuelas.¹¹

Estas técnicas de intervención sobre la vida fetal que permitían resolver situaciones *antes* consideradas desesperadas, interpela, desde el siglo XIX, al ámbito moral: ¿tales métodos, entre los cuales se encuentra la aceleración del parto, practicadas en caso de serio riesgo materno, constituyen aborto directo o indirecto?

La Santa Sede se expresó sobre este tema con los Decretos del 4 de mayo de 1989¹² y del 5 de mayo de 1992.¹³ Tales Decretos prohíben la extracción directa del feto ectópico del vientre materno antes de su viabilidad. Tal extracción, en el caso en que no se pudiese proveer *oportunamente* tanto a la vida del feto como a aquella de la madre, no podía ser considerada como “aceleración del parto” sino como operación directamente abortiva.

El debate moral presente en la primera mitad del siglo XX se debe confrontar con los Decretos citados. A la luz de estos últimos cabe reflexionar ¿cómo se debía considerar la intervención de *salpingectomía*? ¿Ha de condenarse como directamente abortiva, o no?

La cuestión hace surgir diversos *horizontes interpretativos*. La *vexata quaestio* que divide los autores es dada por la consideración de aquello que es patológico: justamente los moralistas se interrogan si el estado patológico, en la ectopia, es *independiente* del embarazo o si es el embrión quien lo causa. Tal cuestión es fundamental porque, en el segundo caso, se configuraría una acción médica directamente dirigida a la supresión de la vida fetal.

Tenemos así aquellos para los cuales *lo patológico* no es la presencia del feto, *sino el tumor*, la tumefacción en la cual el feto, eventualmente, es contenido. Con tal presupuesto, basándose sobre el Principio del Doble Efecto (PDE), algunos autores consideran lícito la intervención ablativa. Esto último, sin embargo, será admisible sólo cuando esté presente una *causa proporcionada*: sólo cuando sea *verdaderamente necesario*; después de haber hecho todo lo posible para que el feto llegue a la viabilidad o en caso de *serio riesgo* para la vida materna. Acerca de la interpretación de los Decretos citados es opi-

nión común, en esta área teológica, que aquello que ellos prohíben es la extirpación directa del feto del tumor o del vientre materno, y *no* la remoción del tumor entero con el cual se configura el hecho del aborto indirecto.

Son favorables a la salpingectomía también aquellos teólogos moralistas que promueven especialmente la cuestión de la duda diagnóstica. Tal duda surgía cuando el médico, por la palpación, descubría una tumefacción de la cual no conocía la identidad. En tal situación de duda, a menos que no se estuviese en inminente peligro para la vida materna, los autores sostenían la necesidad de la vigilante espera para permitir al feto, eventualmente presente, de alcanzar la viabilidad, pero si la situación era tal que requiriera una intervención inmediata, la ablación era permitida y era justificada, tanto por la causa proporcionada requerida por el Doble Efecto, como también por el hecho de que el embrión, siendo presente en vía probable, gozaba sólo probablemente del derecho a la vida. Era obvio que sobre tal derecho prevalecía la *certeza* de la madre.¹⁴

Es de señalar cómo en tal debate están presentes autores que suscitan la cuestión del *dubium juris*: aún notando que sobre ciertas tipologías de intervenciones quirúrgicas, entre las que se encuentra la salpingectomía, no se tiene la certeza moral acerca de su licitud, admiten, en caso de riesgo inminente, la ablación del órgano interesado.¹⁵

Es importante subrayar la presencia de la opinión que considera lícita la intervención ablativa en *todo momento* del diagnóstico siendo suficiente, para esto, que el peligro esté *presente* y no *inminente*.¹⁶

No todos los autores, sin embargo, son propensos a estas conclusiones. Lo son de hecho aquellos que, estimando al feto como *causa indirecta* de la patología, consideran las intervenciones médicas dirigidas a su supresión. La salpingectomía, en su opinión, no es practicable, ni siquiera por riesgo y forzosa necesidad.¹⁷

El punto de giro en el debate sobre el acercamiento quirúrgico extirpativo es ofrecido por la tesis doctoral de Thomas Lincoln Bouscaren que, en 1928, defendió bajo la dirección de A. Vermeersch.¹⁸ La tesis que Bouscaren defiende es aquella que sostiene cómo la trompa grávida pueda ser removida *incluso antes de la rotura*.¹⁹

El autor afirma que es falso creer que, en el embarazo tubárico, la trompa esté sana hasta que no se verifique su rotura. Basándose en los

datos médicos Bouscaren evidencia cómo esta última sea fundamentalmente la fase final de una patología ya iniciada que, incluso antes que la rotura misma, manifiesta sus síntomas como la ausencia de una adecuada decidua y la progresiva perforación de los tejidos tubáricos. La consecuencia de esto es de notable relieve desde el punto de vista moral porque, con tales presupuestos, no se tiene duda acerca del *objeto* hacia el cual se dirige la intervención médica: *no tanto hacia el feto sino hacia la trompa enferma*.²⁰

Bouscaren sostiene que en el embarazo tubárico es necesario distinguir entre *causa remota* de la patología y la *patología misma* que es el objeto de la intervención. Esta última para el autor es claramente distinta al feto: el objeto es la trompa que, como resultado del embarazo, se ha vuelto débil por la invasión de las vellocidades coriales; en sí misma, una distinta fuente de peligro para la vida materna, incluso antes que la rotura aparezca.²¹

Debemos tener cuidado con concluir que en Bouscaren la salpingectomía sea practicable, como en Davis, en cualquier momento. No es así: mientras es posible, el jesuita aconseja la espera vigilante pero, cuando el cirujano haya declarado un riesgo demasiado alto, entonces, se deberá intervenir.²²

La tesis de Bouscaren, que lleva a considerar la trompa como órgano patológico, es acogida por la mayor parte de los autores²³ que, ya considerando *seriamente probable* si no por añadidura *segura*, para la aplicación del Doble Efecto, la salpingectomía en la inminencia de la rotura de la trompa.

El debate bioético contemporáneo

El rápido desarrollo de las técnicas diagnósticas y de las posibilidades terapéuticas en el ámbito del embarazo ectópico interpelan constantemente al ámbito teológico. Son representativas de este constante diálogo ético-médico, las *Directrices* que el Episcopado Estadounidense emanó sobre el tema de nuestro estudio, respectivamente en 1971²⁴ y en 1994.²⁵

Si se confronta el texto de la Directiva n. 16 de 1971 que afirma: “En el embarazo extrauterino, la parte afectada de la madre (cérvix,

ovario o trompa) puede ser removida, incluso si está prevista la muerte de un feto, previsto que: *a.* la parte afectada se presume ya tan dañada y seriamente enferma como para autorizar su remoción, y que *b.* la operación no es sólo una separación del embrión o del feto de su lugar (lo que sería un aborto directo de una apéndice uterina) y que *c.* la operación no puede ser postergada sin un notable aumento del riesgo materno²⁶; con el texto de la Directiva n. 48 publicado en 1994 donde se sostiene que: “En caso de un embarazo extrauterino ninguna intervención que constituye aborto directo es moralmente lícita”,²⁷ notamos diferencias que no pueden pasar a segundo plano.

En 1971, los Obispos fueron muy exactos acerca del tipo de procedimientos que eran lícitos para resolver tales embarazos. La Directiva n. 16 afirma, por ejemplo, que el órgano en el cual el embrión está implantado, aquello que se define “la parte peligrosamente afectada de la madre” puede ser también removido. Tal Directiva refiere como lugares ectópicos la trompa, los ovarios y el cérvix uterino. De esta forma, por ejemplo, una salpingectomía es el procedimiento moralmente apropiado para resolver los embarazos tubáricos.

En modo más importante, la Directiva afirma que cualquier procedimiento que es “solamente una separación del embrión o del feto del lugar en que se encuentra” es aborto directo y está prohibido por la ley moral. Al emitir tal afirmación, los Obispos expanden el ámbito de la ley moral a todos aquellos procedimientos que implican la remoción del embrión de su sitio. En ninguna circunstancia, siguiendo el texto de tal Directiva, sería permitido el procedimiento médico que comporta la remoción del feto en modo de dejar intacta la “parte afectada” del órgano.

En la edición de 1994 ha sido elegido un acercamiento muy diferente. En lugar de dirigirse sobre procedimientos médicos específicos, la nueva Directiva que se refiere a los embarazos ectópicos, la n. 48, afirma simplemente un principio moral general. La importancia de tal cambio no debe ser descuidada porque la nueva Directiva puede llevar a la interpretación que la ley moral concerniente al aborto no es expresamente amplia a procedimientos médicos. El texto de la Directiva n. 48 hace surgir el riesgo de que los moralistas y los operadores sanitarios católicos, en nombre del probabilismo y del doble efecto, consideran lícitos aquellos procedimientos que separan al embrión

de su sitio dejando intacto el órgano. Además, se puede considerar la posibilidad que surja una duda legítima si la ley moral referente al aborto es tal que se aplica a todos los procedimientos que no implican la remoción de la “parte afectada gravemente peligrosa”. Si semejante duda se presenta fundadamente existe entonces la libertad de formar la opinión probable que la ley no se aplica y que el procedimiento puede ser efectuado lícitamente si es conforme a las condiciones del principio del doble efecto.

La situación médica delineada y las afirmaciones del Magisterio Episcopal han conducido a opiniones diferentes. No tanto sobre la práctica de la salpingectomía y de la resección segmental que, en la actualidad son universalmente consideradas como *indirectamente* abortivas, pero con la administración del metotrexate y la práctica de la salpingotomía.

Acera del metotrexate, la mayor parte de los autores, basándose sobre la valoración de los mecanismos de acción del fármaco y sobre la consideración del trofoblasto como “parte integrante” del feto, no autoriza la administración y la considera verdadero y propio aborto directo. La salpingostomía es, por el contrario, rechazada porque se considera como objeto de la intervención, la directa remoción del feto del sitio en el cual se encuentra.

Otros autores no son de la misma opinión y ven, por el contrario, lícita, tanto la administración del metotrexate cuya acción se dirige no contra el feto sino contra la peligrosa actividad erosiva del trofoblasto, como la intervención de salpingotomía, cuyo objeto principal sería la remoción del tejido tubárico dañado de la madre en el cual, desafortunadamente, está presente el feto.

Nos damos cuenta que el “problema” está dado por el acercamiento conservador en su doble dimensión. La divergencia fundamental de las opiniones mencionadas, o mejor, el *punto crucial de la cuestión* reside, sobre todo, en una *diversa consideración del objeto del acto médico* y, como lógica consecuencia, en una *diversa aplicación del principio del doble efecto*.²⁸ En la opinión favorable al acercamiento extirpativo y no a al conservador, existe una precisa consideración *del estatuto del trofoblasto y del objeto moral* de la intervención: el trofoblasto es considerado parte integrante, órgano vital del feto; atacar al trofoblasto, significa atacar y matar al embrión; el objeto moral, en

consecuencia, es la muerte del feto. En la opinión favorable a la salpingostomía y al acercamiento farmacológico el trofoblasto es considerado, casi, como tercer entidad distinta del feto: atacar al trofoblasto no significa atacar directamente la vida fetal. El objeto moral sería no aquel de matar al feto, sino el de detener la acción erosiva del trofoblasto que pone en serio riesgo la vida de la madre. La muerte del feto, en este caso, sería una consecuencia indirecta; prevista pero no querida.

Las opiniones a favor de la salpingectomía y contra el MTX y la práctica de la salpingostomía

Un representante sobresaliente del área teológica que rechaza, en caso de EE, tanto la práctica de la salpingostomía como la administración del MTX es William W. May. En el *The management of ectopic pregnancies: a moral analysis*²⁹ nos ofrece su valoración ética distinguiendo tanto la tipología de embarazo ectópico como los procedimientos aplicables. May, al examinar el embarazo tubario, no pone objeciones morales a la *salpingectomía* y la resección de la trompa: en caso de serio riesgo materno pueden ser aplicadas lícitamente y el aborto que de ello deriva es indirecto.³⁰ El autor, obviamente, no suscita particulares cuestiones morales ni siquiera para el “tratamiento de espera” cumplido bajo adecuado monitoreo.³¹

Por cuanto concierne en cambio al tratamiento farmacológico con el MTX, no obstante que, en la época del escrito, no hubiese sido todavía extensamente discutido por los teólogos católicos. May lo considera como aborto directo y no lo ve utilizable en el tratamiento de los embarazos ectópicos a causa de su acción destructiva ejercida sobre el trofoblasto.³²

Analizando la *salpingostomía*, gracias también a un estudio de Flannery,³³ May la rechaza en cuanto *directamente abortiva*. “Tal operación”, subraya el autor, “no es realizada por el bien del feto y su remoción es actuada *no* para proteger al bebé de una muerte cierta que tiene delante, sino para proteger la vida de la madre, y además de eso, para *preservar su trompa de Falopio*”.³⁴

Afrontando el caso de los *embarazos ováricos* May ve oportuna, si acaso posible, la terapia de espera para permitir al feto llegar a la viabilidad; cuando esta no fuese realizable el camino a seguir es el acercamiento quirúrgico extirpativo.³⁵

Consideraciones más que análogas las encontramos tanto en el artículo que, él mismo publicó en *Ethics and Medics* en 1998³⁶ que en su trabajo *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life* publicado en 2000.³⁷

El Instituto de Bioética de la Universidad Católica del Sacro Cuore de Roma, ha tratado la cuestión del EE en un artículo de A.G. Spagnolo y M.L. Di Pietro.³⁸ Después del análisis de los datos científicos los autores ofrecen el análisis ético de los problemas conexos con el embarazo tubárico. Ningún problema ético para el *tratamiento de espera*. La salpingectomía total o parcial, en los casos en los cuales la evolución del embarazo constituya un peligro para la madre, es plenamente justificada por el PDE y el aborto que deriva debe considerarse *indirecto*. Acerca de *cuándo* poder efectuar la intervención, los autores especifican que el riesgo es tal que no es necesaria la rotura de la trompa e, incluso antes que esta se verifique, es posible proceder quirúrgicamente.

Por integridad científica queremos anotar la opinión que permite la salpingectomía solamente por la rotura ya iniciada y no simplemente en presencia de un actual y real peligro para la madre. Tales autores dedican al methotrexato una sola y lapidaria afirmación según la cual no puede ser suministrado porque es directamente abortivo.³⁹

Otro representante de esta opinión es el carmelita J.P. Healy. El médico, afirma el teólogo, conociendo la farmacocinética del MTX no podría suministrarlo sin querer su efecto que es la muerte del feto. La situación, sostiene Healy, no sería diferente de aquella en la cual el médico, para aliviar el dolor a una paciente, suministra un fármaco letal.⁴⁰

Sobre la cuestión del EE se expresa también el internista primario C.E. Cavagnaro del *Balchertown Medical Center*. En la primera parte de su artículo aparecido en *The NaProEthics Forum* de noviembre de 1998 Cavagnaro analiza la práctica de la salpingostomía que él rechaza. Ella, sostiene el autor, no es lícita porque ataca directamente al feto. Incluso si la intención del cirujano fuese diferente, la práctica

quirúrgica dice otra cosa.⁴¹ En la segunda parte del su artículo, publicada por la misma revista en marzo de 1999, Cavagnaro analiza la moralidad del metotrexato. El autor, basándose sobre el dato farmacológico, sostiene que el MTX ataca directamente al feto y le provoca directamente la muerte.⁴²

De la misma tradición es también W.B. Smith que, en julio de 1999, escribe a propósito en *The omiletic and pastoral review*. El autor afirma que mientras la operación de separación de la trompa constituye una lícita aplicación del PDE el acercamiento conservador no puede considerarse lícito porque es *directamente* dirigido a la supresión del feto.⁴³

En el artículo de E. Diamond, publicado por el *The Linacre Quarterly*, emerge con claridad la opinión que considera el trofoblasto como órgano vital del feto; el MTX, también aquí, actuaría contra el feto mismo impidiéndole la síntesis del DNA.⁴⁴

De la cuestión se ocupa, por su parte, A.R. Pivarunas en el *Ethical and Medical considerations in the treatment of ectopic pregnancy* publicado, también en el *Linacre Quarterly*, en agosto de 2003.⁴⁵ También Pivarunas, por las mismas motivaciones de los autores arriba citados, tiende al acercamiento extirpativo pero no por ello conservador.

Daniel Maher, asistente de filosofía en la Universidad Católica americana, en su artículo, con la intención de salir de los “escollos” del PDE, propone un diferente tipo de acercamiento que quiere ir más allá de la casuística y de la mera aplicación de los principios al caso concreto; su intención es aquella de mover la atención del moralista de la ley a la *razón de la ley* en cuanto la vida moral es algo más que una aplicación legislativa. Después de haber evidenciado que, en este punto, no existe unanimidad de opiniones acerca de los múltiples aspectos del EE, propone su opinión. Las conclusiones que él alcanza, a través de un caso presentado por P. Clark,⁴⁶ son aquellas del rechazo del MTX pero la perspectiva, podemos decir, es diversa: aquello que el autor busca ofrecer no es simplemente una valoración que se basa sobre la correspondencia del otro con la ley moral, pero el valorar el acto según aquello que lleva al hombre al ser. Lo que el autor rechaza es la excesiva atención a la “tecnicidad” de los especialistas, cuando las acciones deberían ser valoradas buenas o malas con base en aque-

llo que ellas son y a qué tipo de vida, con ellas, es abrazado. Ciertas acciones, subraya el autor, son incongruentes con una vida noble, buena y santa. Para evaluar el significado de acto moral, se debe apelar a la *realidad de significado* y no a la *tecnicidad* de la ley.⁴⁷

El tema de nuestro estudio es afrontado en la voluminosa monografía de Emilio Silvestrini, editada en 2007, donde el autor es favorable a la ablación de la salpige: encontrándose “de frente a una patología tubárica gravísima, real y actual de peligro de muerte para la madre”⁴⁸ —si están presentes las condiciones de aplicación del doble efecto⁴⁹— “El órgano gravemente enfermo puede ser quirúrgicamente retirado, incluso si tiene en sí anidado al embrión”⁵⁰ y esto en la inminencia de la rotura o por la rotura de la trompa apenas efectuada.⁵¹

Las opiniones a favor del MTX y de la práctica de la salpingostomía

No todos los bioeticistas están de acuerdo con la opinión hasta aquí presentada, contraria al empleo del MTX y a la práctica de la salpingostomía. Existen aquellos que, considerando el trofoblasto como *entidad distinta del feto*, no ven estos métodos como *directamente abortivos*; la muerte del feto sobrevendría, por la aplicación del PDE, *más allá de la intención*, originando, así, un aborto indirecto.

Un representante autorizado de esta opinión es el dominico A. Moraczewski. En junio de 1996 es publicada por la *Ethics and Medics* la primera parte de su tratado sobre los embarazos tubarios⁵² en la cual el padre dominicano, a la luz de las *Directivas* publicadas en 1994, llega a considerar la intervención de salpingostomía como *moralmente equivalente* a la salpingectomía. La salpingostomía, en la opinión de Moraczewski, tendría como objeto moral la *remoción del tejido tubárico dañado con el dañante tejido trofoblástico* y no la remoción del embrión que, aún prevista y permitida, se verificaría indirectamente.⁵³

El autor, en la segunda parte del artículo,⁵⁴ llega a la conclusión que la utilización del MTX es moralmente lícita y sugerible incluso en base al Principio del Doble Efecto.⁵⁵ Tal opinión es seguramente

corroborada, cosa no secundaria, por la consideración del trofoblasto como *tercera entidad* distinta tanto del feto como de la madre.

En esta área teológica encontramos también K.F. Tuohey que llega a sus conclusiones analizando las *Directivas* del Episcopado estadounidense. Él afirma que se puede dudar que la ley moral se extienda también al trofoblasto. Considerando que el trofoblasto en el anidamiento cava y conduce a la hemorragia, el autor admite la duda sobre el hecho que la ley moral pueda proteger las causas de una patología. La consecuencia inmediata de este pensamiento es que se puede crear la opinión de que “probablemente” hace lícitos todos aquellos procedimientos que tienden a remover las causas de la patología entre las cuales está el trofoblasto. Según esta opinión, la salpingostomía, removiendo el trofoblasto que es la causa de la patología, se vuelve lícita y puede ser perfectamente justificada mediante el PDE. El uso de Metotrexato, en Tuohey, se convierte en lícito por los mismos motivos; el procedimiento tiene como objeto específico el trofoblasto sobre el cual la aplicación de la ley moral es dudosa; siendo el trofoblasto una entidad biológica distinta del embrión el aborto sería indirecto.⁵⁶

Peter A. Clark, solicitado por el caso de Judy y de Ray, analiza el EE y aporta su contribución. En un artículo aparecido en el *The Linacre Quarterly* en febrero de 2000, después de haber analizado el caso del punto de vista médico y considerado el debate bioético existente formula sus conclusiones:⁵⁷ el uso del MTX en el embarazo ectópico es lícito por la aplicación del PDE. La intención del médico es aquella de preservar la salud y la vida materna; el objeto del acto médico es aquel de detener la destructiva actividad enzimática del trofoblasto y las circunstancias de un embarazo tubárico garantizan tal acción. La muerte del feto, según Clark, llega *indirectamente*, como efecto previsto pero no *directamente* deseado.

Es original el análisis y la propuesta que C. Kaczor presenta en su artículo *Moral absolutism and ectopic pregnancy*.⁵⁸ El autor parte de la pregunta sobre cómo poder conciliar el absolutismo moral, que prohíbe toda acción directamente asesina de las personas humanas, con el tratamiento de los EE. En el poner de relieve que, incluso posteriormente al trabajo de Bouscaren, se ha vuelto opinión común que la salpingectomía es moralmente lícita en cuanto es la remoción de un

órgano enfermo. El autor nos presenta la observación de Keenan que afirma cómo, también en este caso, la utilización del PDE no es tan previsible. Kaczor se pregunta, entonces, si en tal caso se pueda aplicar el PDE y pone la analogía con el caso de útero grávido enfermo. Si bien tal analogía no sea perfecta es también verdadero que el PDE presupone la condición patológica sin interesarse por las causas de la misma; el hecho que en el útero grávido la causa sea un tumor mientras en la trompa esté, por el contrario, implicado un feto, no hace diferencia: en ambos casos el PDE se puede legítimamente aplicar.

Acerca de la salpingostomía y la utilización del MTX Kaczor quiere distinguir *el objeto querido* y el sólo *previsto*. Si para resolver tal situación se recurre al *criterio de la cercanía* sugerido por G. Gleeson⁵⁹ llegaremos a la conclusión de una ilicitud de tales métodos. Si un acto –sostiene el autor– se presenta siempre o casi siempre con un efecto exactamente querido, entonces, también aquel efecto es querido. Es claro que, con tal *antecedente*, todo método sería ilícito: tanto con la salpingostomía que con la salpingectomía se tendría siempre como resultado la muerte del feto. El autor, para llegar a una conclusión, presenta cuatro criterios para distinguir *la intención* de la *previsión*: en otras palabras estos cuatro criterios⁶⁰ sugeridos, ayudan a determinar aquello que yace en la intención y es incluido en el medio: *a.* el consentir el efecto presenta un problema para el agente que decide; *b.* el alcanzar el efecto obliga otras intenciones del agente; *c.* el agente se esfuerza por alcanzar el efecto, probablemente siendo forzado a regresar sobre la decisión, se cambian las circunstancias; *d.* el fracaso del agente en la realización del efecto es un falla del mismo “plano” del agente. Kaczor sostiene que cada uno de estos cuatro criterios es una condición suficiente para distinguir la intención de la previsión si bien no todos los criterios puedan ser satisfechos en nuestro caso. Aplicando a este y a otros casos los criterios sugeridos, la muerte del feto no es el medio hacia el fin tanto en la salpingectomía como en la salpingostomía. El agente continúa el autor, no intenta obtener la muerte y no es un fallo el provocar la muerte prevista como fracaso de los fines próximos o remotos del paciente.

En la consideración del MTX, Kaczor sostiene que Moraczewski tiene razón en el ver un aborto indirecto pero, subraya el autor, el MTX entra en colisión con los principios de la mutilación. Esto hace

surgir en Kaczor dudas sobre la aplicación del MTX: aunque no constituya un asesinato directo sería, sin embargo, mutilación intencional.⁶¹

En el artículo de Kaczor aparece también la técnica de la *ordeña*, que prevé exprimir ligeramente la trompa para recorrer el embrión ectópico hacia el útero y permitir un normal implante. Los datos médicos, sostiene el autor, son alentadores y esta técnica tiene la capacidad de preservar la salud de ambos.⁶² Sintetizando la posición de Kaczor decimos que la salpingectomía, la salpingostomía y la *ordeña* son compatibles con las posiciones absolutistas que prohíben todo asesinato directo; el Metotrexato no.⁶³

G. Gleeson, del Insituto Católico de Sydney, considera el tratamiento médico del embarazo ectópico en su artículo⁶⁴ publicado por el *Linacre Centre* de Londres en ocasión del vigésimo aniversario de su fundación. El argumento de Gleeson parte de la interpretación de los actos humanos. Lo que es contestado en el debate teológico-moral, sostiene el autor, es la determinación del objeto moral que, según Gleeson, forma parte del misterio de la persona y, difícilmente, se puede aclarar en modo inequívoco. Para llegar a la determinación del *objeto* él recurre a las categorías tomista de la *voluntad interna* y de la *acción externa* en la cual se realiza el objetivo de la acción. La voluntad interna y la acción externa están estrictamente correlacionadas, como la materia y la forma. Tal distinción es fundamental para aclarar el debate sobre el MTX que, considerado del punto de vista *biológico* es directamente letal para el feto pero considerado en su *inteligibilidad moral* podría *no constituirse* como directamente abortivo pero como *intervención mínimamente invasiva por contraste una amenaza a la vida materna* en una situación en la cual para el embrión no se puede hacer nada⁶⁵

Gleeson, haciendo referencia a Santo Tomás de Aquino, sostiene que la acción externa puede tener diversos objetos morales. Aplicando todo esto a nuestro caso la administración del MTX, en sí, no puede proveer la cura de la madre sin proporcionar la disminución de las posibilidades de salvación del feto. El autor, con tomo proporcionalista, afirma: “¿El agente debería intentar salvar al embrión y curar a la madre sabiendo que el embrión no puede ser salvado? Este es el problema principal que establece la “trayectoria” de la intención del

agente por el cual el agente escoge una “trayectoria de realización” en una apropiada acción externa. Ni el MTX ni la salpingostomía estarían en apropiada realización del primer objetivo (salvación del feto) sino, dado el primado de la intención, su causalidad física no excluye el MTX o la salpingostomía como realización apropiada del segundo objetivo (la salvación de la madre)⁶⁶. En conclusión Gleeson, afrontando también el tema del *injusto agresor*, sostiene que el feto ectópico no ha de considerarse como *agresor* sino como *víctima* de una condición patológica y su muerte no es el efecto buscado: ella está fuera de la intención del agente y no hace a la intención de éste un homicidio intencional.⁶⁷

Aún llegando a las mismas conclusiones que aprueban el método conservador, Germain Grisez posee elementos de originalidad entre los cuales subrayamos la consideración del feto como *injusto agresor*. Por este motivo, Grisez para justificar sus posiciones, regresa a Santo Tomás, y apela a sus principios morales establecidos en el caso de legítima defensa⁶⁸. El autor llega a afirmar lícitas tanto las craneotomías como las salpingostomías. Tal solución es alcanzada considerando también el hecho que, para Grisez, en la aplicación del PDE se debe considerar el acto humano en su globalidad: el hecho que el efecto bueno esté *antes o después* del malo es indiferente. Todo el comportamiento humano, en este caso, se debe considerar como un único e indivisible procedimiento *en y a través del cual* se llega a la salvación de la madre.⁶⁹

El caso del embarazo ectópico es referido entre los *dilemas ginecológicos* también por Martin Rhonheimer en su *Abtreibung und Lebensschutz*.⁷⁰ Al analizar la intervención ablativa, el autor no comparte la opinión de Bouscaren por la cual el feto no es sino la *causa remota* y no *próxima* de la intervención: el motivo de la intervención es dado por la presencia del feto y el EE debe ser considerado como una única e indivisible patología, no independiente del embarazo; por esto, como es admitida la salpingectomía debe ser admitida también la salpingostomía: son intervenciones que se dirigen hacia un *único* e idéntico cuadro clínico.⁷¹

Es original, por el contrario, la consideración que Rhonheimer elabora sobre el MTX: dado que el fármaco es suministrado en un momento en el cual no se puede establecer con certeza si el feto morirá,

es *dudosa* su aplicación. El autor no define la cuestión y deja al médico la prudente decisión.⁷²

Críticas a la opinión favorable a la salpingostomía y a la administración del MTX

El presente apartado pretende presentar la crítica de quien escribe a la opinión que considera lícita tanto la práctica de la salpingostomía, como la administración del metotrexato.

Un elemento de crítica que se descubre en la opinión de Autores como Moraczewski reside, en cuanto al MTX, en la consideración del trofoblasto como *tercera entidad* distinta tanto del feto como de la madre: eso podría conducir a la equivocada consideración del objeto de la acción médica que se configuraría como *terapéutica* de una patología potencialmente mortal.

Surge, además, el riesgo de un error de valoración de aquello que constituye el *objeto propio* en la práctica de la salpingostomía. *No*, como sostienen, “remoción de un tejido tubárico dañado por la actividad erosiva del trofoblasto” *sino* “remoción del saco gestacional con sus anexos”. Quien escribe considera que, no obstante que el trofoblasto y la futura placenta al nacer serán separados del bebé, en este estadio del desarrollo eso constituye un *órgano vital* que provee al feto del sustento necesario. Remover o atacar el trofoblasto significa privar al feto de la vida, como remover el músculo cardíaco de una persona adulta significa matarla.

El acto de remoción del tejido trofoblástico, mientras está sosteniendo la vida del feto, no es moralmente aceptable. Eso destruye el órgano/tejido del cual el feto es intrínsecamente dependiente y, así, constituye un ataque directo al embrión. Una acción similar sería contraria al principio de totalidad. Separar directamente al embrión no viable de su unión vital conduce también a la falta del primer requisito pedido por el principio de doble efecto. El acto no es, en sí, ni moralmente bueno, ni indiferente. Segundo, en la salpingostomía también se pretende remover solamente el tejido tubárico dañado, la vía por la cual el procedimiento es conducido, en las exigencias prácticas de la cirugía, no la permite. Es frecuente que el embrión “sale inme-

diatamente fuera”, después que en la trompa ha sido practicada la incisión. Por tanto la descripción de una salpingostomía como ataque indirecto al embrión y como intento directo para tratar la trompa enferma no es lo que se desprende de aquello que se verifica en la práctica quirúrgica. En tal intervención, y no en la salpigectomía, el cirujano abre la trompa *sólo* porque un embrión está ahí, y es en esta intervención que el efecto de la actividad no puede excluir la remoción del embrión, que es *intrínseca* al objeto mismo.

Quien escribe teme que la licitud de tales métodos, así descritos, esté fundada sobre sofismas: el objeto, o mejor, el destinatario de tales intervenciones es el feto en cuanto, con la salpingostomía, se “aspira o se remueve el saco embrional” y con el MTX se provoca su muerte por inanición. Además el motivo de tales intervenciones no es la salud materna sino el preservar su futura fertilidad e, incluso hipotetizando la licitud de tales procedimientos, en estas condiciones no estaría presente la causa proporcionada que permitiría la práctica quirúrgica, dado que la madre no está en inminente peligro; se iría, así, a dañar también el principio de la justicia por la cual la vida del feto ha de protegerse lo más posible.

Además, como es fácil evidenciar en tales opiniones teológicas existe la necesidad de “redescribir”, en el caso de la salpingostomía, el acto cumplido. Tal *redescripción* que casi esconde la consciencia de su ilegitimidad. Si así no fuese ¿por qué se debería especular tanto para demostrar aquello que es ya evidente? Se representa cuanto ha sucedido con la craniotomía “redefinida”, a su tiempo, como “operación de reducción del cráneo”.

Además que el acto humano no se compone, a diferencia de aquello que afirman Grisez y otros sólo de *intencionalidad*, sino posee también una *dimensión concreta*, espacio-temporal que no puede ser desatendida. Si no fuese así tendríamos “actos angélicos” y no “actos humanos”. No es ciertamente cosa irrelevante que el efecto bueno llegue, en el tiempo, después del malo y es obligatorio tener en cierta consideración el hecho de que no podemos hacer el mal para obtener después el bien. No hay que olvidar, además, que la aplicación de ciertos autores corre el riesgo de deslizarse hacia una impostación *consecuencialista* que en sus cálculos, permite escoger el mal menor; mientras la intervención quirúrgica ablativa, permitida por el doble

efecto, se resuelve con la fertilidad materna comprometida y con la muerte del feto, la terapia con el MTX y con la salpingostomía, al menos, preserva la fertilidad materna.

Es obvio que con la simple aplicación se llega a confundir el orden físico con el moral: si del punto de vista médico puede parecer irrelevante *permitir* la muerte del feto o *quererla directamente*, del punto de vista moral hay una diferencia inmensa: la diferencia entre el salvar la vida y el quitarla. Tal impostación no es compartible, también por el hecho que no admite la existencia de actos intrínsecamente malos y por su superficial distinción entre mal y bien moral y mal y bien pre-moral. Esto no es ciertamente compartido por el Magisterio Pontificio expresado en la Encíclica *Veritatis Splendor*:⁷³ no es posible avalar el razonamiento que, de frente a la fertilidad materna a preservar y a la vida fetal condenada por la patología, afirma “salvemos al menos lo salvable”, independientemente de los medios y de los modos: la vida humana, aún no siendo el valor más alto y aún no pudiendo ser sacrificada por justos motivos, es un bien que no puede entrar en una balanza de matriz utilitarista: el derecho cierto de la vida del feto es igual al derecho cierto de la vida de la madre. Por cuanto de ha dicho resulta que la aplicación del principio del doble efecto, con tales presupuestos, podría ser sumamente dudosa.

Aún compartiendo las conclusiones de Maher, se considera que la argumentación reclame los principios de la ética de la situación: él, intentando sugerir alternativas diversas de la ley moral para la solución del caso, no considera que sólo la recta intención como sólo el amor, no son elementos de por sí suficientes para garantizar la bondad moral del acto mismo. La referencia a los principios y a los valores normales es esencial y es precisamente en la *ratio* de tales principios y valores, que podemos descubrir el verdadero amor que es también adhesión a la verdad y que debe conducir en la situación concreta.

La crítica se dirige también hacia aquellos que, siendo ya un ala minoritaria de la teología moral, consideran el feto como *injusto agresor*. El feto no puede ser considerado como agresor ni formal, porque no es mínimamente consciente de aquello que está haciendo y no tienen la voluntad de eso; ni material porque se encuentra ahí, donde la naturaleza lo ha puesto y desarrolla una función fisiológica que está dentro del normal curso de su crecimiento. El hecho que el

lugar donde esto sucede sea la trompa u otro órgano diferente del útero llevará a definir esta situación anómala como *patológica* pero no autoriza a calificar la acción fetal como *agresión*. Se considera, por tanto, que semejantes especulaciones teológicas se encaminarían a sostener y a legitimar el asesinato de quien es inocente configurando el hecho del homicidio directo.

Resulta opinable la aplicación, que algunos autores conceden, del principio del probabilismo por el cual se podría utilizar el metotrexato y practicar la salpingostomía incluso cuando se está *sólo probablemente seguro* que tales procedimientos no constituyan un aborto directo. Los valores en juego son tales que no permiten la aplicación de opiniones probables. Si se utilizan tales métodos cuando se está sólo probablemente seguro que esto no dé aborto directo estamos en el riesgo de cumplirlo, en el riesgo de matar directamente aquel hombre. Esto impone seguir el camino *tutior* por el cual no es posible arriesgarse a procurar directamente la muerte de un individuo.

Por último, también las conclusiones de Rhonheimer suscitan perplejidades. El autor, en diversas ocasiones, afirma estar preocupado por no efectuar ponderaciones de valor entre la vida del feto y aquella de la madre, pero parece deslizarse hacia consideraciones de tipo teleológico que establecen una “proporción” entre el feto “ya condenado” y la vida de la madre que puede ser salvada. Rhonheimer, además, no parece dar suficiente importancia a la diferencia entre la muerte natural y la muerte provocada: desde el punto de vista moral permitir que un feto muera por causas naturales no es la misma cosa que provocar su muerte. El autor sostiene que, en la ectopia, no se puede hablar de legítima defensa y define el feto como *patológico en sí mismo*. Nos parece, en cambio, más correcto considerar fisiológico el crecimiento del feto. Por tanto, de acuerdo con Bouscaren, se sostiene que no es el feto *en sí*, sino por la hemorragia que se sigue a la rotura de los tejidos y, por esto, la salpingectomía y la salpingostomía no podrán ser consideradas como *moralmente equivalentes*.

En sustancia no sería una injusticia y un mal moral retirar un embrión que no sólo no es ya salvable, sino que se encuentra expuesto a la muerte segura precisamente porque está en la madre (en la trompa en el caso de la ectópica, en el útero en el caso de la preeclampsia y corioamnionitis). Tal posición abre indudablemente nuevos horizon-

tes, pero requiere todavía una discusión amplia entre los moralistas católicos que establezca la lógica y los principios de aplicabilidad. En el caso del embarazo ectópico la salpingectomía constituye una elección válida desde el punto de vista terapéutico y seguro desde el punto de vista ético, para la salvación de la madre y, por tanto, nos parece constituir la *via tutior* a preferirse prudentemente en la praxis.

Conclusiones

Encontrándonos de frente al embarazo ectópico surge entonces la pregunta si *intervenir* sea lícito o no.

Del punto de vista ético ha de considerarse tanto el valor de la vida y de la salud materna que debe ser tutelada y preservada, como el valor de la vida del feto que, no obstante en la mayor parte de los casos esté destinado a la muerte, no puede constituirse, por cuanto se ha ya afirmado, como objeto de razonamientos proporcionalistas: el hecho que el feto esté destinado a la muerte por la naturaleza no significa que nosotros debemos matarlo.

El complejo debate filosófico-moral acerca del estatuto antropológico del embrión que ha empeñado teólogos, filósofos, juristas y moralistas de siglos enteros, nos hace constatar que el embrión es *persona*. Gracias a la evidencia biológica y a las contribuciones de este debate, hoy afirmamos con toda certeza que el embrión humano no es pura potencialidad: podremos definir al embrión como *bebé en potencia* o *adulto en potencia* pero *no* hombre en potencia. Si queremos referirnos a la definición de Boecio⁷⁴, enriquecida luego por Santo Tomás⁷⁵, podemos decir con toda certeza que el embrión es una *sustancia individual de naturaleza racional* perteneciente a la especie humana y, como tal, en posesión de aquel específico *acto de ser* por el cual Dios mismo interviene; el embrión, por tanto, es *hombre en acto*, es *persona* y, desde el inicio le es reconocida la dignidad ontológica atribuida a todo ser humano. Resulta difícil comprender cómo no todos los individuos humanos sean personas y, a mi parecer, esto es dado por el hecho que los conceptos originarios de *persona* y de *incommunicabilis* del acto de ser son comprendidos a la luz de la cultura

contemporánea que altera su significado y no comprende su real alcance.

Todo eso conduce de frente a un embrión tanto uterino como extrauterino, a una actitud de máximo respeto que rechaza, en sintonía con el *ethos* cristiano y con la constante enseñanza del Magisterio de la Iglesia, toda forma de suspensión directa de la vida humana en cualquier estadio de su desarrollo.⁷⁶

El camino histórico-teológico desarrollado y analizado en el presente artículo, nos permite captar como en este aspecto existe *unanidad* en la condena, *desde el inicio*, de cualquier forma de aborto directamente procurado, tanto por parte de la investigación teológica, como de las autorizadas afirmaciones del Magisterio.

Las primeras conclusiones a las cuales llegamos son por tanto aquellas que afirman que, en caso de embarazo ectópico, nos encontramos no sólo frente a la salud de la madre a preservar, sino también de frente a la vida de una persona, el feto, que no podemos suprimir directamente. Esto implica la búsqueda de instrumentos de intervención que, salvaguardando la vida materna, no procuren el aborto directo que por ciertos teólogos es aceptado sobre la base de la consideración, no compartida por quien escribe, del feto como *inicum agresor* del cual es legítimo defenderse.

Podremos por tanto intervenir en caso de embarazo ectópico en aquellas intervenciones que configuren le hecho del aborto indirecto, en el cual la muerte del feto no es querida directamente sino aceptada como efecto de un acto médico querido únicamente para la salvación de la vida materna. Estas condiciones encuentran verificación, considerando esta afirmación como fruto de la tradición moral clásica y de la moral especial de la primera mitad del siglo XX, en la intervención, en caso de embarazo tubárico, de salpingectomía total o parcial. En el curso terapéutico que se pretende sugerir, a menos que no se verifiquen situaciones de emergencia, la primera instancia es la perspectiva de la espera vigilante; una vez en posesión del diagnóstico la mujer deberá ser adecuadamente informada y hospitalizada con el fin de efectuar un constante monitoreo.

Si el embarazo procede en su desarrollo y los órganos maternos comienzan a verse afectados en modo tal de encontrarse en situación

de grave riesgo, será lícito, en situación de embarazo tubárico y en condiciones de estabilidad hemodinámica, para la aplicación del principio de doble efecto, la práctica de la salpingectomía total o parcial. Acerca de el *momento* en el cual efectuarla se considera que, sin esperar a verificarse una importante hemorragia que podría ser letal incluso para la madre, la intervención puede ser practicada *no* en cualquier momento y estadio de desarrollo, sino en la *inminencia* de la rotura, es decir, a los *primerísimos signos* hoy ágilmente detectables con los medios diagnósticos a disposición. Estas consideraciones se basan sobre el hecho que, tanto habiendo sucedido la rotura, como antes que ella se verifique, la intervención tiene, como afirma Bouscaren, la misma estructura: la intención de la laparoscopia que se realiza es de detener la hemorragia de la cual se verifican los primeros estadios; de ello se deriva que la remoción de la trompa es accidental y la remoción del feto en la trompa, es *todavía más accidental*. La muerte del feto es una consecuencia *prevista pero no querida e inevitable* de la intervención cuyo objetivo, como ya se ha visto, es muy diferente.

Acerca de las objeciones sobre el hecho que la trompa, antes de la rotura, sea sana es evidente que, considerando los datos médicos a disposición, se trata de afirmaciones poco correctas; el embarazo ectópico es considerable como una *patología*, pero tal patología no justifica la ablación de la salpíngex en cualquier momento en que es diagnosticada. Para suprimir, si bien indirectamente, la vida fetal, que por principio de justicia ha de ser protegida lo más posible, es requerida una causa proporcionada que es dada por el inminente peligro y tal inminencia no está presente en cualquier momento. Quien escribe disiente de la opinión que ve una perfecta analogía entre el caso de nuestro estudio y aquel del útero grávido carcinomatoso que, por el contrario, algunos teólogos invocan como justificación de la salpingectomía. En el útero grávido, de hecho, la patología es dada por el tumor y es una patología *independiente* del embarazo.

En el embarazo tubárico los hechos no son exactamente los mismos y se aconseja no poner la salpingectomía sobre la base de tal analogía porque se abriría la posibilidad de errar conclusiones: apelándose al hecho que en el embarazo tubárico es la presencia del feto la que causa la intervención, se llegaría a clasificar la ablación del ór-

gano enfermo como *directamente abortiva*. Es iluminante la consideración que Bouscaren hace a propósito cuando afirma que, en el embarazo tubárico, es verdad que la patología no es independiente del embarazo pero se debe distinguir entre *la causa remota* de la patología y la *patología misma* que es *el objeto directo* de la intervención: *originalmente y remotamente* es el embarazo lo que causa el peligro de la madre pero *al final y próximamente, hic et nunc*, es la trompa misma la fuente del peligro. Dados los medios diagnósticos disponibles es hoy muy raro el caso en el cual el embarazo ectópico sea descubierto en el trascurso de una intervención efectuada por otros motivos. En coherencia con las afirmaciones arriba citadas se es de la opinión que, también aquí, el cirujano no puede retirar el órgano hasta que el *peligro es actual e inminente*. Mientras en el pasado existía la preocupación que la madre no pudiese ser sometida a ulteriores intervenciones a distancia de pocas semanas, hoy, las operaciones quirúrgicas, efectuadas mediante laparoscopia, son menos invasivas y producen menor empleo de energía por parte del físico materno.

No se comparte el intento de aquella área de teólogos que busca hacer considerar la administración del metotrexato y la práctica de la salpingostomía como indirectamente abortivos. Las motivaciones del rechazo de tales prácticas, consideradas moralmente ilícitas y por tanto no practicables, se encuentran, sustancialmente, en el precedente párrafo. Se reafirma que, según nuestro parecer, se configuraría en estos casos el aborto directamente procurado: lejos de ser actos terapéuticos, constituirían abortos directos y por tanto se deduce, además que por lo motivos ya citados, también por el *destinatario* de tales prácticas que es el feto y no la madre; por la *finalidad* que mueve la intervención, que no es la de la salvación materna sino la de preservar su futura fertilidad; desde el *momento* en el cual tales prácticas son efectuadas: seguramente no en el inminente y serio peligro.

Se está de acuerdo, además, con aquellos autores que promueven la obligación moral acerca de la necesidad de invertir tiempo y medios para la investigación *sobre la conversión tubárico-uterina*. Estamos todavía en tiempos precoces pero la literatura médica citada, con los dos intentos de 1917 y 1990,⁷⁷ muestra que la intervención no es ciencia ficción y que esa iniciativa debe ser apoyada. Se considera, por tanto, estar de acuerdo con aquellos autores que *impulsan* hacia

técnicas innovadoras para la salvación de la vida del embrión sobre la base, incluso, de las afirmaciones de la *Donum Vitae* cuando afirma que: “En el caso de experimentación claramente terapéutica, cuando se tratase de terapias experimentales empleadas al servicio del embrión mismo con la finalidad de salvar, en un intento extremo, su vida, y a falta de otras terapias válidas, puede ser lícito el recurso a fármacos o a procedimientos no todavía del todo convalidados”.⁷⁸

Se ha de animar, además, una sana política preventiva que mire, a través de una adecuada educación a la sexualidad y a sus valores, a la remoción de los factores de riesgo del embarazo ectópico muchos de los cuales tienen sus raíces en un desregulado “uso” de la genitalidad y en una desbordante mentalidad contraceptiva. Aún proponiendo una sensibilización de este género a nivel de macrosistema, se es consciente que tal camino resulta “utópico” no sólo por la presencia de aquel relativismo ético que conduce hoy a considerar lícito, a ejemplo de la Reina Semíramis, todo aquello que agrada⁷⁹, pero sobre todo por la presencia de ingentes intereses económicos que satisfacen tanto a las grandes casas farmacéuticas como las arcas de los Erarios siempre necesitados de contribuyentes.

Lo que se propone con el presente artículo no es solamente el *sugerir* indicaciones terapéuticas en el caso de ectopia, sino también el reafirmar con fuerza, la responsabilidad que cada uno de nosotros tiene en relación de cada hombre. El mandamiento “no matarás” es la matriz de este compromiso que nosotros como discípulos debemos asumir a favor de la vida humana. Asistimos hoy al desbordamiento de la cultura de la muerte que hunde sus raíces en la pérdida del sentido de Dios: no debe sorprender, que cuando se pierde el sentido de Dios Creador se pierde el sentido de la dignidad de la vida humana y, en consecuencia, de la gravedad de los atentados contra ella. La criatura sin el Creador desaparece y el olvido de Dios priva de luz a la criatura misma. No reconocer el poder de Dios sobre la creación lleva consigo la perversión en la escala de los valores: “Y puesto que han despreciado el conocimiento de Dios, Dios lo ha abandonado al dominio de una inteligencia depravada, de modo que comenten aquello que es indigno” (*Rm* 1, 28).

En este contexto debemos hacer resonar el Evangelio de la Vida, Cristo mismo, venido “Para que tengamos la vida y la tengamos en

abundancia” (Gv 10, 10). Jesús con su vida y su predicación nos ha mostrado que toda vida humana, incluso aquella que a los ojos del hombre puede parecer inútil y sin sentido, recibe el inestimable amor y consideración de Dios. Entramos entonces, sostenidos por esta fe, en el gran desafío que nos pide, en virtud de la Caridad, dar voz a aquel que no tiene voz, sabiendo que “Cada vez que han hecho estas cosas a uno solo de estos mis hermanos más pequeños, lo han hecho a mí” (Mt 25, 40), y nadie puede ser considerado más pequeño que el embrión humano en el cual, sin embargo, brilla toda la potencia y la fuerza de la vida; en el cual resplandece la imagen de Cristo mismo.

Referencias bibliográficas

¹ La clasificación reportada en la primera parte del primer párrafo toma, como fuente, a: Pescetto G, De Cecco K, Pecorari D y Al. *Manuale di Ginecologia e Ostetricia. Ostetricia*. Vol. II. Roma: Società Editrice Universo: 1992: 1304.

² Cfr.: Sehgal A, Goyal LD, Goel P. y Al. *Full term ovarian pregnancy*. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2005; 45(2): 165-166; Kotzbach R, Szymaski M, Korenskiewicz J y Al. *Ectopic cervical pregnancy terminating in the birth of a live 1800 g. infant*. Ginekol Pol. 2005; 76 (4): 304-307; Nishikawa A, Tanaka S, Kudo R. *Full-term interstitial pregnancy with live birth*. International Journal of Gynecology & Obstetrics 1988; 63: 57-58.

³ Recabo el dato médico aquí referido de: Candiani GB, Danesino V, Bastaldi A. *Ostetricia. Principi di diagnosi e di terapia*. Milán: Masson: 1992: 202.

⁴ Esta terapia consiste, sustancialmente, en una espera: la mujer, adecuadamente informada sobre el real alcance del cuadro clínico es hospitalizada y constantemente monitoreada. Las eventualidades que se pueden presentar son dos: aborto espontáneo sin rotura tubárica que, en base a los estudios de W.E. May, se verifica en el 65% de los casos sometidos a la *expectant management*; evolución del embarazo mismo hacia situaciones que hacen necesaria una intervención. Referido por May WE. *The management of ectopic pregnancy: a moral analysis* en Cataldo PJ, MoraCzewski AS (Eds). *The fetal tissue issue. Medical and ethical aspects*. Braintree (Mass.): The Pope John Center: 1994: 121-147.

⁵ Cfr.: Barnhart K, Coutifaris C, Esposito M. *The pharmacology of methotrexate*. Expert Opin Pharmacoter 2001; 2 (3): 409-417; Creinin M, Krohn M. *Methotrexate pharmacokinetics and effects in womenredeiving methotrexate 50 mg and 60 mg per square meter for early abortion*. Am Journ Obstet Gynecol. 1997; 177(6): 1444-1449.

⁶ Cfr.: Allegra CJ, Fine RL, Drake JC y Al. *The effect of methotrexate on intracellular folate pools in human Mef-7 breast cancer cells. Evidence for direct inhibition of purine synthesis*. Journal of Biological Chemistry 1986; 261 (14): 6478-6485; Allegra CJ, Hoang K, Yeh GC y Al. *Evidence for direct inhibition of de novo purine synthesis in human Mef-7 breast cells as a principal mode of metabolic inhibition by methotrexate*. Journal of Biological Chemistry 1987; 262 (28): 1320-1326.

⁷ Cfr.: De Loja JA, Stewart-Akers AM, Creinin MD. *Effects of methotrexate on trophoblast proliferation and local immune responses*. Human Reproduction 1998; 13 (4): 1063-1069.

⁸ En la administración sistémica el MTX es dado en alternancia a la Leucovorina por vía intramuscular hasta que no se verifica un descenso, en las 48 horas sucesivas a la inyección, del 15% o más de las B-Hcg. La inyección directa en el saco gestacional conduce, por el contrario, a una menor distribución sistémica del fármaco y posee una menor toxicidad. Tal acercamiento tiene en sí la desventaja que necesita de guía laparoscópica o ultrasónica y las “tazas de éxito” son más bajas respecto a aquellas de la administración sistémica. Obtengo el dato de la administración del MTX y de sus efectos colaterales de: Pisarka MD, Carson SA, Buster JE. *Ectopic Pregnancy*. Lancet 1998: 351: 1117-1118.

⁹ Cfr.: Wallace C. *Transplantations of ectopic pregnancy from fallopian tube in cavity of uterus*. Surg Gynecol Obstet. 1917; 24: 578-579.

¹⁰ Cfr.: Shettles LB. *Tubal history of the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy: a medical adventure*. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 1992; 43:2.

¹¹ Cfr.: Lurie S. *The history of the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy: a medical adventure*. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 1992; 43: 2.

¹² “Necessitate cogente, licitam esse laparotomiam ad extrahendos e sinu matris ectopicos conceptus, dummodo et fetus et matris vitae, quantum fieri potest, serio et opportune provideatur” (S. Congregatio Inquisitionis. *Dubium quoad accelerationem partus*. Ass (1897-1898), 30: 703).

¹³ “Qu. Utrum aliquando liceat a sinu matris extrahere fetus ectopicos adhuc immaturos. nondum exacto sexto mense post conceptionem? Resp. Negative. iuxta Decr. 4 Maii 1898. vi cuius fetus et matris vitae, quantum fieri potest, serio et opportune providendum est; quoad vero tempus, iuxta idem Decretum. Orator memenerit, nullam partus accelerationem licitan esse, nisi perficiatur tempore ac modis, quibus ex ordinariis contingentibus matris ac fetus vitae consultantur” (S. Congregatio de Propaganda Fide. *An aliquando extrahi possit ante tempus ex sinu matris foetus extrauterinus*. Ass (1902-1903), 35:162).

¹⁴ Encontramos en esta área teológica autores como: Genicot E. *Institutiones Theologiae Moralis*. Volumen Primum. Bruxellis: De Witt; 1921: 377; Noldin H. *Summa Theologiae Moralis*. Oeniponte. 1914: 341; Ferreres I. *Compendium Theologiae Moralis I*. Barcinone: Ed. Subirana: 1940, n.501; Vermeersch A. *Theologiae Moralis*. Tomus II. Romae: Università Gregoriana: 1928, n. 628. Antonelli I. *Medicina Pastoralis*. Vol I. Romae: Fridericus Pustet; 1932; Arregui A. *Summarium Theologiae Moralis*. Bilbao: El Mensajero del Corazón de Jesús; 1927: 143; Piscetta A; Gennara A. *Sommario di Theologia Morale*. Turin: Sci; 1952; Prümer DM. *Manuale Theologia Moralis*. Tomus II, Barcinone-Fruburgi-Romae: Herder; 1960, n. 146; Peeters H. *Manuale Theologia Moralis*. Vol.II, Roma: Marietti; 1962, n. 461, nota 3; Roberti F. *Dizionario di Teologia Morale. Feto ectopico*. Roma: Ed. Studium: 19572: 565; Jone E. *Compendio di Teologia Morale*. Turin: Marietti; 1964, n. 215. Sólo por citar algunos.

¹⁵ Es la posición de autores como: Marc C. *Institutiones Morales Alphonsiane*. Tomus Primus. Lugduni; 1885: 486; Aertnys J. *Theologia Moralis*. Tomus Primus: 1896, nn. 581-583.

¹⁶ Es la opinión que en 1927 expresa H. Davis en sus dos artículos publicados sobre la *Ecclesiastical Review*. Cfr.: Davis H. *A medico – moral problem – Ectopic Gestation*. The Ecclesiastical Review 1927: 77: 280-284; Id. *A medico – moral problem – Ectopic Gestation*. The Ecclesiastical Review 1927: 77: 404 ss.

¹⁷ Encontramos de esta opinión al teólogo D.B. Barrett citado en el artículo de Davis. Cfr.: Id. *A medico...*, pp. 280-284. También A. Lanza y P. Palazzini la comparten. Cfr.: Lanza A. Palazzani P. *Theologia Moralis*. Romae: Marietti; 1953: 292. La opinión de T. Iorio no es

diferente. Cfr.: Iorio T. *Compendium Theologiae Moralis*. Neapoli: D'Auria: 1936: 326.

¹⁸ La tesis fue publicada en 1928 en latín. Fue moderador A. Vermeersch que aprueba las conclusiones y las observaciones del autor. El texto al cual nos referimos es la edición de 1943 que fue escrita en lengua inglesa y ampliada por ulterior documentación médica. Cfr.: Bouscaren TL. *Ethics of Ectopic Operations*. Bruce: Milwaukee: 1943.

¹⁹ *Ibid.*, p. 147.

²⁰ *Ibid.*, pp. 151-153.

²¹ *Ibid.*, pp. 153-155.

²² *Ibid.*, pp. 160-161.

²³ A título de ejemplo citamos autores como Mc Charty J. *Direct and Indirect Abortion – Ectopic Pregnancy*. The Irish Ecclesiastical Record 1940: LV. Las mismas consideraciones las encontramos en: Mc Fadden J. *Medical Ethics*. Philadelphia: F.A. Davis Company Publisher: 1953: 241-242. Cfr. también: Healy EF. *Medicina e Morale*. Roma: Ed. Paoline; 1956: 278-280. Sólo por citar algunos.

²⁴ Cfr.: United States Catholic Conference. *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Facilities*. 1971.

²⁵ Cfr.: United States Conference of Catholic Bishops. *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services. Fourth Edition*. 1994.

²⁶ Directive # 16: "In extrauterine pregnancy the affected part of the mother (e.g. cervix, ovary, or fallopian tube) may be removed, even though fetal death is foreseen, provided that: *a.* the affected part is presumed already to be so damaged and dangerously affected as to warrant its removal, and that *b.* the operation is not just a separation of the embryo of fetus from its site within the part (which would be a direct abortion from a uterine appendage) and that *c.* the operation cannot be postponed without notably increasing the danger to the mother" citado de May WE. *Methotrexate and Ectopic Pregnancy*. Ethics and Medics 1998; 23:3.

²⁷ Directive # 48: "In case of an extrauterine pregnancy, no intervention is morally licit which constitutes a direct abortion" in United States Conference of Catholic Bishops. *Ethical...*

²⁸ La formulación definitiva del Principio del Doble Efecto (PDE) proviene de J.P. Gury (1801-1886). Tal principio se refiere a aquellos actos humanos de los cuales se siguen efectos tanto buenos como malos; tales actos podrán ser puestos sólo si se verifican cuatro condiciones: *a.* el acto es de por sí bueno o indiferente; *b.* la intención del agente es solamente hacia el efecto bueno mientras lo malo es solamente tolerado o permitido; *c.* el efecto malo no es un medio para alcanzar el bueno; *d.* hay una proporción adecuada entre efecto bueno y efecto malo.

²⁹ Cfr.: May WE. *The Management of Ectopic Pregnancies: a moral analysis* en Cataldo PJ, Moraczewski AS. *The Fetal Tissue Issue. Medical and Ethical Aspects*. Braintree, Mass: The Pope John XIII Medical-Ethics Research and Education Center; 1994: 122-146.

³⁰ *Ibid.*, p. 130.

³¹ *Ibid.*, p. 131.

³² *Ibid.*, pp. 132-133.

³³ Cfr.: Flannery K. *What is included in a Means to an End?* Gregorianum 1993; 74 (3): 499-513.

³⁴ Cfr.: May. *The Management...*

³⁵ *Ibid.*, p. 145.

³⁶ Cfr.: May. *Methotrexate...*, pp. 1-4.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ Cfr.: Spagnolo AG, Di Pietro ML. *Quale decisione per l'embrione in una gravidanza*

tubarica? *Medicina e Morale* 1995; 2: 285-310.

³⁹ Cfr.: Fasanella G. Silvestri N. Sgreccia E. *Gravidanza extrauterina* en Leone S. Privitera S (coord.), *Nuovo Dizionario di Bioetica*. Roma-Acireale: Città Nuova – Istituto Siciliano di Bioetica: 2004: 556.

⁴⁰ Cfr.: Healy J. *Ectopic Pregnancy and Methotrexate*. *The Linacre Quarterly* 1996; 63: 95-96.

⁴¹ Cfr.: Cavagnaro III CE. *Treatin Ectopic Pregnancy: a moral analysis*. *The NaProEthics Forum* 1998; 3: 4-5.

⁴² Cfr.: Id. *Treating Ectopic Pregnancy: a moral analysis (part II)*. *The NaProEthics Forum* 1999; 4: 4-5.

⁴³ Cfr.: Smith WB. *Management of ectopic pregnancy*. *Homiletic and Pastoral Review* 1999; 99: 66-68.

⁴⁴ Cfr.: Diamond E. *Moral and Medical Considerations in the Management of Extrauterine Pregnancy*. *The Linacre Quarterly* 1999; 66: 5-15.

⁴⁵ Cfr.: Pivarunas A. *Ethical and Medical Considerations in the Treatment of Ectopic Pregnancy*. *The Linacre Quarterly* 2003; 70: 195-210.

⁴⁶ Cfr.: Clark PA. *Methotrexate and Tubal Pregnancies: Direct or Indirect Abortion?* *The Linacre Quarterly* 2000; 68:3: 224-240.

⁴⁷ Cfr.: Maher D. *Methotrexate, Character and Casuistry: A lesson from Machiavelli*. *The Linacre Quarterly* 2001; 68: 3: 224-240.

⁴⁸ Cfr.: Silvestrini E. *L'Embrione in gravidanza ectópica con particolare attenzione a quella tubarica: aspetti antropologico-teologici y biologico-etici*. Milán: Ancora: 2007: 607.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ *Ibid.*

⁵² Moraczewski A. *Managing Tubal Pregnancies: Part I*. *Ethics and Medics* 1996; 21: 6.

⁵³ *Ibid.*, p. 3.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 8.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 4.

⁵⁶ Cfr.: Touhey JF. *The implication of the Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services on the Clinical Practice of Resolving Ectopic Pregnancies*. *Louvain Studies* 1995; 20: 56.

⁵⁷ Cfr.: Clark. *Methotrexate...*

⁵⁸ Cfr.: Kaczor C. *Moral Absolutism and Ectopic Pregnancy*. *Journal of Medicine and Philosophy* 2001; 26: 61-74. Consideraciones más que análogas las encontramos también en: Id. *Is the "medical management" of ectopic pregnancy by the administration of methotrexate morally acceptable? Part. I*. en Gormally L. (Ed.). *Issues for a Catholic Bioethics*. Londres: The Linacre Centre; 1999: 353-358.

⁵⁹ Citado en: Kaczor. *Moral...*

⁶⁰ *Ibid.*, pp. 65-68.

⁶¹ *Ibid.*, pp. 70-71.

⁶² *Ibid.*, pp. 71-72.

⁶³ *Ibid.*, p. 72.

⁶⁴ Cfr.: Gleeson G. "Medical Management" of Ectopic Pregnancy en Gormally. *Issues for...* pp. 359-370.

⁶⁵ *Ibid.*, pp. 361-362.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 366.

⁶⁷ *Ibid.*, pp. 369-370.

⁶⁸ Cfr. Tommaso D'Aquino. *Summa Theologiae*, II-IIae, q. 64, a.7.

⁶⁹ Cfr.: Miglietta GM. *Teologia morale contemporanea*. Roma: Urbaniana University Press; 1997: 76-77.

⁷⁰ Cfr.: Rhonheimer M. *Abtreibung und Lebensschutz. Tötungsverbot und Recht auf Leben in der politischen und medizinischen Ethik*. Paderborn: Schöningh; 2004: 191-228.

⁷¹ *Ibid.*, pp. 197-198.

⁷² *Ibid.*, pp. 212-214.

⁷³ Cfr.: Giovanni Paolo II. *Lettera Enciclica "Veritatis Splendor"* (06.09.1993), nn. 75-76.

⁷⁴ Cfr.: Boezio. *Contra Eutichen et Nestorium*, cap. IV. Citado en: Mondin B. *Dizionario Enciclopedico del pensiero di S. Tommaso d'Aquino*. Bologna: ESD; 2000. p. 517.

⁷⁵ Cfr.: Tommaso D'Aquino. *Summa Theologiae*, I, q. 29, a.3.

⁷⁶ Existe en esta materia una literatura muy basta de la cual cito: Paolo VI, *Discorso ai partecipanti al XXIII Congresso Nazionale dei Giuristi Cattolici Italiani* (09.11.1972). Aas 64; 1972, 777 donde afirma que la condena moral del aborto directo es enseñanza no modificado e inmutable; la *Constitución Pastoral "Gaudium et Spes"* que en el n. 51, afirma que "Dios, dueño de la vida, ha confiado a los hombres la altísima misión de proteger la vida; misión que debe ser cumplida en modo humano. Por tanto la vida, una vez concebida, debe ser protegida con el máximo cuidado; y el aborto, como el infanticidio, son abominables delitos"; la *Carta de los Derechos de la Familia*, publicada por la Santa Sede en 1983 que, en el art. 4 dice: "la vida humana debe ser respetada y protegida en modo absoluto desde el momento de la concepción".

⁷⁷ Cfr.: notas nn. 9 y 10 del presente artículo.

⁷⁸ Cfr.: S. Congregazione per la Dottrina della Fede. *Donum Vitae. Il rispetto della vita umana nascente y la dignità della procreazione. Parte I, il rispetto degli embrioni umani*. Milán: Ed. Paoline, Milán; 1987: I, n.4

⁷⁹ Cfr. Alighieri D. *La Divina Commedia. Inferno. Canto I*. Milán: Ed. Cde; 1995: nn. 55-60.

Algunas cuestiones ético-deontológicas en la medicina de laboratorio*

*Dario Sachini, Ignacio Carrasco de Paula***

Resumen

En la presente contribución es examinada la escasa literatura inherente a la fundación ética de la actividad en el laboratorio biomédico (LBM), elaborada en su mayoría por los especialistas de laboratorio.

Este estudio nos revela las siguientes posiciones principales:

- 1. Un acercamiento de ética del procedimiento, que recoge la éticidad en la actividad laboratorista tanto en el escrúpulo y en la transparencia metodológica, como en la optimización de las dinámicas relacionales, ya sea al interior del laboratorio, como entre especialistas del mismo y clínicos. Se trata por tanto de una ética en cierto modo "intrínseca", es decir, prevalentemente concentrada sobre el objeto material de la actividad.*
- 2. Una perspectiva de tipo jonasiana caracterizada por la ética de la responsabilidad, marcada por dos ejes: la "consciencia" de las consecuencias que le vienen al químico clínico por las*

* Este artículo ha sido elaborado sobre la base de una exposición preparada y presentada en el Curso de Formación sobre: "*Biologia molecolare nel Laboratorio biomédico: questioni irrisolte*" que ha tenido lugar el 26.09.08 en el Centro di Ricerche e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II" de la Universidad Católica del Sacro Cuore en Campobasso.

** Investigador; Catedrático de Bioética y Director del Instituto de Bioética, Facoltà di Medicina e Chirurgia "Agostino Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma (E-mail: esacchini@rm.unicatt.it)

solicitudes de exámenes y la verificación de la intencionalidad de los operadores. 3. La ética de las virtudes. Tal perspectiva postula el ejercicio del hábito virtuoso por parte del operador de laboratorio como condición para alcanzar la finalidad última de la actividad laboratorista biomédica: el bienestar del paciente. 4. El principalismo, conocido sistema bioético, por otra parte propuesto a nivel global por un grupo de trabajo de la International Federation of Clinical Chemistry (IFCC) como base de discusión para las sociedades especialistas nacionales. 5. Por último, una ética centrada sobre la persona, donde el reclamo antropológico acompaña e integra las si bien necesarias tareas técnicas del especialista de laboratorio.

El artículo se concluye con un análisis crítico de las diversas posiciones encontradas en la literatura.

Summary

Some ethical-deontological issues in Laboratory Medicine.

The paper examines the scarce literature related to the ethical foundation of the activity in the biomedical laboratory (BML), realized mainly by the experts of laboratory.

The scanning reveals the following main positions: 1. A procedural ethics approach, in which the ethics related to the BML is tracked both in the scruple and in the methodological transparency and in the optimization of the relational dynamics both in laboratory an among laboratory and clinicians experts. It concerns therefore with an "intrinsic" ethics, that is predominantly centred on the material object of the activity. 2. A perspective based on Jonas's perspective marked on ethics of the responsibility, founded in two bases: the "awareness" of the consequences that clinician's chemist could receive form the examination demands and the verification of the intentionality of the operators. 3. Virtue ethics. Such perspective assumes the virtuous habit exercise of the operator of laboratory as condi-

tion to achieve the ultimate and of the BML: the patient's well-being. 4. Principlism, known as bioethical model, moreover proposed at a global level by a working group of the International Federation of Clinical Chemistry (IFCC) as basis of discussion for the national specialist societies. 5. Finally, an ethics centred on the person, where the anthropological reference helps and integrates the also necessary technical tasks of the laboratory expert.

The article ends with a critical examination of the different positions found in literature.

Palabras-Clave: laboratorio biomédico, ética, deontología.

Key-Words: biomedical laboratory, ethics, deontology.

Introducción

La dimensión ética en la actividad del laboratorio biomédico (LBM) es inesperada en algunos aspectos y, al mismo tiempo, compleja. Inesperada desde el momento en que gran parte del debate ético sobre las biociencias raramente lo considera el ámbito prevalente de actuación, el laboratorio precisamente; y compleja, en razón de la multiplicidad cuali-cuantitativa de las actividades humanas que ahí se desarrollan.

Antes de adentrarnos más allá, es necesario acotar como premisa una distinción fundamental. Nos referimos a las *cuestiones práctico-prácticas* que competen a quien trabaja en este campo (el especialista del LBM) y las *cuestiones ético-prácticas* que son de competencia, si bien no exclusivamente, del bioeticista. Estas últimas atañen la metodología y las reglas hermenéuticas que permiten poner en evidencia un hecho práctico –en nuestro caso una experiencia de laboratorio– su dimensión moral, es decir, que *toca la libertad del hombre* como, por ejemplo, considerando que si una persona se somete a un deter-

minado examen de laboratorio, podría realizarlo no porque sea necesariamente requerido por un cierto protocolo diagnóstico, sino porque ha considerado que en este caso fuese oportuno hacerlo. Por esto, en el LBM no podemos hablar de simple “hacer” sino de “actuar”. Y, consiguientemente, el operador del laboratorio no representa un mero y pasivo ejecutor.

La ética del LBM, por tanto, no puede no ser escrita sino por los mismos especialistas del sector, en la convicción de la bondad de transmitir una experiencia que no se basa exclusivamente sobre el hecho técnico. En cierto sentido, así ha sucedido, como se mostrará en la prosecución de la reflexión.

La finalidad de la presente contribución, por tanto, es revisar la literatura en relación a las cuestiones éticas consideradas fundamentales por los especialistas de laboratorio.¹ En una primera lectura, la confrontación de la literatura es cuantitativamente desigual: escasísima la “fundante”, más consistente –aunque quizá menos argumentada– la “aplicativa”. En consonancia con los fines de nuestra reflexión, hemos considerado muy interesante analizar aquellas contribuciones de la literatura que podríamos definir como “fundantes”, que pretenden justificar la necesidad de la ética del LBM, centrando la atención sobre valores y principios de referencia. Procederemos según una sucesión cronológica de las aportaciones, a nuestro parecer más importantes, evidenciando desde ahora que se trata de contribuciones elaboradas en su mayor parte por especialistas de laboratorio.

El primer tema: la corresponsabilidad ética entre clínico y laboratorista

Nuestro reconocimiento inicia con la contribución del químico clínico Ezra BenGershôm, que abre la reflexión sobre los fundamentos éticos de la profesión laboratorista clínica de los años 70-80 del siglo XX. En aquella época, formaba parte del Laboratorio de Química Clínica del *Sophia Children's Hospital* de la Universidad Erasmus di Rotterdam (Holanda). Registramos que él tuvo dos relaciones sobre el argumento, respectivamente en el 10º (Ciudad de México, 1978) y en el 11º (Viena, 1981)² Congreso mundial de la *International Federation of Clinical Chemistry* (IFCC).

En 1983 publica en el *Journal of Medical Ethics*, el encabezado de ética clínica del grupo editorial *British Medical Journal*, una contri-

bución más articulada.³ A esto nos referiremos más adelante. La primera “cuestión moral” que BenGershôm propone, es la siguiente: encontrar una motivación ética para justificar el rol más incisivo que los químicos clínicos habrían debido desempeñar en el proceso decisional clínico, frente a la creciente especialización necesaria de la actividad de laboratorio y ciertamente imposible de conseguir por parte del médico de clínica:

“The assertion that clinical chemistry may have to bear some co-responsibility for decisions in dilemmas of medical ethics is more likely to cause raised *eyebrows* than heated debates amongst the public”. Un “alzar la ceja” es la insólita expresión usada por el químico clínico holandés para definir la reacción del clínico a aquello que en primera instancia podría ser considerado una pretensión singular.

No obstante podemos preguntarnos ¿por qué no tomar seriamente en consideración tal instancia? Las razones son al menos de tres tipos:

1. La creciente complejidad del aparato cognoscitivo en bioquímica –el autor se refiere específicamente al metabolismo intermedio, en los años 80 estaba en auge en la investigación laboratorista biomédica– que hace difícil para el clínico ir al paso con el progreso en este campo.

2. Se pregunta BenGerxhôm ¿el laboratorista está obligado a abstenerse de tomar partido en las controversias que puedan surgir más allá de la estricta fase analítica, según una lógica del *ours is not to reason why* (no nos concierne preguntarnos el por qué de los datos que ofrecemos)?

3. Es puesto en evidencia el posible rol de los laboratoristas en la experimentación clínica.

El autor individualiza además una significativa ecuación causa-efecto: “It was in the decade following World War II that the modern laboratory of clinical chemistry became an integral part of the hospital. It is difficult to believe that the massive entry of clinical chemistry into health care coincided with the surge of ethical problems only by chance”.⁴ Aún considerando con cautela una “defensa de oficio” en cierto modo corporativa, no escapa a la atención el alcance del mensaje y la necesaria reflexión que ella amerita. Ciertamente, parece por lo pronto poder decir que la clara introducción de la química clí-

nica en la praxis médica (hospitalaria y no) coincide con el afianzamiento de posibilidades diagnósticas ajenas al clásico examen objetivo del paciente por parte del clínico. Y si es verdad que un examen hemocromocitométrico puede ayudar al médico a confirmar una sospecha de anemia, lo es también que al examen de laboratorio, alguna vez precede (aunque no en términos absolutos) el cuadro sintomatológico de una determinada patología.

La afirmación es significativa. A inicios de los años 80, anota el autor –entre otros– una cierta tendencia *deshumanizante* de la medicina, aduciendo por otra parte las causas: 1. el aumento de los servicios; 2. la burocratización; 3. la secularización de los valores; 4. la “profesionalización” de las competencias; 5. la proliferación de las tecnologías.

Para superar esta “tendencia”, BenGershôm propone una ética para la química clínica que actúe defendiendo al hombre de los atentados que puede sufrir simplemente por obra –haciendo eco explícitamente del filósofo Hans Jonas– de las “ciegas dinámicas de la investigación científica, de la tecnología y del comercio que son éticamente incontrolables”.⁵ Al contrario, continúa el autor, el primer deber del hombre es el desarrollo de una aptitud a la sensibilidad informada, a las implicaciones humanas de las decisiones individuales. Consiguientemente, en lo específico se debería buscar siempre la comprensión de la totalidad del objetivo por el cual es solicitada la cooperación del laboratorista y no simplemente evadir las prescripciones del clínico con aquiescencia y ciega confianza.

En conclusión, y como línea propositiva, él propone:

1. Reglas éticas para la química clínica a dos niveles: *líneas-guía ético prácticas* de orientación para los especialistas a ser elaboradas para los diversos países; *principios fundamentales* de los cuales derivar las líneas-guía que deberían constituir el fruto de un acuerdo a nivel internacional y que ha alcanzado un primer paso adelante casi veinticinco años después, en 2007, con un *Position Paper* de la IFCC.⁶

2. Que los problemas éticos deberían ser discutidos no sólo sobre los temas específicos, sino también en la concreta praxis de la medicina de laboratorio.

3. Que la sensibilidad a los problemas de la ética médica debería constituir uno de los requisitos de base para la asunción de un químico clínico y de sus colaboradores en un laboratorio.

Un primer reconocimiento de los problemas éticos advertidos por los laboratoristas clínicos

En 1984 Peter F. Woodford,⁷ del *Department of Health and Social Security* inglés, comenta las consideraciones de BenGershôm anotando que la *Association of Clinical Biochemists* (ACB) inglesa no había acogido el reto. En lugar de promover la elaboración de un “código ético” de la praxis laboratorista por parte de los organismos profesionales competentes, se limitaba a redactar –por parte de un grupo de trabajo (GL) compuesto por cuatro especialistas– una lista de cuestiones éticas específicas a las cuales los miembros del GL respondían según sus convicciones personales.⁸ En ello se registraba una singular concordancia de respuestas en los siguientes elementos:

1. El interés del especialista del laboratorio en el hacerse cargo, junto con el médico tratante, de la responsabilidad de los eventuales dilemas éticos que surgiesen en la gestión del problema de salud del paciente.

2. La afirmación según la cual, en caso de desacuerdo, la decisión final del consultor de laboratorio debería pasar a segunda línea respecto a aquella del médico.

3. La necesidad de una labor de convencimiento hacia los clínicos a fin que utilizasen el laboratorio con mayor parsimonia, y por tanto con una mayor atención al consumo de recursos.

Las observaciones y los comentarios de Woodford, encuentran anotaciones elocuentes cuando comentando los trabajos de las ACB él consideraba que “(...) in every profession, integrity is ultimately an ethical matter”.⁹

También la contribución de Woodford, aunque menos extensa que el trabajo de BenGershôm, adquiere un efecto importante según nuestro parecer, que consiste en las opiniones de los laboratoristas que tenían ideas suficientemente claras respecto de los siguientes factores:

1. La conciencia de los especialistas tanto de poseer una capacidad

“contractual” relevante cuanto de expresarla menos de cuanto sería de esperarse; 2. Una cierta “subordinación” respecto a los clínicos; 3 La experimentación clínica y la diagnóstica precoz como sectores de alta relevancia ética para la actividad laboratorista.

Deberes técnicos y deberes humanos en laboratorio

La “dinámica” que entrelaza la bioquímica clínica y la ética es examinada, en cierto modo provocativo, por el químico clínico italiano Giovanni Ceriotti, del Laboratorio Central de Análisis del Hospital de Padova, en una “Conferencia” presentada en 1986 durante el 3º Congreso de Química clínica africana, mediterránea y meridional de Sevilla y recogida por la revista “Bioquímica Clínica”.¹⁰ Dos órdenes de deberes se encuentran ante el especialista de laboratorio, según el autor: *deberes técnicos* y *deberes humanos*.

Los deberes técnicos consisten en los siguientes factores:

1. *La atención escrupulosa y la vigilancia de performance analítica en cada fase*, a partir del mejor uso posible de los aparatos disponibles y del control de calidad de la prestación instrumental para concluir con la necesidad de una, en lo posible, pronta erogación de los resultados obtenidos.

2. La contribución al *mejoramiento técnico de la prestación analítica* que, sólo la observación atenta de la rutina cotidiana de laboratorio, permite obtener.

3. *La formación permanente del laboratorista*, con el fin de mejorar sus conocimientos sobre el significado clínico de los diversos análisis y, consecuentemente, sobre la oportunidad de interrumpir aquello que se revela inútil, y viceversa introduciendo aquello que es demostrado útil. Una estricta colaboración con el clínico es por tanto considerada irrenunciable en todas las circunstancias que interesen al paciente como, por ejemplo, la modalidad de transmisión de datos de laboratorio.

4. *La investigación metodológica e instrumental* aplicada a los varios niveles de las rutinas de laboratorio: por ejemplo, en el mejoramiento continuo de la prestación analítica o al descubrimiento de la causa de un mal funcionamiento instrumental.

Pasando a los *deberes humanos*, intrínsecamente unidos a los técnicos, Ceriotti considera cuanto sigue:

1. El laboratorista debe advertir y demostrar atención y cuidado hacia los pacientes, especialmente los ambulatorios, con los cuales tiene la oportunidad de entrar en contacto, garantizando, por otro lado, la indispensable reserva en la transmisión de los datos.

2. El especialista de LBM está llamado a compartir su propia experiencia y su propio saber a los colegas y a los colaboradores.

3. Es esencial que el especialista de laboratorio emprenda y mantenga con los clínicos una relación de mutua estima y confianza. El continuo intercambio de informaciones, en efecto, resulta de elemental importancia en el diagnóstico y se vuelve siempre más indispensable. Por ejemplo, para un tratamiento racional y seguro con un fármaco cuyos niveles hemáticos deban ser comprobados. Tal colaboración constituye, además, una fuente de recíproco enriquecimiento y se coloca como una condición necesaria para una fructuosa colaboración sobre la base de una similar dignidad profesional, que permita planificar y emprender la búsqueda fisiopatológica o farmacológica. Ceriotti insiste fuertemente sobre este punto porque “only a sound technical preparation and the consequent ability to interact on a ground to face with ethical consciousness the crucial problems raised by the impact of the new technologies”.¹¹

Ceriotti afronta también el tema de las diversas presiones a las cuales los operadores de laboratorio están sometidos:

— Presiones *comerciales* por intuibles y comprensibles razones de provecho económico por parte del imponente aparato industrial bio-científico.

— Presiones *sociales*, por las cuales algunas expresiones de la opinión pública quisieran liberalizar sin freno la actividad laboratorista.

— Presiones *científicas*, a través de la “deificación” de la misma ciencia, resultando en tal modo la “cosificación” del hombre.

— Presiones *éticas*, por parte de clínicos que quizá se consideran los únicos actores de la escena asistencial.

Para hacer frente a tales presiones, el laboratorista debería adquirir un conocimiento más profundo, tanto de los problemas técnicos, como de los morales inherentes a su propia actividad. Por ejemplo,

los métodos de diagnóstico prenatal, las técnicas de identificación del sexo, las tecnologías de fecundación artificial, la investigación clínica, la gestión y colocación de sangre y órganos son ámbitos en los cuales la doble competencia arriba citada –técnica y ética– es puesta a prueba para defender convenientemente la vida y la dignidad humanas.

En definitiva, Ceriotti propone una ética laboratorista anclada en una “hipocraticidad” de fondo, y en la cual la competencia y la calidad morales del personal constituyan el “adhesivo” necesario de la actividad especialista, en vista de la finalidad de la actividad misma: el valor de la persona y de su vida.

La ética de las virtudes en el laboratorio clínico

En 1989, W.E. Stempsey, del Departamento de Filosofía de la *Loyola University* de Chicago (USA), propuso una lectura orgánica del fundamento ético de la actividad laboratorista comprendida en el conjunto de las diversas actividades clínicas.¹²

El autor considera que no debe detenerse tanto sobre las cuestiones éticas en el LBM o sobre las normas de conducta a seguir, sino a interrogantes fundamentales como: *¿Qué tipo de persona debería ser el patólogo clínico? ¿Qué virtudes debería ejercitar? ¿Qué finalidad encierra la actividad del laboratorio?*

La medicina –citando aquí la posición filosófica de A. McIntyre¹³– es, según Stempsey, una práctica virtuosa orientada hacia *bienes internos*, entendidos estos últimos como aquellos bienes que no pueden ser adquiridos sino al interior de una determinada práctica, que en el caso específico se remonta a tres actividades del LBM: la *utilización de los métodos analíticos*; la *colaboración entre laboratorista y clínico*; la *relación entre el especialista de laboratorio y el paciente*, aún no existiendo frecuentemente un contacto directo entre los dos. Respecto a esta última actividad, es notable que el primero conozca íntimamente, al menos en parte al segundo, configurándose una relación singular en cuanto no es beneficiado sólo el paciente sino, a través del laboratorio, se contribuye con frecuencia a conocer mejor los proce-

sos de la enfermedad. En similar escenario, Stempsey introduce algunos posibles modelos relacionales:

— El modelo *comercial* prevé que los bienes originados por el ejercicio profesional sean considerados productos erogables por medio de un valor económico convenido.

— El modelo *corporativo* concibe la profesión misma como factor dominante.

— En el modelo *interactivo*, en cambio, el profesionista y el destinatario de la prestación especialista son considerados como equiparables desde el punto de vista valórico.

En este punto de la reflexión, Stempsey intenta delinear qué tipo de persona debería ser, o desear ser, un laboratorista, en orden a la demanda inherente de estándares éticos de una profesión, más allá de la reflexión valorativa de los particulares comportamientos al interior de la misma. Por tanto, si la finalidad de la práctica médica es el bien del paciente, entonces debe servir a hacer crecer el *télos* de la persona humana. Se pregunta, sin embargo, ¿cómo obtener este fin por parte del especialista del laboratorio? La solución individualizada por el autor reside en la estructuración y en el ejercicio de las virtudes. A propósito, él cita la definición de médico virtuoso propuesta por E.D. Pellegrino, según el cual es “un sujeto en tal modo habitualmente dispuesto a actuar en bien del paciente, al punto de situar ese bien en las cosas ordinarias y por encima del propio”¹⁴ argumentando que si los bienes internos a la actividad laboratorista implican no sólo el desarrollo de las habilidades técnicas, sino también el servicio a la salud del paciente y la conciencia de los reveses sociales de dicha praxis, entonces el patólogo clínico tendrá necesidad de desarrollar virtudes que sirvan para obtener tales bienes.

El mismo incremento cognoscitivo y la competencia han de considerarse como bienes intermedios respecto a la centralidad del enfermo.

La contribución de Stempsey se concluye con el análisis de la base ética ya delineada, que significa para algunos elementos-clave de la praxis laboratorista, como la tensión hacia la excelencia tecnológica en el laboratorio; la relación laboratorista-paciente; la relación laboratorista-clínico.

El principalismo en el laboratorio

El trabajo de D.N. Baron, del *Department of Chemical Pathology and Human Metabolism, Royal Free Hospital and School of Medicine* de Londres (UK), asumiendo que no se puede hablar de una relación laboratorista-paciente análoga a aquella médico-paciente, afirma que “the ethical problems of pathologists lie mainly in the conflicts between moral obligation to the responsible clinician, to the index patient being investigated, and to others”.¹⁵ La relación entre el especialista del laboratorio y el enfermo, es mediada por la solicitud de exámenes apropiadamente descrita e identificable, la muestra biológica y, por último, los resultados. Además, con la expresión “otros” el autor denota a los pacientes, pero también al empresario, el staff; los colegas; la profesión laboratorista; especializandos y especialistas; sujetos de investigación, el público.

Ahí donde confluyan diversos principios morales, Baron sugiere basar la ética laboratorista, en la conocida perspectiva bioética del principalismo, elaborada por T.L. Beauchamp y J.F. Childress.¹⁶ En breve, para resolver los conflictos que pueden surgir en la práctica concreta, es necesario postular principios de referencia. Los que se han individualizado son: el principio del *respeto de la autodeterminación del paciente* (también conocido como principio de autonomía); el principio de *beneficencia – no maleficencia* (o bien actuar por el bien clínico del paciente sin dañarlo, el *primum non nocere* hipocrático); el principio de justicia (entendida sobre todo en sentido distributivo). Ellos no han de comprenderse según una jerarquía estable, ni como valores objetivos, sino como valores *prima facie*, es decir, válidos –no obstante sean fruto de un acuerdo siempre revisable– sólo en una primera aproximación, por lo cual si ordinariamente se atribuye preeminencia al principio de autonomía, cuando emerja un conflicto, este se puede resolver haciendo prevalecer la instancia ética al momento emergente.

La responsabilidad ética del especialista de laboratorio

A este reducido número de aportaciones en cierto modo “fundantes” se añade, por deber de literatura, un editorial titulado “Ethics and La-

boratory Medicine” publicado en “Clinical Chemistry” en 1990 firmado por el canadiense Matthew J. McQueen, del *Department of Clinical Chemistry* del *Hamilton General Hospital* y del *Department of Pathology* de la *McMaster University*, Hamilton, Ontario (Canada).¹⁷

Esto constituye, según nuestro parecer, una especie de *relación* entre las contribuciones precedentes. Por una parte, examina sintéticamente las razones por las cuales le hace falta a la medicina de laboratorio un “sentido de la ética bien desarrollado”; por otra, se extiende sobre las cuestiones de ética aplicada específica, que constituirán luego, el aspecto sobre el cual se concentrarán las aportaciones sucesivas de los otros autores hasta aquí examinados, dándoles por implícito el fundamento.

Por tanto, la medicina que se hace en el laboratorio debe aclararse a sí misma sobre todo: *quién es el especialista del laboratorio: ¿Un médico? ¿Un científico? ¿Ambos?* De la respuesta derivaría la reflexión ética, mientras la falta de profundización originaría un abatimiento del laboratorista al rol técnico, necesario pero no suficiente para describir cumplidamente la profesión, como ha ya enfatizado BenGershôm y Ceriotti.

Según McQueen, la medicina de laboratorio está socio-culturalmente inmersa en la época de la profesionalidad, la cual requiere agudos conocimientos especialistas para gestionar tecnologías cada vez más complejas e informaciones cada vez más numerosas. Detrás de tal escenario, pueden esconderse graves peligros si el profesionista no se encuentra reforzado desde el punto de vista de la responsabilidad ética. Por tanto, “professional ethics should give voice to that moral bond that links a profession, the individual it serves, and the society as a whole”.¹⁸

Si bien no subsista una articulación “mínima” de la fundación de la ética laboratorista en la contribución en objeto, al menos tres cuestiones ameritan ser anotadas: 1. ¿Una ética individual ampliamente preeminente en la tradición filosófica occidental, puede ser meramente universalizable también en contextos culturales extraños a aquel donde tal concepción ha sido elaborada? 2. ¿Es verdad que la dinámica persona/sociedad deba necesariamente situarse como antinómica? 3. La afirmación de la inseparabilidad del binomio ética/profesión laboratorista.

El examen crítico de las posiciones sobre la ética de laboratorio

En este punto se puede sintetizar críticamente el abanico de las contribuciones hasta aquí presentadas.

Consideremos un acercamiento de *ética del procedimiento*. Esta perspectiva –evidenciada con matices diversos en las contribuciones de Woodford, McQueen y de la literatura prevaleciente concentrada sobre las cuestiones aplicativas– rastrea la ética en la actividad laboratorista, por una parte, “en el escrúpulo metodológico, en la exactitud de la comunicación de los resultados, en la transparencia de los procedimientos en modo que sean susceptibles de control por parte del método científico”¹⁹. Por otra parte, en la optimización de las dinámicas relacionales tanto al interior del laboratorio como entre especialistas de laboratorio y clínicos. Se trata por tanto de una ética en cierto modo “intrínseca”, es decir prevalentemente concentrada sobre el objeto material de la actividad sin ponerse otros interrogantes sino aquellos meramente técnicos o al máximo inter-/intra-profesionales.

Una ética que podríamos definir también de la *responsabilidad* encuentra en BenGershôm su abanderado. Los puntos cruciales, para el especialista holandés, se encuentran en dos vetas paralelas. Por un lado, la “conciencia” de las consecuencias que le surgen al químico clínico con la solicitud de exámenes, de clara derivación jonasiana, como se ha precedentemente recordado. La actividad laboratorista en sí sería por tanto “neutra”, mientras las aplicaciones exigirían un examen ético previo sobre las consecuencias y los riesgos. Por otro lado, se considera indispensable la verificación de la intencionalidad de los operadores: 1. Del clínico que requiere una prestación laboratorista. 2. Del especialista analítico. Una solicitud de examen al laboratorio, revela siempre un proyecto. Ciertamente “este tipo de eticidad o no eticidad programática, además de tener una relevancia en sí y por sí, tiene implicaciones notables para aquellos que colaboran a nivel subalterno: ellos tienen el derecho de conocer las finalidades del proyecto en el cual trabajan y tienen el derecho-deber de proponer objeciones de conciencia en caso de que no se sientan en condiciones de colaborar estrechamente en un proyecto considerado por ellos no lícito”.²⁰ Como, por ejemplo, una experimentación clínica sobre una molécula abortiva que requiera la participación activa de un laboratorio.

El acento puesto sobre los fines, las consecuencias, los riesgos a los cuales se va al encuentro en la acción, constituye un dato apreciable, no eludible y ulterior respecto a la simple ética intrínseca y, aunque todavía no suficiente, desde el momento que consideramos cómo la valoración ética esté llamada a comprender todos los aspectos en juego en una determinada praxis: hechos, intenciones, circunstancias, consecuencias. En una palabra, un acercamiento *integral*.

La *ética de las virtudes*. Tal perspectiva se encuentra sin duda en la contribución de Stempsey. El ejercicio del hábito virtuoso por parte del operador de laboratorio, según este autor, motiva a alcanzar, de acuerdo a criterios de excelencia –de la finalidad última de la laboratorística biomédica: el bienestar del paciente. Se trata de una perspectiva sin duda interesante porque pone el acento sobre el necesario *training* moral –y no sólo técnico– del laboratorista. ¿Pero en vista de qué cosa? ¿Del bien del paciente? ¿Y por qué motivo se debería permanecer anclados a su bien? También aquí nos parece que falte un elemento decisivo para declarar resuelta adecuadamente la justificación de una ética laboratorista, o bien la necesaria correlación entre la individualización y el fundamento de los valores, de las normas que motivan la costumbre del trabajo bien hecho y su coherente aplicación en particulares situaciones. En otros términos, la adecuación del momento subjetivo (la orientación de la conciencia personal) al valor objetivo del acto (la realidad de los hechos). Sólo así, nos parece que se garantice la unicidad de la moralidad del acto.

El *principalismo* –posición ilustrada por Baron en su aportación –quisiera por el contrario invertir la pregunta sobre el fundamento para rastrear convencionalmente una criteriología que sea muy semejante a una ética de la situación. ¿De qué otra forma se podrían definir, los principios éticos *prima facie*? Parece también encontrarse en un ángulo visual parcial. En esta lógica, aunque no expresada explícitamente, colocamos dos tomas de posición: la ya recordada del IFCC en su *Position Paper* de 2007 y la de la *American Society for Clinical Laboratory Science* (ASCLS),²¹ la cual individualiza en la comunicación de la verdad por parte del especialista de laboratorio y en el principio del respeto (autonomía) del paciente los principios-guía. Asumiendo que la elección del sistema de valores representaría, después de todo, una mera elección individual.

Una *ética centrada sobre la persona*. La contribución de Ceriotti, en cuanto no sistemático, revela un inédito punto de vista respecto a los precedentes: aquel que considera, tanto los aspectos más exquisitamente deontológicos –relativos a la corrección de los procedimientos y de las aplicaciones (los deberes técnicos), cuando el autor expresa claramente la necesidad de no limitarse a la simple ejecución de la prestación laboratorista, en cierto modo a la manera de BenGershôm–, cuanto una explícita reclamación antropológica (los deberes humanos). De hecho, a diferencia de los otros autores, la referencia última no es tanto y sólo el progreso y la dignidad de la profesión laboratorista o las dinámicas inter profesionales. Aquí el criterio ético central está dado por la persona humana. En torno a esta distinción, recuerda Ceriotti, debería girar el LBM.

Conclusiones

Como conclusión de este minucioso examen, queremos proponer alguna consideración sintética. En primer lugar, no se puede no notar la escasez cuantitativa de las contribuciones “fundantes” sobre la ética de laboratorio. No es fácil recapitular las razones de ello. Hipotizamos que con motivo de la tecnicidad del trabajo laboratorista, y de las correlativas exigencias operativas para el especialista, no es inmediato el paso intelectual del “qué” y del “cómo” actuar, al “por qué” actuar.

Desde la aparición del laboratorio biomédico, ha surgido la preocupación sobre todo, y justamente, de crecer del punto de vista de la calidad técnica de la praxis analítica más que de disertar sobre las ordenadas morales del trabajo. Los laboratoristas son profesionistas habituados a afrontar y resolver problemas concretos. Por tanto también la ética es percibida mayormente como un indicador auxiliar “práctico” antes que un saber fundado y argumentado. En otras palabras, se ha considerado quizá “implícito” el contenido ético de la actividad de laboratorio, configurándolo en términos prevalentemente deontológicos. Además, se ha de tener presente que la medicina de laboratorio, aún teniendo en cuenta que es actuada por figuras profesionales de diversa procedencia, tiene a sus espaldas un background for-

mativo que sólo desde hace pocos años ha visto la introducción en los curricula universitarios de enseñanza ética, bioética o “medical humanities”, favoreciendo así la mayor difusión de una más específica sensibilidad entre los especialistas.

No obstante la exigüidad numérica de las contribuciones fundativas, se ha desplegado –como hemos visto– un panorama múltiple de perspectivas y de reflexiones.

Referencias bibliográficas

- ¹ Sobre la materia –hasta ahora carente de monografías sistemáticas– se ha consultado: Sacchini D. *Ethical aspects of clinical chemistry* en Kaiser E y Al. (Eds.). *Proceedings of the XI International Congress of Clinical Chemistry*. Berlín-New York: Walter de Gruyter; 1982: 9-29.
- ² Ben Gershöm E. *Ethical aspects of clinical chemistry* en Kaiser E. y Al (Eds.). *Proceedings of the XI International Congress of Clinical Chemistry*. Berlín-New York: Walter de Gruyter; 1982: 9-29.
- ³ Ben Gershöm E. *Ethical aspects of clinical chemistry*. *J Med Ethics*. 1983; 9: 207-210.
- ⁴ *Ibid.*
- ⁵ Cfr.: Jonas H. *Il principio responsabilità*. Turín: Einaudi; 1980 (ed. orig. *Das Prinzip Verantwortung*. Frankfurt; Insel Verlag; 1979); Id. *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*. Turín: Einaudi; 1997 (ed. orig. *Technik, Medizin und Ethik. Zur praxis des Prinzips Verantwortung*. Frankfurt am Main: Insel Verlag; 1985).
- ⁶ Burnet L, McQueen M, Jonsson JJ y Al. *IFCC Position Paper: report of the Ifcc Taskforce on Ethics: Introduction and framework*. *Clin Chem Lab Med*. 2007; 45 (8): 1098-1104.
- ⁷ Woodford FP. *Ethics in clinical chemistry*. *Br Med J*. 1984; 289: 1244-1245.
- ⁸ Las respuestas de los miembros del GL fueron publicadas en el órgano editorial de la citada Asociación, el *News Sheet of Association of Clinical Biochemistry* entre abril y julio de 1984, mientras las preguntas – pero no las respuestas – eran recogidas en el fascículo 39 de 1984 del *IFCC News*.
- ⁹ Woodford. *Ethics...*
- ¹⁰ Ceriotti G. *Ethical problems in Clinical Biochemistry*. *Biochim Clin*. 1988; 12: 671-674.
- ¹¹ *Ibid.*
- ¹² Stempsey WE. *The virtuous pathologist. An ethical basis for laboratory medicine*. *Am J Clin Pathol*. 1989; 91 (6): 730-738.
- ¹³ McIntyre A. *After virtue. A study in moral theory*. Notre Dame (IN): University of Notre Dame Press; 1981 (trad. it. *Dopo la virtù: saggio di teoria morale*. Milán: Feltrinelli; 1988).
- ¹⁴ Pellegrino ED. *The virtuous physician* en Shelp EE (ed). *Virtue and medicine*. Dordrecht: D. Reidel Pub. Co.: 1985: 237-255.
- ¹⁵ Baron DN. *Ethical issues and clinical pathology*. *J Clin Pathol*. 1993; 46(5): 385-387.
- ¹⁶ Beauchamp TL, Childres JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press; 1994 (trad. it. *Principi di etica biomedica*. Firenze: Le Lettere; 1999). En la línea de la bioética basada sobre los principios se coloca también el reciente *Position Paper* del IFCC (Burnett, McQueen, Jonsson y Al. *Ifcc Position Paper...*).

¹⁷ McQueen MJ. *Ethics and Laboratory Medicine*. Clinical Chemistry 1990; 36 (8): 1404-1407. Hay que hacer mención que a diferencia de los otros autores hasta ahora citados, que sobre los temas éticos ligados al LBM, McQueen toma posición en diversas contribuciones de literatura (*Ethics and Laboratory Medicine*. Clin Chem. 1990; 36 (8): 1404-1407; *The ethics and economics of out-of-laboratory testing* Can Med Assoc J. 1993; 149 (11): 1653-1656; *Ethical and legal issues in the procurement, storage and use of Dna*. Clin Chem Lab Med. 1998; 36 (8): 543-549; *Some ethical and design challenges of screening programs and screening tests*. Clin Chim Acta. 2002; 315 (1-2): 41-48) además de formar parte del grupo de trabajo que ha elaborado el citado *Position Paper* del Ifcc (Burnett, McQueen, Jonsson y Al. *IFCC Position Paper...*).

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Sgreccia E. *Giustificazione epistemologica, fondazione del giudizio bioetico y metodologico della ricerca in bioetica* en Id. *Manuale di bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica*. Milán: Vita e pensiero 20074: 52

²⁰ *Ibid.*

²¹ American Society for Clinical Laboratory Science (ASCLS). *Code of Ethics*: 1997 (acceso del 16.10.2008, en <http://www.ascls.org/about/ethics.asp>).

La salud del hombre entre ciencia médica y filosofía

La medicina estética en la asistencia holística

*María Teresa Iannone**

Resumen

La Bioética nos enseña cuán importante es que la medicina esté dispuesta a mirar y a tratar al hombre que sufre en integridad espiritual y corpórea, oponiéndose a aquella cultura científica que ha perdido el sentido de la unidad del individuo, curando la patología y no al enfermo. La perspectiva holística es aquella que mejor comprende el concepto de salud, en cuanto define la salud como habilidad de conseguir los fines vitales refiriéndose al hombre en su integridad.

En esta modalidad de afrontar al hombre en su globalidad, entra en juego la corporeidad, base necesaria para la relación con los propios semejantes.

La Medicina Estética se basa sobre la intuición que individualiza cómo el malestar del cuerpo pueda ir más allá; recorrer este camino debe significar respetar la humanidad que está en cada uno de nosotros en la búsqueda de un equilibrio psico-físico que evoca una doble moralidad: la del médico, que debe prestar su servicio sin traicionar las finalidades del arte médico, y la del usuario, que debe respetar la sacralidad de su persona.

* Coordinadora del servicio de Bioética, Hospital San Giovanni Calibita Fatebenefratelli; Tutota de la Asociación Fatebenefratelli para la Investigación (AFAR), Roma (E-mail: mariateresaiannone@yahoo.it).

Afrontar un diagnóstico de enfermedad es difícil; el enfermo vaga en una condición de incredulidad y abatimiento que pueden hacer olvidar que hay un rostro que “pide” y un cuerpo que “habla”; la atención a la componente ética de nuestra persona en los itinerarios de la enfermedad puede ayudar a relocalar la atención y asumir la corporeidad al centro del interés del paciente. Esto no implica ningún reduccionismo subjetivista, todo lo contrario: permite no mistificar la experiencia subjetiva poniendo en evidencia el rol de la dimensión de la enfermedad en la definición de nuestras más íntimas experiencias.

En esta particular situación, en un contexto compartido y apoyado por todo el staff sanitario, la Medicina Estética puede aportar una contribución para interactuar con un cuerpo que puede desear ser redescubierto: su aportación, en un acercamiento integral al paciente, tiende a lograr que la curación del paciente pueda realizar sobre las cuatro dimensiones de la salud, orgánica, psíquica, socio-ambiental, ético-espiritual, cada una de las cuales implica toda su persona: para lograr que, si existen enfermedades incurables, no deban nunca existir enfermedades intratables.

Summary

Human health in medical science and philosophy. Aesthetic medicine in holistic medical care

Bioethics teaches us the importance of Medicine being open to consider and treat suffering people in their spiritual and corporeal wholeness, thus opposing a scientific culture which has lost the sense of unity of the individual, as it deals with the treatment of organs or pathologies rather than of patients. The holistic perspective interprets the concept of health in the best way, in that it defines health as the ability of achieving vital goals, and refers to the human being as a whole.

This way of dealing with the total human being implies a role for corporeity, intended as a necessary basis for inter-individual relationships.

Aesthetic Medicine is based on the intuition according to which it is possible to identify how physical discomfort may extend well beyond the body itself; therefore, resort to it must mean respect for the human beings we all are, and continuous search for psychic and physical equilibrium, which implies two aspects of morality, i.e., ethical practice by physicians, who must dispense their services without failing in the aims of the art of medicine, and ethical behavior by users, who must respect the holiness of their own persons.

It is difficult to face a diagnosis of disease; sick persons fall a prey to feelings of disbelief and dismay such that may be induced to neglect their own "asking" faces, and their own "talking" bodies. So, the attention to the aesthetic component of our persons during the course of the illness may help to focus again both the attention and the interest of patients on corporeity. This does not imply any sort of subjectivist reductionism, quite the contrary. Rather, it allows to not mystifying the subjective experience, by emphasizing the role played by the importance of the disease within the definition of our most intimate experiences.

Then, in the particular situation herein referred to, that is, within a context which is shared and supported by all the health staff, Aesthetic Medicine can make its contribution to interact with a body which it is really possible to rediscover. The contribution of Aesthetic Medicine –within a patient-focused approach– is intended to allow that patients' care may act for all four aspects of health, i.e., organic, psychical, socio-environmental, and ethical-spiritual ones, each of which concerns their whole persons. And this, so that –even if non-healing diseases exist– "not curable" diseases shall never exist.

Palabras clave: corporeidad, bioética, medicina estética, oncología.
Key words: corporeity, bioethics, aesthetic medicine, oncology.

Premisa

La reflexión contenida en el presente trabajo es fruto de un camino didáctico-formativo. Dicho trabajo se dio dentro de la Escuela Internacional de Medicina Estética de la Fundación Internacional Fatebenefratelli (dirigida por C.A. Bartletti) y de un proyecto experimental del Hospital S. Giovanni Calibita Fatebenefratelli, de la Isla Tiberina de Roma, insertado a su vez en un trabajo interdisciplinario entre el Servicio de Bioética (dirigido por Pietro Quattrocchi), y médicos de varios departamentos clínicos; primero entre los cuales el departamento de Oncología que, gracias a la sensibilidad de su Directora, Victoria Zagonel, ha querido plantear la contribución de la Medicina Estética en su itinerario de asistencia integrada al paciente.

La perspectiva holística de la cual se ha partido es la que mejor comprende el concepto de salud, en cuanto la define como capacidad de conseguir las finalidades vitales, habilidad propia del hombre considerado en su integralidad. A ella hace referencia una visión *dimensional* con diversos “grados” de salud, comenzando por la necesidad que el sujeto advierte cuando se encuentra en una situación en la que hay una diferencia entre el estado actual de salud y el óptimo. En tal situación, es frecuentemente necesaria la asistencia sanitaria.

La Medicina Estética, como explicaremos en seguida, nace de la intuición que individualiza cómo el malestar del cuerpo pueda ir más allá del cuerpo mismo; es decir, entra en juego el sí corpóreo, primer vehículo de toda comunicación, responsable del diálogo que va más allá de la apariencia sin poderlo eliminar. Sus métodos son aquellos de la medicina tradicional y clásica, que como tal se ocupa de la construcción y de la reconstrucción del equilibrio psicofísico del individuo que, también cuando está sano, puede vivir con incomodidad su propia vida a causa de un inestetismo mal aceptado. Por otra parte, esta medicina sugiere reglas de vida y actúa con intervenciones para prevenir y afrontar el envejecimiento, general y cutáneo. La Medicina Estética tiene el objetivo de conducir a la persona a conocerse mejor,

a aceptarse y a administrarse. Su rol social está basado en la convicción de que, con un soporte constante y duradero, se pueda garantizar a la persona el prepararse al envejecimiento a fin que este se vuelva un momento de vida vivido con serenidad.

Cuidar nuestro cuerpo es nuestro deber, pero cuando se enferma, frecuentemente nos olvidamos que él es el vehículo de comunicación con el mundo; nos permite *ser*, existir y ocupar nuestro espacio en el arco del tiempo. El cuidado de la dimensión estética de la persona en los momentos de enfermedad, quiere demostrar que al intentar llevar la atención y asumir la corporeidad al centro del interés del paciente, se puede desarrollar un camino de acompañamiento que sostenga a la persona en su difícil camino. Esto no implica ningún reduccionismo subjetivista, todo lo contrario: permite no mistificar la experiencia subjetiva aportando luz sobre el rol de la dimensión de la enfermedad en la definición de nuestras más íntimas experiencias.

Persona y cuerpo en Bioética

El sí corpóreo en la visión de la antropología personalista

El pensamiento clásico de la consciencia cristiana de la persona humana subraya la unidad de las dimensiones corpórea y espiritual. Es en la corporeidad que percibimos la entidad de la dignidad propia del hombre, unida íntimamente al espíritu, porque el espíritu estructura y caracteriza al cuerpo.

El gesto creador de Dios se manifiesta en manera típica en nuestra corporeidad y en ella se vuelve fundamento del ser. Gracias a nuestra corporeidad, nosotros expresamos el signo de la solidaridad con el proceso biológico, siendo radicados en una historia que nos precede y nos supera, no en un anónimo proceso evolutivo sino como signo de un don de Dios individual, que nosotros experimentamos en nuestro ser corpóreo. Esta ontología de la persona humana, que es propia de todo individuo, afirma que la unidad cuerpo-espíritu es el fundamento de la dignidad del individuo humano.

Desde la antigüedad, la reflexión sobre la corporeidad ha constituido un elemento central en la reflexión antropológica. Desde siempre,

el ser humano se interroga sobre la relación que existe entre sí y su cuerpo, individualizando en éste una realidad que no refleja toda su complejidad sino que es necesario conocer, para poder reconocer, respetar y acoger su entera persona.

El cuerpo es el instrumento a través del cual es posible ver la persona, por el cual, en la perspectiva ética, ese es la persona misma en el mundo, en el cual ésta aparece al mundo y se expresa. En un bellissimo pasaje de la *Carta Encíclica "Deus Caritas est"* del Santo Padre Benedicto XVI, él nos enseña que "esto depende sobre todo de la constitución del ser humano, que está compuesto de cuerpo y alma. El hombre se vuelve verdaderamente sí mismo, cuando cuerpo y alma se reencuentran en íntima unidad". Dice el Papa: "Si el hombre anhela ser solamente espíritu y quiere rechazar la carne como una herencia únicamente animaléica, entonces espíritu y cuerpo pierden su identidad. Y si por otra parte, él reniega del espíritu y por tanto considera la materia, el cuerpo, como realidad exclusiva, pierde igualmente su grandeza",¹ el cuerpo, así como el espíritu, constituye el sujeto humano y determina su evolución, su crecimiento, su expresión de potencialidad entrando a pleno derecho en la construcción de la "unitotalidad hombre que es mucho más que el resultado de una suma de partes distintas cuerpo y espíritu".²

La valoración ética que se deriva de esto, no puede prescindir de la posición ontológica del cuerpo en relación con el alma, expresión de un *unum* indivisible. El deber moral del cuidado del cuerpo deriva, por tanto, no sólo de exigencias higiénicas y sanitarias, sino también del respeto al propio cuerpo y de la habitual y natural correlatividad que existe entre el comportamiento de la persona y su actitud interior. El amor del cuerpo exige que se tenga respeto y cuidado de la salud, no sólo en razón de la función instrumental y de la natural relación de la salud física con la salud del espíritu, sino también en vista del ulterior valor de la vida terrena, que en el amor por el otro alcanza su plenitud.

El cuerpo y los otros. La comunicación de sí

La persona humana vive siempre dentro de una red compleja de relaciones, encarnada en su forma corpórea la cual es rostro, máscara, fi-

gura, apariencia inseparable de la esencia. El cuerpo, como presencia y lenguaje, nos pone en relación con los otros en el compartir nuestra experiencia, a fin de que nuestra libertad pueda actuarse “en” y “con” la libertad de los otros. El cuerpo-sujeto se refleja en el otro, en la experiencia intersubjetiva, reconoce y se define a sí mismo en los cuerpos de los “otros” a través de la experiencia esencial de la relación intersubjetiva. La alteridad representa, de hecho, un elemento esencial de relación y para construirla es necesario pensar inmediatamente y prioritariamente a la corporeidad poniéndola como primera expresión de aquella singularidad.³

El acontecer humano se exterioriza en su acción. El ser de la persona no como un secreto escondido tras la acción espiritual, incluso si tal actuar del hombre a través de su cuerpo no puede pretender resolver el ser, agotándolo en su “exterioridad”. Pero la comunicación está siempre mediada por el cuerpo; la inteligencia corpórea, cuando se concentra hacia el interior, está limitada a la percepción y al ejercicio del propio cuerpo pero, cuando se dirige hacia el exterior, comporta acciones físicas sobre los objetos en el mundo y sobre los sujetos que viven en el mundo; los gestos del cuerpo expresan el lado visible de promesas declaradas, de fatigas acogidas, son la expresión de fidelidades mantenidas, de lágrimas y de sonrisas, de temblores y de esperanzas.

La consecuencia inmediata es que una consciencia inadecuada o falsa de la propia corporeidad. Es así, porque falsifica la comunicación tanto intrapersonal como interpersonal

Si la persona vive su *ser cuerpo* como su *ser persona* en cuanto orientado al otro en la comunicación personal, el cuerpo se vuelve fundamental y simplemente el lenguaje de la persona, “no son ni el espíritu ni el cuerpo por sí solos a amar: es el hombre, la persona, que ama como creatura unitaria, de la cual forman parte cuerpo y alma. Sólo cuando ambas se funden verdaderamente en unidad, el hombre se vuelve plenamente sí mismo”.⁴

También en su expresión biológica, el cuerpo puede ser considerado un sistema espléndido, una creación maravillosa que revela en sí un misterio. Pero es en su *ser custodio del sentido individual del Sí*, de sus propios sentimientos y aspiraciones más personales, que la

corporeidad responde a los otros en un modo especial a causa de las cualidades únicamente humanas que posee.

Una tarea de la reflexión bioética es individualizar, en la originalidad propia del ser humano, su tensión hacia “el paradigma de la complejidad, el único capaz de justificar la unidad y pluralidad del objeto observado: el cuerpo que es el hombre, que es la persona, que es cuerpo”;⁵ eh aquí que la educación a la reciprocidad motiva la orientación del deseo hacia el cuidado del otro y consiguientemente hacia el cuidado del cuerpo con que se comunica con el otro.

La experiencia del Cuerpo en la Enfermedad: la Oportunidad de la Medicina estética

Belleza y enfermedad: la crisis de la identidad corpórea

A través del cuerpo nos es permitido tocar, experimentar emociones, cumplir actos, presentarnos al mundo y percibir el mundo. Esta libertad es puesta fuertemente en discusión en el momento en el cual el individuo se enferma. La enfermedad implica desorden, caos, conflicto; la esfera emotiva se ve comprometida. Junto a estados de angustia y de desesperación, se experimenta también una fuerte hostilidad en relación con el propio cuerpo que inesperadamente impone una parada. El tormento de poder perder la propia vida, la propia proyectualidad, encuentra en el propio cuerpo el primer límite y el primer escenario posible.

En este punto, el cuerpo puede ser percibido como algo extraño porque parece traicionarnos. La enfermedad, en consecuencia, percibida como deterioro del cuerpo, se presta particularmente bien a ser leída como límite, pero también a ser representada, por la persona y por su familia, como un cuerpo mortal a la idealización de sí. A través del sufrimiento del cuerpo que se enferma, incluso la relación con el mundo externo sufre y se resiente inevitablemente por la enfermedad.

Ya en la fase del diagnóstico, después durante las terapias, la persona enferma vive un profundo estado de angustia, soledad y miedo de la muerte. Estos estados de ánimo representan una respuesta al shock traumático ligado al evento. La enfermedad, de hecho, debe ser considerada no sólo como patología, sino también como motivo de profunda crisis emotiva que impone cambios drásticos respecto al es-

tilo de vida y a la propia identidad, ya que es percibida como una verdadera agresión, un ataque imprevisto, de frente al cual se busca dar una explicación lógica, quizá para tener la sensación de tener un control de ella. La persona que afronta un diagnóstico de enfermedad pasa a través del inicial rechazo y aislamiento, para después explotar en reacciones de cólera. Después el renunciar a la lucha con los médicos y con Dios mismo, puede sobrevenir la depresión y sólo al final interviene la aceptación de la enfermedad.⁶ Ciertamente, no todos los pacientes siguen en modo preciso este camino; algunos atraviesan todos estos momentos, otros se detienen en una fase intermedia, otros incluso regresan a condiciones precedentes volviendo a las fases depresivas o de aislamiento después de haber mostrado aceptación. Normalmente todos ponen en acto, desde el punto de vista psicológico, mecanismos de defensa, los cuales presentan un doble aspecto; uno positivo, cuando favorecen la elaboración de la situación, útiles a la finalidad de la adaptación y reacción de frente a la enfermedad. Por otra parte, si habla del aspecto negativo, cuando los mismos mecanismos son utilizados en modo exasperado, tanto para no permitir una adaptación a la enfermedad. Negación, proyección, regresión, racionalización, fatalismo: son estas las reacciones de defensa que comúnmente las diversas tipologías de pacientes ponen en acto para defenderse de la agresión de la enfermedad.

Estas consideraciones, de orden mayormente psicológico, permiten una deducción de naturaleza ética: cuidar a una persona significa, sobre todo, escucharla con atención; nos confiará todas sus preocupaciones y nos hará partícipes de todas sus ansias.

Sólo en un contexto de relación se puede anunciar el evangelio de la vida, según el cual, vale la pena vivirla hasta el fondo, en la alegría y en el dolor, confiándose a los designios del amor de Cristo que eligió morir por nosotros. El personalismo, ontológicamente fundado de la Bioética, en su expresión normativa, debe tener el objetivo de alcanzar también a las personas que parecen no querer compartir en modo explícito la afirmación a este camino.

La finalidad de una buena Medicina es buscar también las soluciones operativas que permitan estar al lado y sostener a aquellos que no alcanzan a encontrar motivaciones de sentido. De tal modo que todo buen profesionalista debe actuar con la competencia científica y con la

virtud ética para tomar decisiones dirigidas a acoger al otro y permitir que él, a través de la relación, pueda reconocerse a sí mismo, expresarse dando significado a su vida en este momento de sufrimiento.

El derecho a la tutela de la salud en la óptica de la equidad: la promoción del bien relacional

La tutela de la salud constituye uno de los derechos fundamentales de todos los seres humanos. Incluso desde el punto de vista moral, la persona tiende a la salud y al bienestar, porque estas dos condiciones de vida son aquellas que cada uno de nosotros desea más que otra cosa. La salud es una característica propia de la persona, es un modo suyo de ser, es una de las condiciones básicas para su auto-realización. Gozando de un buen estado de salud, la persona puede dedicarse, si está bien consigo misma, a los más altos y diversificados ideales. En esta óptica puede comprenderse por qué la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha querido evitar la simple referencia a la ausencia de enfermedad: salud y bienestar son algo mucho más significativo y global para nuestra existencia vivida.

La base del valor salud en relación a la persona consiste en el hecho que quien está en buena salud, está en las condiciones ideales, o al menos más ventajosas, respecto a quien no posee la salud, para tender a la realización de otros valores, incluidos los morales. Por esto aparece como un deber, desde el punto de vista moral, prestar la máxima atención, no sólo a la recuperación de la salud sino también a la prevención y al mejoramiento de la calidad de vida.

¿Pero qué cosa entendemos por salud? ¿Cómo es necesario entenderla? ¿Cómo se desarrolla en el tiempo la sensibilidad cultural en torno a este concepto? ¿Cuáles son los instrumentos para garantizarla? ¿Qué responsabilidad le toca al operador sanitario al compartir este crecimiento socio-cultural?

Preguntas que ameritan una respuesta, porque se tiene que ver no sólo con el valor salud, sino sobre todo con la persona a la cual aquel valor se refiere.

Recordando el mensaje que Juan Pablo II ha hecho a la Pontificia Academia para la Vida (PAV) en ocasión del Congreso sobre el tema "Calidad de vida y ética de la salud", tenido en la Ciudad del Vaticana-

no el 19 de febrero de 2005, decía el Papa: “No es ciertamente fácil definir en términos lógicos y precisos un concepto complejo y antropológicamente rico como aquel de la salud; pero es cierto que con este término se entienda referir a todas las dimensiones de la persona en su armónica y recíproca unidad: la dimensión corpórea, la psicológica, la espiritual y moral”.⁷

La salud, de por sí, es un requisito personal y no una libertad, pero es un derecho su salvaguardia que puede considerarse entre los así llamados derechos de la personalidad.

Una célebre definición de la justicia de Gottfried Wilhelm Leibniz, filósofo que vivió en la segunda mitad del siglo XVII, la interpreta como la “caridad del sabio”, entendiendo caridad como “benevolencia hacia la generalidad de los hombres”.⁸ De un presupuesto tal no se puede, como consecuencia, no considerar que “quizá no se me querrá conceder que la justicia ordene hacer positivamente el bien a los otros. Entonces me pregunto: ¿no se está al menos obligados a aliviar sus dolores? (...) Imaginen estar inmersos en la miseria: ¿no se dolerían de quien no les ayude, cuando lo pudiese hacer con facilidad?”.⁹

En las normas jurídicas, toda persona debe poder encontrar un aliado que le ayude a expresar su propia autonomía, aún cuando ésta se viese disminuida o fuese necesario que alguno se ocupe de nosotros. Una sociedad que no se hiciese cargo de los sufrimientos de quien afronta la enfermedad, sino que delegase al sólo derecho de transformar en cuestiones jurídicas los sufrimientos del hombre, negaría su identidad. “La relevancia ética del bien de la salud es tal que motiva un fuerte empeño de *tutela* y de *cuidados* por parte de la sociedad misma. Es un deber de solidaridad que no excluye a nadie”.¹⁰

Y un derecho que redujese la decisión de aliviar los sufrimientos del hombre con normas que fuesen expresión de simples mecanismos burocráticos y no se dirigiese a la sociedad civil y a sus Instituciones para aliviar aquellos sufrimientos, físicos y emotivos, faltaría a su fundamento: estar al servicio del hombre. La ciencia jurídica, por tanto, cumple bien su tarea cuando no olvida preguntarse quién es la persona a quién responde con su servicio. El derecho no es en sí un valor, sino tiene la tarea de dar forma, a través de las normas, a los valores que respetan al hombre, sus necesidades esenciales, sus intereses, sus relaciones sociales.

“Existe entre el yo y el otro una solidaridad profunda, que emerge instintivamente a través de un sentimiento universal, que es aquel de la *compasión* y que es elaborado intelectualmente por una facultad, también universal, que es aquella que llamamos *razón*. Es sobre este doble fundamento de razón y compasión que se enraíza la idea de justicia: idea que tiene absoluta necesidad de la razón, para medir con atención aquello que el otro puede pretender, aquello que al otro le es debido; pero que tiene también similar necesidad del instinto de compasión, porque sólo este tiene capacidad de activar los vínculos intersubjetivos sobre los cuales se sostiene el orden coexistencial”.¹¹

De hecho, cuando hablamos de derecho no prescindimos nunca de su expresión de valores. En efecto, el derecho es el complejo de normas legislativas o consuetudinarias aptas para disciplinar las relaciones sociales pero ¿qué quiere decir si lo insertamos en el contexto de la Medicina? Presupone que cuando la persona enferma se confía al operador sanitario este la tome a su cargo.

A fin de que esto se pueda actuar, es fundamental encontrar un momento unificante que puede ser individualizado en el momento antropológico: es en el ser humano, en su individualidad y en su compleja simplicidad, que se debe encontrar orientación para las decisiones.

El modelo ético centrado sobre el esquema de los derechos y deberes donde todos son tratados del mismo modo, es la plataforma de la cual hacer partir la reflexión.

Pero la ética del cuidado, que hace referencia a la necesidad práctica y concreta de la persona, reafirma la prioridad de la misma y su singularidad. La persona pide ser tomada en consideración por sí misma, antes de toda regla y de todo sistema de derechos y de deberes.

¿Qué cosa se puede pedir a un paciente que tiene delante de sí un futuro incierto y doloroso? A estas personas se pide ya tanto; deben aceptar, deben colaborar, deben esperar.

Existen espacios de tratamiento y de relación en los cuales es indispensable ¡*dar!* En el respeto de su voluntad, pero dar; quizá antes que las personas sean conscientes de poder pedir.

La oportunidad que la Medicina Estética tiene en este ámbito es dar, con extremada humildad, esa pequeña aportación que ayude al

individuo a desplazar la atención de la fatalidad de la patología, a la vida que rueda en torno a ella para ayudarlo a encontrarse a sí mismo y dar un sentido a la propia existencia que, no obstante la agresión de la enfermedad, vale la pena ser vivida.

Es necesario, sin embargo, otra consideración: el Servicio Sanitario Nacional (SSN), que debe vérselas con una *colocación de los recursos* frecuentemente muy escasos, no siempre tiene la capacidad de garantizar todos los cuidados que los pacientes puedan necesitar; en la exigencia de valorar la prioridad de los cuidados y graduar las intervenciones, es lógico privilegiar aquellas más urgentes y necesarias para la salvaguardia de la vida. Pero es necesario recordar que nuestra Constitución hace referencia al principio fundamental de la Solidaridad. Este importante compromiso de nuestra Carta Constitucional, nos permite reorganizar nuestras decisiones de ciudadanos y de Instituciones en la óptica del hacernos cargo del “otro” con iniciativas que puedan garantizar, en un contexto de colaboración, también aquellos pasajes que, en manera diferente, el Estado en cuanto tal, no podría alcanzar a satisfacer. Es así que aquellos cuidados que podremos definir “opcionales” respecto a la salvaguardia de la vida, pueden estar incluidos en las decisiones hacendarias, como la utilización de algunas iniciativas con finalidad humanitaria, o institucionales específicas, como la renuncia a aquellos márgenes de utilidad, que en la perspectiva de la colocación de recursos tomen en cuenta todo aspecto de la dignidad humana en la investigación de la cuidado de toda dimensión de la persona. Algunas veces esto puede significar proponer decisiones valientes; pero es precisamente en esta perspectiva que la dignidad humana podrá tener el rol de baricentro que le corresponde, respecto de infinidad de derechos de muerte que siempre más frecuentemente una cierta superficialidad moderna, quiere hacer pasar como prioritarios.

La calidad de vida expresión de su sacralidad.

La filosofía de la medicina estética

El bienestar físico para alcanzar el equilibrio interior

De las consideraciones hechas hasta ahora, resulta evidente cuánto sea importante que la Medicina esté dispuesta a mirar y a tratar al que

sufre en su integridad espiritual y corpórea, oponiéndose a aquella cultura científica que ha venido perdiendo el sentido de la unidad del individuo y que frecuentemente se ocupa más de curar el órgano o la patología que al enfermo.

La Medicina Estética busca respetar al hombre precisamente en esta óptica. Esta medicina nace en París en 1973, por intuición de un médico endocrinólogo, Jean Jacques Legrand. En Italia es traída en 1975 cuando Carlo Alberto Bartoletti, geriatra, funda en Roma, la Sociedad Italiana de Medicina Estética (SIME). Bartoletti, en 1977, explicó que la Medicina Estética no es la corrección de un inestetismo ni una medicina alternativa, ni mucho menos, una medicina del verano. Existen, de hecho, patologías que provocan inestetismos; por ejemplo “la hipertricosis”, que implica la aparición de pelo en partes del cuerpo normalmente privadas de él y que es una perturbación mal aceptada, especialmente por el sexo femenino, que puede ser debido a varias patologías del sistema reproductivo de la mujer como las disfunciones ováricas; incluso la obesidad puede ser debida al mal funcionamiento del metabolismo y la podemos encontrar en una diabetes mal cuidada o silente. Otro ejemplo es la mala circulación que puede provocar hinchazón, sentido de pesadez en las piernas, venas varicosas, las antiestéticas “piernas de columna” y la así llamada “celulitis”, patología que aflige a cerca del 80% de las mujeres. Estos son sólo algunos ejemplos de mal funcionamiento orgánico que acarrear inestetismos al cuerpo. La aportación, por tanto, de algunas especialidades médicas se vuelve necesaria para un acercamiento correcto.

Pero la Medicina Estética, preventiva y correctiva, es algo más. Quiere proponerse como una *filosofía de la vida* que enseña a reconocer y a aceptar aquellas estructuras físicas que hemos heredado “en el bien y en el mal” de nuestros padres. Aceptar, sin embargo, no quiere decir renunciar sino ser conscientes y sobre este principio, realizar un proyecto de gestión y de defensa a través de esquemas de higiene de vida, de alimentación física, mental y cosmética. Los médicos que se ocupan de esta disciplina, se vuelven educadores de cuidados médicos, termales, fisioterapéuticos, cosméticos y de estética aplicada. Aprender a seguir reglas equilibradas de alimentación, seguir consejos de una correcta y continua actividad física, una higiene personal y cosmética adecuada para preservar y controlar los procesos fisiológi-

cos de envejecimiento, son las reglas sobre las cuales impostar los programas de asistencia estética con el objetivo de administrar la propia salud y la propia belleza en el tiempo, con estilos de vida más sanos.

La Medicina Estética no es “la juventud lista y al momento”, no es justo prometerlo. Esta joven rama nace por el contrario de la consideración de que el ser humano puede considerarse verdaderamente salvable cuando está en armonía con su propio cuerpo, y por tanto, con su propia imagen física y mental. Tal concepto, que por siglos ha pertenecido más a la Filosofía que a la Medicina, se desarrolla en el garantizar a la persona un acercamiento holístico, en su mayoría preventivo, de carácter tanto médico como no médico, con el objetivo de mejorar la calidad de la vida del individuo. En esta modalidad de afrontar al hombre en su globalidad, entra en juego el rol del cuerpo y de la corporeidad entendidos como base necesaria para la relación con sus semejantes. Recurrir a la Medicina Estética debe significar respetar la humanidad que está en cada uno de nosotros en la búsqueda de un equilibrio psico-físico que reclama una doble moralidad: aquella del médico que debe prestar su servicio sin traicionar las finalidades del arte médico y aquella del usuario que debe respetar la sacralidad de su persona. El empleo de las técnicas de la Medicina Estética debe conciliarse con el respeto del principio de veracidad, que debe unir médico y paciente en una relación de sincera alianza con la finalidad de realizar un verdadero momento de educación a la salud: como la ética impone y la deontología requiere.

El fundamento de la bioética personalista está en afirmar la dignidad del cuerpo como sujeto personal encarnado. En cambio, la ciencia y frecuentemente la práctica médica no parecen ocuparse sino del cuerpo-objeto con su sufrimiento y su miedo. La responsabilidad moral de la Medicina Estética no puede prescindir de la reflexión que si el cuerpo es el vehículo de la relación, cuando ponemos en juego “la presencia” podemos orientar al hombre en el mundo. Quien trabaja en ese campo contribuye a esta orientación y no debe dejar que el arte médico, en el campo estético se vuelva medicina de los deseos si estos no logran ser subordinados a la verdad del hombre.

Los instrumentos para alcanzar estos objetivos están representados por la profesionalidad de los operadores conscientes de no perder

nunca de vista lo siguiente: la finitud de la existencia terrena; el límite de la obra puesta en las manos del hombre y el servicio de ésta a sus semejantes; el respeto de los códigos deontológicos y de las técnicas utilizadas para indagar “más que las enfermedades de los órganos, el individuo en su globalidad y el equilibrio con base en la cual las varias funciones, en condiciones de normalidad, se coordinan en una esfera de perfecta sintonía, de cuyo precioso valor, normalmente nos acordamos sólo cuando se pierde”.¹²

Desde el punto de vista epistemológico, la Medicina Estética, de derivación internista, se representa como disciplina que, abriéndose espacio entre los innumerables conocimientos de las diversas ramas de la investigación biomédica, extrae los elementos indispensables para un acercamiento integrado y unitario de las relaciones que el hombre mantiene con los diversos aspectos de su realidad corpórea y con el ambiente. En su subdivisión clínica se ocupa de piel y cosmética, fisiopatología del aparato cutáneo, vascular y locomotor, dietética, higiene y envejecimiento y técnicas cosméticas como mesoterapia, masoterapia y fisioquinesioterapia.

Se advierte de inmediato cómo es necesario, sobre todo del punto de vista de la ética, adoptar el método de la “complejidad” para entender las problemáticas a las cuales este ámbito médico quiere responder.¹³ Paradójicamente, es propio de la Medicina Estética que para cumplir mejor su deber, debe ayudar al ser humano a vencer una profunda resistencia típica de la sociedad de nuestro tiempo, espectadora de una singular remoción de la idea del morir. “El *homo faber* que, con sus máquinas y la fuerza de los secretos arrebatados a la naturaleza, se impone a ésta, doblegándola a su voluntad, encuentra difícil aceptar la transitoriedad de su existencia. En el inconsciente de cada joven persiste largamente una secreta ilusión; permanecer inmune al decaimiento, a la enfermedad y al paso final, como si estos destinos afectasen sólo a los otros. Sobre el plano del vivir cotidiano eso contribuye a hacer de modo que el individuo medio, en la administración del propio patrimonio biológico, actúe más como cigarra que como hormiga: incluso cuando pone en acto comportamientos de tipo “saludable” su atención mira al bienestar de hoy, más que a las recaídas sobre el trayecto de una vejez todavía lejana, a la cual prefiere no

pensar. Es difícil, por tanto, hacerle aceptar estrategias eminentemente dirigidas a la prevención".¹⁴

En el curso de los últimos decenios, el ideal de la belleza propuesto por los *media*, en particular la televisión, aparece siempre más unívoco y estereotipado: una belleza de las formas y de los lineamientos tan similares que hace pensar que detrás está la mano del mismo cirujano plástico. Delante de este ambiguo modelo humano y social, además que estético, el mensaje que pasa es que la belleza física deba representar para todos, hombres y mujeres, una especie de salvoconducto para la inserción social, si no incluso para el éxito, con una adecuación a un modelo obsesivo y unívoco que tiende a imponerse e invadir. La verdadera belleza es, por el contrario, fruto de una sana y tranquilizante intimidad consigo mismo, de un amor que nace de la aceptación de sí, índice de conocimiento de un cuerpo que expresa antes que nada una interioridad. Estos sentimientos se irradian al exterior a través del color de la piel del rostro, un lenguaje corpóreo que ilumina la mirada de una luz particular, que hace el paso más ligero y dona incluso a un cuerpo imperfecto cualidades que esconden el defecto físico. Este podría ser el slogan de fondo: la belleza, para ser verdadera, debe encontrarse con la realidad, no dominarla.

Considera Bartoletti que, con ocasión de un inestetismo mal aceptado, el médico estético debe tomar pie para motivar a la persona, en su propio interés, a unirse a un programa completo que, partiendo de la fase diagnóstica, lo acompañe a través de un camino de educación sanitaria a eliminar las circunstancias ambientales antihigiénicas y los hábitos erróneos. Sólo al interior de una actividad educativa permanente que re-comprenda la higiene alimenticia, la actividad física graduada con base en la edad y a las posibilidades, la defensa de los agentes que provocan estrés y la protección cosmetológica de la piel, se pueden colocar intervenciones terapéuticas correctivas para el mejoramiento de las condiciones pre-patógenas y de las eventuales patologías inestéticas. Baste pensar, si queremos poner un ejemplo muy simple, quizá reducido pero claro, a cuán poco, a veces, se asocia el pensamiento de un hermoso bronceado tomado de vacaciones en la playa, a los riesgos, en ocasiones muy graves como un melanoma, que la excesiva exposición al sol puede acarrear a nuestra piel con el tiempo; el uso correcto de las cremas protectoras que la cosmetología

actual nos ofrece, puede ciertamente ser un ejemplo de cómo la prevención puede formar parte de nuestro vivir cotidiano, simplemente.

Aprender a tener buen cuidado de sí, evitando lo mejor posible las situaciones de estrés, concederse las justas pausas, saber correctamente interpretar los signos de la propia incomodidad, reconocer las circunstancias en las cuales es oportuno requerir la ayuda de un especialista, representando pequeños pero preciosos detalles para aplicar regularmente, hacen de la Medicina Estética una disciplina dotada de un peculiar fundamento humanístico.

En su acercamiento a la remoción del inestetismo, la actividad de la Medicina Estética, entonces de tipo esencialmente internista con un fuerte componente de tipo preventivo, permite la optimización del estado de salud y previsiones de normalización en los cuales la educación sanitaria reviste una importancia determinante. Su función responde a una precisa solicitud de la colectividad y puede desempeñar un importante papel en la medicina social, volteando el concepto ambiguo de medicina del deseo en sentido totalmente positivo, si ésta es entendida sobre todo como medicina de la prevención dirigida hacia y al servicio de la persona.

El cuidado de sí en la búsqueda de la armonía.

En el mensaje ya citado del Santo Papa Juan Pablo II, emerge fuertemente el espacio y el significado a reservar a la presente reflexión.

“Los términos “calidad de vida” y “promoción de la salud” identifican uno de los principales objetivos de la sociedad contemporánea suscitando interrogantes no exentos de ambigüedad y quizá de trágicas contradicciones, por lo que requieren un atento discernimiento y una profunda clarificación. En la Encíclica *Evangelium Vitae* a propósito de la búsqueda cada vez más ansiosa de la “calidad de vida” que caracteriza especialmente las sociedades desarrolladas, se deduce que la así llamada calidad de vida es interpretada en modo prevaleciente o exclusivo como eficiencia económica, consumismo desordenado, belleza y disfrute de la vida física descuidando las dimensiones más profundas, relacionales, espirituales y religiosas de la existencia. Es sobre estas dimensiones más profundas, que se ha de poner la atención en busca de una adecuada clarificación (...) El hombre ha de re-

conocerse y respetarse en cualquier condición de salud, de enfermedad o de incapacidad. En coherencia a este primer y esencial nivel, en modo complementario, se reconoce y promueve un segundo nivel de calidad de vida: a partir del reconocimiento del derecho a la vida y de la dignidad peculiar de toda persona. La sociedad debe promover, en colaboración con la familia y con los otros organismos intermedios, las condiciones concretas para desarrollar armoniosamente la personalidad de cada uno, según sus capacidades naturales. Todas las dimensiones de la persona: la dimensión corpórea, la psicológica, la espiritual y la moral han de ser promovidas en armonía. Esto presupone la presencia de condiciones sociales y ambientales aptas para favorecer tal armónico desarrollo. El contexto socio-ambiental, por tanto, caracteriza este segundo nivel de calidad de vida humana, que debe ser reconocido a todos los hombres (...) La dignidad ontológica de la persona es superior, de hecho trasciende los mismos comportamientos equivocados y culpables del sujeto. Curar las enfermedades, y hacer de todo por prevenirlas, son tareas permanentes del individuo y de la sociedad precisamente en honor a la dignidad de la persona y a la importancia del bien de la salud. La humanidad de hoy se presenta en vastas zonas del mundo, víctima del bienestar que ella misma ha creado, y en otras partes mucho más vastas, víctima de enfermedades difusas y devastantes, cuya virulencia deriva de la miseria y de la degradación ambiental. Todas las fuerzas de la ciencia y de la sabiduría, deben ser movilizadas al servicio del bien verdadero de la persona y de la sociedad en todas partes del mundo, a la luz de aquel criterio de fondo que es la dignidad de la persona, en la cual está impresa la imagen misma de Dios".¹⁵ Este es el mensaje de Juan Pablo II: que salud y calidad de vida estén entre ellas coordinadas y al servicio de la sacralidad de la vida del hombre y de su dignidad.

La salud es un proceso, una estructura bien ordenada, una reunificación interior, un mundo en orden. Por lo demás ya los antiguos latinos solían pensar que hubiese una recíproca influencia entre bienestar físico y bienestar psicológico, resumiendo tal concepción en la célebre *in máxime a mens sana in corpore sano*.

El concepto de salud no está completo si no se pone la pregunta de cuál sea su fin. No es el estar sanos en sí la finalidad de nuestra vida, pero estamos y queremos estar sanos para vivir y actuar en función

del bien común. La salud no es un bien que nos ha sido confiado solamente para determinadas funciones y capacidades; no es un fin último, sino está determinada y limitada por el significado de la vida misma. Con estas palabras, Elio Sgreccia nos recuerda que el sentido de la salud está más allá de la salud, se encuentra en aquel proyecto de vida buena que cada uno se propone realizar, para el cual la salud es condición necesaria, pero no indispensable. No solamente la enfermedad no hace vano un proyecto de vida buena, sino por el contrario, sin tal proyecto la misma salud pierde valor. La salud no es una propiedad del organismo, sino de la persona entera, por la cual estará subordinada a aquello que para la persona representa el auténtico bien. “La salud resulta más comprensible como *equilibrio dinámico*: en el interior del soma entre los diversos órganos y las diversas funciones de la unidad del organismo, entre el soma y la psique a nivel individual, y entre el individuo y el ambiente. Otro punto a integrar en esta definición es precisamente la concepción del ambiente que ha de entenderse no solamente como ambiente social sino también ecológico, propio para aquella unidad de intercambio que existe entre el organismo humano y el ambiente biofísico que lo rodea”.¹⁶

El contexto cultural contemporáneo, en cambio, frecuentemente sustituye la “calidad de vida” a la “sacralidad de la vida”. En nombre de una pretendida calidad de la vida, se puede poner en duda que una existencia marcada por una incapacidad valga la pena de ser vivida o negar que una enfermedad haga igualmente posible una vida feliz. Detrás de esta impostación teórica existe el rechazo de cualquier fundamento metafísico de la ética, es decir la negación de la tesis por la cual el plano del ser y el del deber ser no puedan estar separados.

El empeño de la Sanidad pública –y que la Iglesia sostiene– es que la salud, valor consiguiente a la vida y que la vida promueve, sea garantizada a todos en manera proporcionada a las necesidades de cada uno y en consecuencia, que para cada uno sea valorado el modo necesario en el respeto del bien primario de la sacralidad de la vida misma.

Insertado en este pensamiento, el camino de la salud se vuelve senda para alcanzar la felicidad y esto puede valer también cuando el concepto de salud no coincide con la imagen exasperada de bienestar que el mundo así llamado “globalizado” quiere imponernos.

Wladyslaw Tatarkiewicz, citado en el ensayo de G. Abbá,¹⁷ en su *Analysis of Happiness*,¹⁸ intenta ilustrar la complejidad semántica del término felicidad que por la fortuita experiencia, pasando a través del concepto de satisfacción y luego de éxito, termina por poder ser valorada como beatitud, es decir posesión del más grande bien accesible al hombre. De estas cuatro nociones, “dos son fundamentales y del más grande significado para la historia del pensamiento y para una teoría de la felicidad. La presencia de estas dos nociones introduce en el significado del término “felicidad” la ambigüedad más cargada de consecuencias. Aludo a la distinción entre felicidad como eudemonía o posesión del más grande bien accesible al hombre”.¹⁹

La controversia histórica de la filosofía de la felicidad ha producido tal ambigüedad inevitable. La explosión del moderno concepto de felicidad hedonista en el siglo del Iluminismo, ha provocado frecuentemente un abandono de la reflexión sobre la felicidad eudemónica, típica de la filosofía antigua y cristiana, que sin embargo, es necesario recuperar para remotivar la conducta moral respecto de un olvido en relación del análisis de la acción al cual también la psicología moral quiere poner remedio.²⁰

Si en una interpretación como “fin dominante” la eudemonía aristotélica comporta la subordinación de toda la conducta humana a un único fin que podría ser la contemplación, en el sentido de “fin inclusivo”, la vida buena implica la armónica búsqueda de más bienes que son fines en sí, inseridos no en un “ideal abstracto, el bien para el hombre en una vida perfecta (...) deseable para un hombre en circunstancias ideales”,²¹ pero en el curso de vida concreta e individual, característica esencial de la específica naturaleza humana. Sin caer en el relativismo, S. Hampshire sosteniendo “la imposibilidad de la humana perfección”, funda la tesis que en la vida moral los conflictos son inevitables pero esta distinción puede bien poner en evidencia la relación entre virtud y felicidad.

Virtud y felicidad tienen una importancia fundamental en nuestra vida. H. Oppenheimer comienza su ensayo sobre la esperanza de felicidad buscando responder a la pregunta: “¿Es importante ser felices?”.²² Si la moral se refiere precisamente a aquello que es más importante en la vida humana se deduce que entre virtud y felicidad la conexión es evidente: “que existan justicia y templanza en aquel que

quiere ser feliz”, decía Platón en el *Gorgias*, y en el *Banquete* son llamados felices “aquellos que poseen bondad y belleza”. Justicia y templanza son virtudes pero también poseer bondad y belleza significa ser virtuosos; y la virtud, según Platón, es la capacidad del alma de cumplir la propia tarea, es decir de dirigir al hombre en el modo mejor.²³

A este ser del hombre en el mundo y a ejercitar las tareas que aquí lo esperan, responde también la Medicina Estética cuando, cuidando la imagen del sí individual, cuida la armonía entre las diferentes fases de la vida humana, para permitir a los hombres vivir en sentido global la propia experiencia terrena.

La apariencia al Servicio del Ser. Modelos de Intervención de asistencia Estética y Valoración Ética de un Itinerario

Centralidad de la persona: importancia del “querer-se bien”

Es experiencia bastante común para cada uno de nosotros identificar las emociones experimentadas con base en sensaciones físicas. Así sentimos que el corazón no le cabe en el pecho o un nudo en el estómago cuando esperamos con ansia; y un poco de temor, el verificarse de un evento muy esperado, o bien empalideceremos y nos parecerá estar paralizados del miedo frente a un evento espantoso, o bien enrojeceremos y temblaremos de rabia frente a una grave injusticia sufrida. Reflexionando sobre estas y otras experiencias análogas, puede resultar fácil comprender la profunda repercusión del bienestar físico sobre los estados de ánimo y viceversa. Una profunda influencia de las emociones sobre el cuerpo y su bienestar al punto de requerir que cualquier enfermedad física sea indagada no sólo de un punto de vista médico, sino también considerando el aspecto emotivo que la acompaña.

“La medicina puede acercarse al cuerpo orgánico, el psicoanálisis al cuerpo psíquico, las ciencias humanas y la filosofía al cuerpo simbólico, pero ningún punto de vista puede pretender agotar la totalidad del evento-cuerpo que supera siempre toda forma de reduccionismo”.²⁴ Sobre este modelo interpretativo parece posible fundar la relación entre ética y Medicina Estética cuando ésta sea oportunidad y punto de integración de otras disciplinas en los itinerarios médicos.

Es improbable que el rol de ayuda pueda ser desempeñado sólo por profesionalista en modo directo; más coherente es la hipótesis si fuese necesario construir y sostener un clima y una cultura “de servicio”, que ofrezca la oportunidad de encuentro y de elaboración de los significados para el sujeto, de la enfermedad, como parte integrante del cuidado.

Afrontar un diagnóstico de enfermedad es difícil. Quien es afectado por ello vaga en una condición de incredulidad, sentido de abatimiento y depresión, que hacen olvidar que hay un rostro que “pide” ser mostrado, y un cuerpo que “habla”. En esta particular situación, en un contexto compartido y apoyado por todo el staff sanitario, la Medicina Estética puede dar su contribución para interactuar con el cuerpo que puede desear ser redescubierto: un servicio a la persona que el paciente advierta como un valor agregado que la asistencia sanitaria tiene capacidad de ofrecer, permaneciendo libre para elegir pero, al mismo tiempo, gozando de la oportunidad de poder usufructuar de tales prestaciones, si lo desea.

Amar en el sentido más auténtico y profundo del término, debe ser todavía posible en la enfermedad. Amar es el origen, el sentido, el camino, el destino. Amar es aquello para lo cual somos creados: el cuerpo nos permite realizar esta mediación entre niveles de percepción que haga posible la adecuación de un saber antropológico capaz de dar cuentas de las esferas subjetivas de la experiencia, así como de los procesos patológicos que hacen de fondo, de escenario, a esas mismas experiencias.

La dimensión ética de la salud no puede olvidar que el estar en paz consigo mismo puede ir más allá de la enfermedad, pero eso no hace prescindir de la obligación de cuidarse y de cuidar. “Ciertamente la salvación escatológica es sanación total del hombre a través de su radical renovación por obra del Espíritu Santo que es don de Cristo Resucitado, pero esto es la esperanza escatológica, que no anula la fase terrena de nuestra existencia durante la cual la Iglesia ha sido claramente la primera en “curare infirmos””.²⁵ Esto significa también, continúa Sgreccia, que los valores salvíficos tienen una influencia sobre la armonía de la persona humana en nuestro estado de salud o de enfermedad y bajo este aspecto la presencia de un asistente religioso en los hospitales se justifica no solamente en nombre del principio de li-

bertad religiosa, sino también como operador de la salud, porque a nivel espiritual puede incidir, en el respeto de la libertad de los individuos, sobre el estado moral e interior del paciente, contribuyendo a la recuperación de la salud y a la valoración del dolor y de la enfermedad en una visión de vida que da sentido. La custodia de la salud no es el valor único ni el primero –como habitualmente afirma la cultura salutista de hoy– sino es un bien que cualifica la vida y en esto coincide con el concepto de calidad, entendido como complementario al valor de la vida.

La aportación de la Medicina Estética, en un acercamiento integral al paciente tiende a lograr que el cuidado del paciente pueda actuar sobre las cuatro dimensiones de la salud, orgánica, psíquica, socio-ambiental, ético-espiritual, cada una de las cuales implica a toda la persona. En modo de que si existen enfermedades incurables, no deban nunca existir enfermedades intratables.

La enfermedad no sólo pone dramáticamente en peligro la vida de la persona, creando un profundo sentido de angustia, sino amenaza también la imagen corpórea. El cuadro mental del propio cuerpo, el modo en el cual el cuerpo aparece ante nosotros mismos y los contrastes que derivan del ambiente.

Tomemos por ejemplo el tumor mamario. Esto, incidiendo sobre un elemento corpóreo, el seno, que representa para la mujer la feminidad y es símbolo de maternidad, deja vivir a la mujer una privación de la feminidad misma convirtiéndose en fuerte motivo de preocupación, en cuanto provoca un cambio de la imagen corpórea. Se puede ciertamente afirmar que la mastectomía provoca una herida no sólo desde el punto de vista físico, sino también bajo el perfil emotivo, en tal modo que las sucesivas terapias interfieren ulteriormente en forma negativa sobre otros aspectos de la feminidad, como el ciclo menstrual, pérdida del cabello, pestañas y cejas. La privación de una parte del cuerpo tan ligado a la feminidad, se vuelve motivo de cambio de la imagen de sí. Sólo a través de un largo itinerario, delicado y doloroso, la mujer puede lograr volver a “verse”, dando un nuevo sentido a la vida misma reinventándose de las motivaciones en sus contactos interpersonales. La paciente que ha sufrido la mastectomía ve la propia imagen corpórea desarmónica, percibe objetivamente que falta algo y que ha sido privada de un elemento importante para la percep-

ción de su propia identidad. Además, para algunas mujeres, es más doloroso perder la propia identidad que tener la consciencia de la enfermedad misma; la mastectomía es efectivamente visible, es percibida como “desfigurante”, a diferencia de la histerectomía, por ejemplo, que, aún siendo fuente de sufrimiento, no siendo visible no determina repercusiones sobre la imagen corpórea.

Es verdad que las pacientes puedan someterse a la intervención de reconstrucción del seno, una vez sufrida la mastectomía, si las condiciones de salud lo permiten y si lo desean, Esta posibilidad, sin embargo, representa sólo para parte de ellas un motivo de alivio porque, restituyéndoles una parte tan íntimamente representativa de la feminidad, constituye un mejoramiento de la propia “imagen corpórea”. Además, puede hacerles conscientes del peligro que han evitado alejando el miedo de la muerte en el afrontar la reconstrucción como una puerta para mirar al futuro. Pero para otro tipo de pacientes, la intervención de reconstrucción no es motivo de mejoramiento de la propia imagen corpórea. Es decir, que si la mujer no ha aceptado efectivamente y elaborado la mastectomía, que se ha llevado una parte de sí, la intervención de reconstrucción resulta vana, no tanto para fines estéticos, cuanto respecto a fines emotivos y en particular modo respecto a la percepción del propio cuerpo.

Se ha querido puntualizar todo esto, para valorar el pensamiento de aquellos que sostienen que cuando se habla de cáncer no se puede hablar exclusivamente de patología en cuanto tal, sino de “evento cáncer”. De hecho, la paciente, durante todas las fases de la enfermedad a partir del diagnóstico, tiene una experiencia extremadamente dolorosa, durante la cual además de tener legítimamente miedo a morir, se ve trasformada. Puede tener dificultad en reconocerse como mujer y a imaginarse cambiada.

Ayudar a una mujer a afrontar su enfermedad es un camino no sólo largo sino extremadamente delicado, al punto que sólo un acercamiento integral entre las diversas profesiones puede garantizar resultados. La misma asistencia de la Medicina Estética no puede resolverse con una “simple” intervención quirúrgica de reconstrucción, sino tiene necesidad de ser ella misma acompañamiento. Es así que en un itinerario tan complejo, es importante no perder de vista que la imagen corpórea es atendida por la persona también con una dimensión

estética; si eso ayuda a sentirnos mejor en un estado de bienestar, puede ser un válido soporte incluso en condiciones de enfermedad.

Por ejemplo, el motivo por el cual puede ser importante intervenir sobre el rostro, en particular a través del *make-up*, está ligado a la consideración que, en el momento en el cual la paciente comienza a reaccionar, el rostro queda un punto “descubierto” a través del cual percibimos el sufrimiento físico y el estado emotivo. Ningún *maquillaje*, incluso si está dirigido a la solución de particulares problemas derivados de la agresión de la enfermedad, como por ejemplo el *camouflage* –un particular cosmético destinado a cubrir algunas evidencias antiestéticas difíciles de esconder de otro modo– logrará borrar por sí solo el dolor interior; pero a través de una asistencia estética, se puede soportar el difícil camino dirigido a la reconquista del propio cuerpo que en cierto sentido, nos ha traicionado, perseguido y limitado durante la enfermedad.

Implicaciones de la estética en el bienestar del individuo: la Medicina Estética como intervención de sustento en itinerarios terapéuticos.

¿Cuántas veces nos referimos a una persona enferma diciendo que tiene “una mala cera” o sea que su piel se comporta de manera diferente de lo normal? Puede empalidecer o sonrojarse, tener un color grisáceo o estar particularmente seca o grasosa. Incluso la actitud de una persona enferma cambia: la tensión disminuye, la flexibilidad de los movimientos decrece. Y cambia también la calidad de la gestualidad: un individuo enfermo gesticula en modo cansado, débil.

No obstante, la mayor parte de las informaciones son aportadas por la piel que, siendo el órgano más grande y poliédrico de nuestro cuerpo, reacciona continuamente tanto a influencias y procesos internos como externos, ya que es alguna manera el límite entre nuestro mundo interior y el exterior.²⁶ Es una especie de tarjeta de visita: a través del rostro, con sus múltiples expresiones, los demás toman en cuenta nuestra presencia, porque nuestro rostro nos diferencia físicamente los unos de los otros y permite identificarnos.

Es a través del rostro que las descripciones que se refieren a nosotros se vuelven visibles y reales. El rostro, además, refleja no sólo aquello que físicamente somos pero, a través del maquillaje, un corte

de cabello particular, representa aquello que queremos que los otros perciban de nosotros. El sujeto es tal cuando dice: “heme aquí” cuando se dona y hace algo para el otro, nos propone E. Lévinas afrontando la problemática metafísica del rostro y de la presencia del otro en la vida moral. La subjetividad no es un “para sí” sino un “para el otro”.²⁷

Pero además de lo que el rostro expresa ¿cuántas veces se hace referencia a ojos que brillan, que hablan, que chispean de alegría, que manifiestan tristeza? Por otra parte, cuando buscamos recordar a alguien, pensamos antes que nada en su rostro, en su forma, en el color de sus ojos, en el color del cabello, en su sonrisa.

Son tantos los ámbitos sanitarios en los cuales la aportación de la Medicina Estética puede desempeñar su papel. Se piense a las patologías del anciano el cual frecuentemente, en la cronicidad de las enfermedades que lo afligen, termina por tener más necesidad de una asistencia global entendida como ser tomado a cargo, que de tener verdaderos itinerarios terapéuticos. Numerosos estudios, en su mayoría americanos, han demostrado cómo, en un correcto acercamiento fisioterapéutico y de estética aplicada, el masaje, puede inducir el sueño fisiológicamente, reduciendo el uso de fármacos para el insomnio. O el ámbito psiquiátrico, en el cual, muy frecuentemente, lo que falta es precisamente el contacto corpóreo interviniendo la exasperada separación entre sí y el propio cuerpo hecho un extraño. Incluso la higiene personal en estos pacientes es frecuentemente conducida en manera impropia, faltando completamente o llevada al exceso. Una buena educación en el cuidado del cuerpo, no sólo puede ser de apoyo a la reintegración de la autoestima necesaria para favorecer los caminos de rehabilitación, sino que puede ayudar a prevenir, por ejemplo, todas las irritaciones de la piel como consecuencia de una errónea utilización de los cosméticos y de los productos para la higiene y la limpieza

Tomando en cuenta lo anteriormente anotado, “el cáncer nos pone desnudos frente a la vida y a la muerte. Por esto el enfermo de cáncer ha de considerarse hoy entre los más necesitados de cuidado integral, una asistencia que no se detenga a la simple prestación sanitaria sino se haga cargo de todas las necesidades del enfermo”.²⁸ La compleji-

dad de la enfermedad oncológica que envuelve además del sector físico y funcional, también impacta la esfera psicológica, espiritual y social, y requiere muy frecuentemente el tratamiento por parte de más especialistas capaces de afrontar la patología en su esfera ontológica. También cuando sea posible la recuperación completa, el itinerario del enfermo es siempre un camino ciertamente entre los más difíciles y delicados que vuelve a tal persona entre las más necesitadas de cuidados integrales, que van más allá del servicio especialista del oncólogo. Desde la fase del diagnóstico hasta la rehabilitación, el tumor es una enfermedad que, de algún modo, “deja su marca” poniendo en discusión la vida misma cambiándole, por desgracia, frecuentemente la percepción del valor y de las relaciones humanas que se derivan. Los inestetismos derivados de la enfermedad oncológica son conocidos; las necesidades derivadas son personales. Sabemos muy bien cuando los cuidados a los cuales se someten las personas afectadas por un tumor, es evidente como mínimo en la piel; el rostro, en esta particular condición, refleja el estado de salud. Es indispensable, por tanto, lograr mitigar lo más posible, a nivel estético, los daños inducidos por las terapias, a través del ocuparse de sí con aportaciones, en su mayoría cosmetológicas, que permitan mitigar las consecuencias de las terapias y reintegrar las funciones cutáneas. Precisamente el rostro, a través de una asistencia estética adecuada, puede representar “el punto del cual partir” para vivir, no obstante todo, una vida lo más normal posible.

También el tratamiento en otras áreas del cuerpo –se piense a la dificultad de afrontar las micosis subungueales, consecuencia difusa del abatimiento de las defensas inmunitarias del organismo– puede tener el objetivo de motivar al paciente a crea una relación de confianza con el médico estético que lo ayude, a través del cuidado del cuerpo, a superar el miedo, absolutamente legítimo, de no desear mostrarse después de haber sufrido, por parte de la enfermedad, un daño que le ha robado su imagen. Los programas de intervención y las prestaciones médico estéticas, valoradas conjuntamente a los operadores oncológicos, tienen como referencia de intervención, para el mantenimiento y la restitución de la calidad cutánea: *check up* cutáneo para el diagnóstico cosmetológico, cosmetología aplicada y cos-

metología médica; para el tratamiento del aspecto y *look management*: el maquillaje *camouflage*, peinado, estética de las cicatrices y, en consecuencia otras intervenciones quirúrgico-radioterapéuticas, tatuaje semipermanente del cuerpo, del rostro y del seno.

Un acercamiento tal puede abrir la espiral para la valoración de la persona en su aspecto y, de su globalidad. “El encuentro con Dios sucede esencialmente en el encuentro con el otro ser humano. Dios se manifiesta en la concreción de un yo y de otro. Mediante mi relación con otros, yo estoy en relación con Dios”.²⁹

Una ética profesional capaz de responder a una necesidad compleja, debe constituir el denominador común del hacerse cargo articulando el proceso asistencial hacia una plena coparticipación del paciente, capaz de trasladar su atención “de la enfermedad a la vida en torno a la enfermedad”. El mejor acercamiento, en el momento en que se entra en una sección de oncología con la intención de dar asistencia estética, será aquel de no negar los deterioros físicos que el cáncer inevitablemente provoca sino también valorar el aspecto físico, para poder ayudar a la persona a sentirse parte integrante y activa del proceso de reconquista de la vida, que haga expresar el Ser incluso a través del Aparecer.

En el apartado siguiente se cuenta una experiencia. La experiencia de Roberta, una paciente oncológica que, en la historia de su enfermedad ha tenido modo de encontrar también la asistencia estética. Un gracias particular a Fulvio Tomaselli, responsable del Servicio ambulatorio de Medicina Estética para la Oncología del Hospital San Giovanni Calibita Fatebenefratelli de la Isla Tiberina de Roma y a su *équipe*, por la consultoría médico estética.

Hoy Roberta ya no está con nosotros, pero su testimonio otorga mérito al pensamiento que la asistencia integral pueda tener el objetivo de hacer concreto el concepto de Hospitalidad querido por San Juan de Dios, cuyo carisma vive todavía en la obra de los Fatebenefratelli.³⁰ Ser hospitalarios significa garantizar un valor humano a la prestación profesional³¹ pero también compartir un proyecto asistencial multidisciplinar en el respeto de la individualidad del paciente que, siendo protagonista dentro del proceso terapéutico, pueda reconocer su identidad sobre el plano existencial.³²

La historia de Roberta

Roberta, llamaremos así a nuestra paciente, es una mujer de 40 años, casada. Se dedica a diseño gráfico cinematográfico en una empresa que dirige junto con su padre, con quien tiene una relación muy intensa y profunda, especialmente desde que ha faltado su madre por una enfermedad muy semejante a aquella que la verá protagonista.

Después de pocos meses de su matrimonio, a la edad de 31 años, en 1995, en la ducha se da cuenta de un nódulo en el seno que la lleva a pedir consejo a su médico tratante. La ecografía y la aguja aspiradora ecoguiada, efectuada por prescripción del médico, no dejan dudas sobre la necesidad de intervenir de inmediato quirúrgicamente. La intervención de cuadrantectomía de la mama derecha con escisión radical de linfonodos axilares, marca para Roberta el inicio de un largo camino de sufrimiento.

La primera reacción a la comunicación del diagnóstico y de la relativa prognosis es de total negación y rechazo. “Una mujer recién casada debe hacer proyectos para vivir, no para morir” es su primera respuesta. Luego, con el pasar del tiempo parece iniciar a convivir con su enfermedad realizando el camino a seguir, aún manifestando de vez en cuando sentimientos que se muestran en contraposición con su toma de consciencia.

El dolor, quizá todavía más grande de la consciencia de la enfermedad, es que las terapias a las cuales deberá someterse minarán quizá para siempre su deseo de convertirse en madre. Tiene por tanto dificultad para aceptar su decaimiento físico, al devastación de su feminidad.

“¿Por qué precisamente yo?”, se pregunta, desesperada. Pero Roberta es una mujer fuerte, equilibrada, quiere salir adelante. Las responsabilidades de la vida cotidiana son anuladas, vive sólo para sí misma, ayudada por su marido en la cotidianidad familiar y con el padre siempre presente en los encuentros con los médicos, de los que debe ocuparse ya regularmente.

Los primeros dos años de la enfermedad pasan en un continuo vaivén de comportamientos siempre cambiantes; la enfermedad concede amplios espacios de aceptable convivencia y Roberta reemprende sus obligaciones.

Los médicos están optimistas sobre el resultado de los tratamientos, aunque prudentes. Los oncólogos saben bien cuánta “paciencia” es necesaria para ayudar a este tipo de pacientes conociendo la importancia de la aceptación de la enfermedad por parte del enfermo, que por desgracia en muchos casos pierde toda certeza; aparece el temor de perder la propia imagen, tanto interna como externa.

Roberta ama mucho el sol y pasa horas al aire libre, cuida mucho su alimentación, no habla nunca de su mal, casi lo ha olvidado.

Busca sostener una frágil estructura que se desmorona cuando, al enésimo análisis, el diagnóstico de un quiste la lleva a la sala de operaciones para la extracción de un ovario. Estamos en 1997: “Me siento como una muñeca rota, toman mis pedazos y los arrojan lejos uno por uno; pero yo no soy esa”.

La tranquilidad dura todavía otros cuatro años, entre análisis y esperanzas. Luego, en 2001 primero una pericarditis aguda seguida por la reincidencia en el seno derecho y, en 2004, la aparición de las primeras metástasis, en el pulmón. Son intensificados los cuidados, las quimioterapias cada vez más pesadas; Roberta soporta con enorme fuerza de voluntad la dureza de esta patología, que con sus altas y bajas da y quita, pero cada vez más le depreda la vida.

A su regreso al hospital, muy probada por este ulterior reto, deja explotar su sentido de abatimiento reaccionando en manera dura en relación con los médicos, con los familiares y con los amigos.

La quimioterapia la lleva al hospital por meses; el compartir su experiencia con otros pacientes conocidos día por día, frecuentando el *day-hospital* de la sección de Oncología, parecen de nuevo prepararla para combatir, pero con la aparición de los primeros signos de ataxia, se hace necesaria una resonancia magnética del encéfalo que muestra, en el área ténporo-insular derecha, un zona redondeada hiperdensa: una metástasis cerebral.

El programa terapéutico en este punto, prevé una hospitalización para realizar, además de la quimioterapia, una radioterapia que tenga el objetivo de reducir la formación metastásica para eliminar los síntomas de desviación que no le permiten a Roberta mantenerse erguida. A la paciente le es suministrado el *Luminal*, un fármaco que la pueda ayudar a relajarse y a estar quieta para permitir a los médicos irradiarla en modo amplio, como es necesario en su caso. Por desgra-

cia, estas asociaciones pueden ser muy tóxicas y la consecuencia es una vasculitis, una inflamación generalizada que la lleva a una serie de alteraciones cutáneas como bolas, costras, gruesas escamas curvas en todo el cuerpo, desde el rostro hasta la planta de los pies, dándole malestar incluso sólo al intentar apoyar los pies en el piso. Invadido –su cuerpo ya tan lacerado– por estas ampollas, vesículas en la piel de contenido seroso, poco a poco las fuerzas comienzan a abandonar a Roberta.

Ha pasado el verano del 2004. El departamento de Oncología tiene activa una modalidad de trabajo que prevé el hacerse cargo del enfermo por parte de una *équipe* multidisciplinaria integrada, que implica la participación, junto a los oncólogos, del servicio espiritual, psicológico, socio-asistencial, nutricional: una asistencia integral que responda a los enfermos de tumores según sus necesidades. Hace poco ha iniciado la colaboración también con el Servicio de Medicina Estética y a los operadores de este Servicio es confiada Roberta para intentar resolver sus problemas cutáneos. Es así que ellos la encuentran: obediente y dócil a las indicaciones que le son dadas, pero sin entusiasmo, ya sin esperanza.

La prueba de superar la crisis de la inflamación cutánea, es actuada con una aplicación en todo el cuerpo a base de bisabolol, un calmante extraído de la planta de camomila, de ácido 18-glicirrético, y de ácido hialurónico, un potente hidratante, más un específico reestructurante para aliviar las heridas de los labios.

Después de una semana la eritrosis manifiesta una regresión casi total; quedan fragmentos de piel en escamas como de quemaduras y áreas del tórax con signos de vasculitis en regresión del inicial color morado intenso a un color rosa. Un aspecto exterior placentero puede devolverle aún la fuerza para combatir la enfermedad y el dolor; incitarla a curarse no sólo es importante sino indispensable para hacerle todavía adquirir valor y voluntad de vivir.

Roberta quiere seguir viéndose bella, reencuentra la fuerza de ánimo e inicia a proyectar la recuperación física con programas de *look-management*: modificación del aspecto cutáneo alterado con el objetivo de poner en evidencia, con un maquillaje adecuado a su nueva imagen, sus bellos ojos negros.

Es una mujer sencilla. No le gusta la idea de la peluca, desde el inicio de la enfermedad no la ha querido aceptar. Pero en este nuevo contexto, los foulard usados hasta ahora, transformados en turbantes de colores que le ciñen la cabeza, se vuelven un nuevo modo de ser, de presentar la importancia de la belleza interior por medio de aquello que vemos externamente. “Mírame, vuelvo a sentir mi cuerpo, estoy viva. ¡Viva! Y la vida puede darme todavía felicidad. Dios, cómo es bello vivir. Gracias.”

Apenas logra caminar, Roberta ha dejado el hospital y la terapia sustituida por una quimio por *os*. Luego de una semana regresa al Hospital en el ambulatorio de Medicina Estética acompañada de su marido, quiere hacer una cita también para él y hacerle conocer “sus nuevos amigos”. La alegría de constatar cuán importante sea en este momento la magia que se desprende de un acto terapéutico que se convierte un acto de amor vuelve bella a Roberta, que parece dejar en modo elocuente un implícito mensaje de belleza como esperanza.

Ya la enfermedad no le da tregua, la metástasis cerebral comprime los centros respiratorios. Al final de octubre Roberta entra en coma y dejará esta vida a primeros de noviembre de 2004, no antes de haber transmitido a su hermana un mensaje para los amigos médicos que la han acompañado en sus últimos días; “la belleza es una virtud hecha de gracia y armonía, de cuerpo y de espíritu, de constancia y empeño”. La belleza del respeto de sí es un gran presupuesto del bienestar.

Referencias bibliográficas

¹ Benedeto XVI. *Deus Caritas est*. Città del Vaticano; Librería Ed. Vaticana; 2006: 14.

² Quattrocchi P. *Persona e corpo proprio in Bioetica* en Agazzi E. (coordinador). *Bioetica e persona*. Milán; Franco Angeli: 1993: 132.

³ Salmeri G. *Corporeità e alterità. Riflessioni per un materialismo della persona*. Dialegesthai; 1999, 1 (acceso del 02.01.2007, en: <http://mondodomani.org/dialegesthai/gso1.htm> último acceso 9/1/2007).

⁴ Benedicto XVI. *Deus Caritas...*, pp. 14-15.

⁵ Quattrocchi P. *Persona e...*, p. 130.

⁶ Kübler-Ross E. *On death and dying*. New York: Macmillan; 1969 (trad. it. *La morte e il morire*. Perugia; La Cittadella; 1979).

⁷ Giovanni Paolo II. *Messaggio ai Partecipanti alla XI Assemblea Generale della Pav* (19.02.2005). *L'Osservatore Romano*, 21-22 Febbraio 2005, p. 7.

⁸ Leibniz GW. *Elementi di diritto naturale* en Id. *Scritti politici...*, pp. 226-228.

- ⁹ Id. *Riflessioni sulla nozione comune di giustizia* en Id. *Scritti politici ...*, pp. 226-228.
- ¹⁰ Giovanni Paolo II. *Messaggio ai Partecipanti ...*, p. 7.
- ¹¹ D'Agostino F. *Diritto e giustizia*. Cinisello Balsamo (MI): San Paolo; 2000: 66-67.
- ¹² Bartoletti CA. Scuderi N. *Manuale di strategie interdisciplinari. La Medicina estetica e la chirurgia plastica estetica: due discipline complementari*. Roma; Salus Internazionale; 2003:4.
- ¹³ Quattrocchi P. *Medicina estetica* en Leone S. Privitera S. *Nuevo Diccionario de Bioetica*. Roma; Città Nuova; 2004.
- ¹⁴ Bartoletti, Scuderi. *Manuale di...*, p. 5.
- ¹⁵ Giovanni Paolo II, *Messaggio ai Partecipanti...*, p. 7.
- ¹⁶ Sgreccia E. *La posizione della Chiesa di fronte alla vita e alla salute nell'attuale contesto socioculturale*. Camillianum 2005; 13: 9-31.
- ¹⁷ Abbà G. *Felicità vita buona e virtù. Saggio di filosofia morale*. Roma; Las; 1989.
- ¹⁸ Tatariewicz W. *Analysis of Happiness*. Varsavia: The Hague; 1976.
- ¹⁹ Abbà. *Felicità...*, p. 15.
- ²⁰ Dent NJH. *The Moral Psychology of the Virtues*. Cambridge: Cambridge University Press; 1984.
- ²¹ Hampshire S. *Morality and Conflict*. Oxford; Basil Blackwell; 1983.
- ²² Oppenheimer H. *The hope of happiness*. Londres; Scm; 1983.
- ²³ Platón. *Repubblica*. Libro I.
- ²⁴ Quattocchi, *Medicina estetica...*, p. 692.
- ²⁵ Sgreccia. *La posizione della Chiesa...*, p. 9-31.
- ²⁶ Montagu A. *Touching: The Human Significance of The Skin*. Washington D.C.: Columbia University; 1971.
- ²⁷ Lévinas E. *Altrimenti che essere o al di là dell'essenza*. Milán: Jaca Book; 1983.
- ²⁸ Zagonel V. *Assistenza integrale e continuità di cura al malato di cancro: l'esperienza dell'isola Tiberina*. *Dolentium hominum*. 2003; 53 (2): 56-61.
- ²⁹ Lévinas E. *Difficile libertà*. Brescia: La Scuola; 1986: 73.
- ³⁰ Orden Hospitalario de San Juan de Dios Fatebenefratelli. *Carta d'Identità dell'Ordine*. Roma; 1999.
- ³¹ Zagonel V. *Assistenza integrale...*, pp. 56-61.
- ³² Aitini E, Barni S. *Caro maledetto dottore. Una lettera sul cancro*. Bologna. Dehoniane; 2001.

Reseña bibliográfica

*José Enrique Gómez Álvarez**

Pascual, Fernando. *Valores, bioética y vida social.* El Arca Editores, México, 2009. 200 pp.

Este libro es un libro de divulgación que recopila una serie de reflexiones publicadas a lo largo de los años. El libro, por tanto, es una compilación de esos trabajos. El autor se centra en la visión de la Iglesia Católica en la Bioética. Es cierto que el autor señala que la defensa de la Bioética no es exclusiva del catolicismo y que los valores que ésta último son compartibles en una perspectiva no religiosa. Sin embargo, no se aborda el tema con demasiada claridad: cuando se defiende que la visión religiosa y filosófica aporta a la ciencia, en realidad queda algo confusa la explicación de cómo, cuándo, y en qué sentido aporta a la metodología científica esa aportación.

Los artículos están estructurados en bloques. El primero de ello es titulado “Por una cultura de la vida” (pp.11-37). No se encuentran demasiadas cosas nuevas, quizás lo mejor de esta sección sea el análisis de “cultura de la muerte”: “una visión social que considera la muerte de los seres humanos con cierto favor”... se traduce en una serie de actitudes, comportamientos, instituciones y leyes que la favorecen y la provocan” (pp. 23-24). Es cierto que esta definición en cuanto tal peca de ser demasiado amplia, ya en cierto modo, todos estarían de acuerdo con esta definición y no implicarían aceptar las conductas señaladas por el autor como la eutanasia y el aborto. Sin embargo, la definición es certera en el sentido que las

* Doctor en Filosofía por la Universidad de Navarra. Miembro del SNI. Profesor e investigador de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac México Norte.

creencias muestran actitudes y disposiciones firmes hacia algo y no sólo un estado mental.

En “Matrimonio, sexualidad y procreación” (pp.39-70) el autor insistirá en el amor como elemento nuclear ligado a la procreación y la familia. El problema de las reflexiones es que da por sentada o por demostrado los principios. Esto es perfectamente explicable en el contexto del libro. Por ejemplo, se señala en la primera reflexión: “Algunos pueblos han defendido el valor de la castidad prematrimonial, mientras que otros han despreciado tal valor”. (p. 39). El problema aquí es que algunos cuestionan que no es un valor particular ni peculiar y es exactamente lo que no se pone en duda. Por otro lado, es atinado al señalar la peculiaridad de los métodos naturales como una actitud hacia la fecundidad más que una eficiencia: “Puede ocurrir... se produzca la ‘sorpresa’ de un hijo. Sin embargo, tal hijo era ‘previsible’, formaba parte del horizonte que es propio del haber aceptado un método, aunque en principio se creía que no iba a producirse una concepción” (p. 53). Por otro lado también señala ideas que resultan, empíricamente, difíciles de sustentar, por ejemplo, “Las relaciones sexuales entre un hombre y una mujer implican una serie de actos que se orientan, si las circunstancias son favorables, al inicio de una nueva vida. El sexo se dirige espontáneamente a ese fin” (p. 57). ¿Qué es eso de “espontáneamente”? En el caso de la naturaleza humana justamente no estamos (y por cierto también en los delfines) precondicionados a juntar sexo con fertilidad. Nos sentimos atraídos y podemos perfectamente desear prácticas sexuales con o sin posibilidad de fecundación. Un problema distinto es decir que el acto sexual puede llevar a una nueva vida y de ahí concluir que ese es su fin, de manera semejante otras partes de nuestro cuerpo tienen múltiples funciones que van más allá de la mera funcionalidad orgánica: los labios, los pezones, etc.

El libro posee otras secciones con temas clásicos de la bioética: “Reproducción artificial, diagnóstico prenatal, células madre” (pp. 71-115); “Ante el aborto” (pp.117-141); “Por una vida sana” (pp. 143-171) y por último “Enfermedad, muerte digna y eutanasia” (pp. 173-197). Todas estas secciones aparecen los argumentos tradicionales desde una óptica Católica. Es cierto que también aparecen otros argumentos que no podrían considerarse exclusivos del Catolicismo, pero que por razones de naturaleza del tipo de artículos que aparecen, no se desarrollan todas las consecuencias, fortalezas y debilidades de los mismos. Por ejemplo, en el tema

del aborto, el autor señala que la naturaleza personal no depende de la mera acumulación de datos, afirmación, por supuesto, correcta: la actividad científica como tal no puede responder al estatuto personal del embrión. Sin embargo, aparecen errores al estilo: “La ciencia, conviene recordarlo, se limita a observar, a recoger datos” (p. 118) que es una afirmación sencillamente falsa. La ciencia tiene la peculiaridad de establecer hipótesis con poder explicativo y elaborar más o menos, teorías sofisticadas para la predicción y explicación de los fenómenos del mundo, etc. Puede estar en discusión el carácter realista o no de la ciencia, sus presupuestos metafísicos, etc. que se entiende no se pueden abordar en el libro presentado. Sin embargo, debe tenerse cuidado con este tipo de expresiones.

La sección dedicada a las drogas también adolece de ciertos argumentos simplificadores y se aprecian afirmaciones del tipo señaladas: el P. Pascual se opone al consumo del tabaco, que el reseñador comparte, pero además de algunas muy buenas observaciones de por qué debe combatirse se señalan a veces, afirmaciones tajantes que llevadas con lógica se prestarían a situaciones paradójicas: “Es inmoral [el consumo de tabaco] porque nadie puede poner en peligro la propia salud sólo por concederse un pequeño placer” (p. 144). El problema de esa premisa es que pone en entredicho no sólo el fumar, sino una multiplicidad de actividades que no consideramos como moralmente punibles, desde ciertos alimentos, un parque de diversiones, el conducir en carretera y un largo etcétera. El problema parece ser la proporción del riesgo mas que el objeto del mismo. De cualquier forma, eso no puede discutirse en el texto. Por otra parte, el autor bien señala que la crítica a las drogas implican las llamadas legales e ilegales que en efecto por propia lógica deben combatirse ambas.

Cuando se analiza la legalización de las drogas señala el autor: “Porque hay quienes piden que sea legalizado el uso y consumo de drogas, porque hay quienes dicen que tomarlas no es algo malo ni peligroso” (p. 158). Generalmente el problema de la legalización no se discute en ese nivel: se reconoce el enorme daño pero se considera, de nuevo, que la mera persecución de la fabricación y consumo además de no reducirla genera enormes problemas de violencia e impunidad. La busqueda de una regulación en la producción y consumo junto con el combate al consumo es la

vía para disminuir no sólo el consumo, sino también los efectos colaterales del enorme negocio ilícito. Dicho de otra forma, no hay una respuesta fácil al asunto.

Por último, en el caso de la eutanasia, los cuidados paliativos etc, el autor señala muy bien la importancia de un cuidado al enfermo en donde, a menudo, solicita la muerte por el abandono y desamparo en que se encuentra. Sin embargo, al discutirse la cuestión del dolor y sufrimiento humano, la perspectiva se queda básicamente en la perspectiva Católica del asunto: el dolor es un misterio y “quien sufre está abierto a comprender el misterio del dolor humano y místico de Jesús.” (p.175).

El libro, entonces, es un buen acercamiento a los problemas de la Bioética en clara perspectiva Católica escrito de una manera clara y directa.



ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE BIOÉTICA

La Asociación Panamericana de Bioética nace como un recurso efectivo dentro de la sociedad para promover y salvaguardar el respeto a la dignidad de toda persona humana desde el momento de la concepción hasta su muerte natural, desde un ámbito científico, a través del intercambio de ideas, información, investigación y trabajo, entre las diversas asociaciones de Bioética con esta finalidad.

La Misión de la Asociación Panamericana de Bioética es agrupar a personas e instituciones relacionadas con la medicina o que participan en las ciencias de la vida, y en la bioética, interesadas en defender la dignidad de la persona apoyándolas a través de cursos, seminarios, publicaciones, talleres dentro de la reflexión e investigación que la asociación efectúe en el campo de la bioética.

BENEFICIOS DE LA MEMBRESÍA

- Inscripción a la revista Medicina y Ética.
- Actualización en temas de bioética a través de nuestra página de Internet.
- Asistencia a convención anual sobre bioética.
- Participar en seminarios, conferencias, cursos con cuotas preferenciales.
- Vinculación con asociaciones de Bioética tanto nacionales como internacionales
- Plataforma de participación en proyectos de Bioética.

CUOTAS DE INGRESO

	<i>México</i>	<i>Otros países</i>
Individual	\$ 450.00 M.N.	\$ 80.00 U.S.
Estudiantes	\$ 200.00 M.N.	\$ 40.00 U.S.
Instituciones	\$ 1, 250.00 M.N.	\$ 230.00 U.S.

FORMAS DE PAGO

Depósito bancario a Cta. No. 51-50067989-0
(Banco Santander Mexicano. Suc. Interlomas).

Cheque a favor de Asociación Panamericana de Bioética S.C.
al apartado postal No. 41-518 México, D.F. C.P. 1100

MAYORES INFORMES

Lic. Martha Hamill de Correa
Coordinadora General de APABE Sede Nacional
Teléfono (55) 5251 82 93
E mail: ehamill@anahuac.mx
www.apabe.org

MEDICINA Y ÉTICA

PUBLICACIÓN TRIMESTRAL

Formulario de suscripción / Order form:

Nombre/Name: _____
Institución/Institution _____
Dirección/Address: _____
Ciudad-País/City Country: _____
Código Postal/Zip Code: _____
Teléfono/Telephone: _____
Fax/fax: _____
Correo electrónico/E-mail: _____

Suscripción/Subscriptions Rates

Suscripción/Suscription	Números Anteriores/Previous numbers	
México/Mexico:	\$ 150.00	\$ 50.00
América Latina/Latin America:	\$ 75.00 U.S. Dlls.	\$ 25.00 U.S. dlls
Otros países/Other countries	\$ 85.00 U.S. Dlls.	\$ 30,00 U.S. dlls

Favor de hacer su pago a través de un "Depósito Referenciado" en cualquier sucursal del Banco Santander Serfin al siguiente número de cuenta:/Please make a deposit in Banco Santander-Serfin:

Desde México/From México

Banco/Bank: Santander Serfin
Cuenta a nombre de/Account name: Investigaciones y Estudios Superiores SC
No Cuenta/Account number: 51-500651312

Desde América Latina y otros países/From Latin America and other countries

Banco/BanK: Santander Serfin Sucursal 5 18, Módulo Anáhuac
Cuenta/Account: 51-50063292-6
CLABE/ABA Number: 014180515006329267
Plaza/City Country: 01 México D. F.
Beneficiario/Pay order to: Investigaciones y Estudios Superiores S. C.

Enviar por Fax ficha de depósito/Send deposit to Fax: (52) (55) 5627 0210 Ext. 8742

Informes:

FACULTAD DE BIOÉTICA
Universidad Anáhuac
Av. Lomas Anáhuac s/n. Col Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México C.P. 52786
Tel. (52) (55) 5328 8074 ó 5627 0210 Ext. 7146
Fax: (52) (55) 5627 0210 Ext. 8742
Correo electrónico bioetica@anahuac.mx
www.anahuac.mx/bioetica



Litho Press
DE MEXICO

Este libro se terminó de imprimir en octubre de 2009,
en los talleres de Litho Press de México,
Oriente 237 No. 416 Col. Agrícola Oriental, C.P. 08500, México, D.F.
Tiraje 500 ejemplares