

Medicina y Ética



Revista Internacional Trimestral de Bioética, Deontología y Ética Médica

VOLUMEN XXVIII NÚMERO/NUMBER 2 ABRIL-JUNIO/APRIL-JUNE 2017 ISSN EN TRÁMITE/ IN PROCESS

Corporeidad y calidad del habitar entre ética y ecología
Corporeality and quality of living between ethics and ecology
María Teresa Russo

Declaraciones anticipadas de tratamiento y asistencia de enfermería.
Orientaciones decisionales de los enfermeros en la indagación empírica
Advance care directives for treatment and nursing assistance. An empirical
inquiry into decision making approaches
E. Bassi, A.M. Bonfadini, V. Daliso, A.G. Spagnolo

Acto médico, despersonalización y cirugía estética. El nacimiento del nuevo
derecho a la belleza
Medical Act, depersonalization and cosmetic surgery. The birth of the new right to
beauty
Nicola Posterato

Atención del adulto mayor con enfermedades crónicas: dilemas éticos de los
agentes sociales
Care of the elderly with chronic diseases: ethical dilemmas of social actors
José Enrique Gómez Álvarez

La bioética de Potter: la búsqueda de la sabiduría en el origen de la bioética y de la
ética ambiental
The bioethics of Potter: A search for wisdom in the origins of bioethics and
environmental ethics
Luca Valera

Recensión del libro:
Guantanamo and Other Cases of Enforced Medical Treatment: A Biopolitical
Analysis Book Review
Guantanamo and Other Cases of Enforced Medical Treatment: A Bio-political
Analysis
José Enrique Gómez Álvarez

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, Facultad de Bioética
Centro de Investigación en Ciencias de la Salud,
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Anáhuac México

Facultad de
Ciencias de la Salud



Facultad de
Bioética

MEDICINA Y ÉTICA

UNIVERSIDAD ANÁHUAC

Rector

Dr. Cipriano Sánchez García, L.C.

Vicerrectora Académica

Dra. Sonia Barnetche Frías

Director de la Facultad de Bioética

Dr. Antonio Cabrera Cabrera

Director de Comunicación Institucional

Lic. Abelardo Somuano Rojas

Coordinadora de Publicaciones

Mtra. Alma E. Cázares Ruiz

La revista **MEDICINA Y ÉTICA** está incluida en las *Top 100 Bioethics Journals in the World* de la *Bioethics Research Library de la Georgetown University* (Washington DC, USA).

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*.

2

VOLUMEN XXVIII NÚMERO/NUMBER 2 ABRIL-JUNIO/APRIL-JUNE 2017

MEDICINA Y ÉTICA BIOETHICS AND MEDICINE

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica
The International Journal of Bioethics, Deontology and Medical Ethics

Director: Antonio Cabrera Cabrera, PhD
Dirección Ejecutiva: Juan Manuel Palomares, MC
Coordinadora Editorial: Martha Tarasco Michel MD, PhD
Administración Electrónica: Antonio Muñoz, PhD
Traducción y Corrección de Estilo: Jesús Quiarte e Hilda Tejeda
Composición tipográfica: Paideia Empresarial

Comité Editorial: Adriano Pessina PhD; Antonio Spagnolo MD PhD; Card. Elio Sgreccia PhD; Carlos Viesca MD PhD; Dora García PhD; Elena Postigo PhD; Elvira Llaca MD PhD; Evandro Agazzi PhD; Francisco Javier Marcó PhD; Jorge Linares PhD; Justo Aznar MD PhD; Jokin de Irala MD PhD; José Damián Carrillo MD PhD; Lourdes Velázquez PhD; Ma. Elizabeth de los Ríos PhD; Martha Tarasco MD PhD; Robert Hall PhD; Prof. Rubén Revello; Sergio Litewka MD PhD; Samuel Weingerz MD PhD.

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Editor responsable: Dra. Martha Tarasco, MD PhD
Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac México
Edificio CAIDE Nivel 3
Teléfono 52 55 5627.0210 Extensión 8319
Ciudad de México

Dirección y Administración:
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac
Av. Universidad Anáhuac 46, Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Estado de México. C.P. 52786
Tels. 5328-8074, 5627-0210 (Ext. 7146)
Email: bioetica@anahuac.mx

Distribución:
Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac México

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 revista impresa: 0188-5022
ISSN revista digital, en trámite

[039 0793] Publicación periódica.
 Registro 0390793.
 Características 210451118.

Copyright © 2017 Anahuac University

All right reserved. No portion of this articles in this Journal may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means –electronic, mechanical, photocopy, recording, or others– except for brief quotations in printed reviews, without prior permission from the publisher.

ÍNDICE / CONTENT

Editorial/Introduction	221
Corporeidad y calidad del habitar entre ética y ecología	225
Corporeality and quality of living between ethics and ecology	243
<i>María Teresa Russo</i>	
Declaraciones anticipadas de tratamiento y asistencia de enfermería.Orientaciones decisionales de los enfermeros en la indagación empírica	259
Advance care directives for treatment and nursing assistance An empirical inquiry into decision making approaches	287
<i>E. Bassi, A.M. Bonfadini, V. Daloiso, A.G. Spagnolo</i>	
Acto médico, despersonalización y cirugía estética. El nacimiento del nuevo derecho a la belleza	313
Medical Act, depersonalization and cosmetic surgery. The birth of the new right to beauty	343
<i>Nicola Posterato</i>	
Atención del adulto mayor con enfermedades crónicas: dilemas éticos de los agentes sociales	371
Care of the elderly with chronic diseases: ethical dilemmas of social actors	383
<i>José Enrique Gómez Álvarez</i>	
La bioética de Potter: la búsqueda de la sabiduría en el origen de la bioética y de la ética ambiental	393
The bioethics of Potter: A search for wisdom in the origins of bioethics and environmental ethics	413
<i>Luca Valera</i>	
Guantanamo and Other Cases of Enforced Medical Treatment: A Biopolitical Analysis Book Review Guantanamo and other Cases of Enforced Medical Treatment: A Biopolitical Analysis	431
<i>José Enrique Gómez Álvarez</i>	

EDITORIAL / INTRODUCTION

La Bioética se caracteriza por humanizar o quizás, con una expresión más afortunada sea la de reconocer lo humano en la realidad. En este número me parece que le queda de modo excelente esta aproximación. Así, el primer artículo con el que se abre este ejemplar, *Corporeidad y calidad del habitar entre ética y ecología* de María Teresa Russo, plantea el recuperar el concepto pleno de las raíces de la economía y la ecología: la casa (*oikos*), la casa común. De esta manera la ecología entra en la dimensión bioética desde hace ya mucho tiempo.

El artículo de Bassi *et al.*, *Declaraciones anticipadas de tratamiento y asistencia de enfermería. Orientaciones decisionales de los enfermeros en una indagación empírica*, a pesar de lo que podría sugerir el título, indaga de nuevo el sentido de humanización al momento de determinar la acción frente a las voluntades anticipadas de los pacientes. El estudio muestra la necesidad o al menos la petición de los enfermeros de mayor formación para afrontar los problemas ético-legales de los cuidados paliativos.

La bioética de Potter: La búsqueda de la sabiduría en el origen de la bioética y de la ética ambiental presentado por Luca Valera es el tercer artículo de nuestro número. Casi el título nos dice o recuerda el sentido original de la bioética; recuperar el sentido. El artículo señala, de modo semejante al primero de este número, que la «ecología» es un término aparejado, desde comienzo con la bioética. En este sentido, no tiene nada de novedoso y mucho menos una especie de moda respecto a ella. Si las relaciones humanas y la intervención del hombre en el mundo natural al transformarlo, el hombre se transforma a sí mismo, ¿por qué entonces no deberíamos conside-

rar los problemas ecológicos como parte de la bioética? Quizás sólo falte anotar que no se trata de «ecologismo»: el hombre supereditado a la naturaleza como si fuese una entidad; así, en mayúscula, sino de reconocer que estamos interrelacionados con el medio ambiente y en ese sentido debemos regularnos éticamente.

El artículo *Atención del adulto mayor con enfermedades crónicas: dilemas éticos de los agentes sociales* de José Enrique Gómez Álvarez aborda la dificultad de distribuir adecuadamente cargas y derechos, es decir, de practicar la justicia en torno a los pacientes y los actores involucrados en los casos de enfermedades crónicas. Muestra la importancia de las políticas públicas y de un acercamiento interdisciplinario a estas problemáticas.

Martha Tarasco MD PhD
Coordinadora Editorial

Bioethics is characterized by the impulse to humanize; or it might be better stated as the acknowledgement of the human aspect of reality. In this number, I believe this approach is quite pertinent. Thus, the first article in this number, *Corporeity and quality of living between ethics and ecology* by Maria Teresa Russo, proposes that we recover the concept of the roots of economy in ecology: the house (*oikos*), the common house. Thus, ecology enters into the scope of bioethics quite a long time ago.

Despite what its titled might suggest, the paper by Bassi *et al.*, titled *Advance care directives for treatment and nursing assistance. An empirical inquiry into decision making approaches* again looks into the sense of humanization at the time of determining courses of action in the presence of advance treatment or care directives. The study demonstrates the need to have the most qualified nursing professional involved in such situations in order to face legal-ethical problems entailed in palliative care.

The search for wisdom in the origins of bioethics and environmental ethics presented by Luca Valera is a new assessment of the Bioethics of Potter and the third paper in this number. The title recovers the meaning of the original sense of bioethics. Much like the first paper in this number, it states that the term «environment» has been paired with the idea of bioethics from the very beginning. In this sense, there is nothing new in such a pairing, nor can it be called merely fashionable. If human relations and the transformative intervention of mankind in the natural world causes mankind itself to undergo transformation, why shouldn't we approach ecological problems as part of bioethics? Perhaps it should be stated that it is not about «environmentalism»; i.e., mankind contingent upon Nature as if it were an entity (therefore with a capital N), but rather as an acknowledgement of our interrelatedness within an environment and, as such, our need to regulate ourselves ethically.

The paper titled *Care of the elderly suffering chronic conditions: ethical dilemmas of social actors* by Jose Enrique Gomez Alsvarez addresses the difficulty of properly distributing duties and rights, i.e., the fair practice regarding patients and actors involved in cases of chronic illness. It show the importance of public policy and employing an interdisciplinary approach to these problematical issues.

Martha Tarasco MD PhD
Editor

Corporeidad y calidad del habitar entre ética y ecología

María Teresa Russo

Resumen

La antropología filosófica desarrollada en la primera mitad del siglo XX ha tematizado en particular la cuestión de la relación entre hombre y ambiente, subrayando las especificidades de la modalidad humana de habitar el mundo. Habitar representa una estructura antropológica que hace referencia no solamente a la capacidad técnica del hombre, sino sobre todo a su existencia encarnada y a la exigencia de enraizamiento y de relación, que encuentran una expresión privilegiada en la categoría de la casa. Se trata de un tema sobre el cual hoy se confrontan varios saberes: la psicología ambiental, la arquitectura, la sociología; por citar sólo algunos. El artículo analiza la función y también las nuevas problemáticas del espacio-casa y del respectivo orden urbano en el desarrollo y en las expresiones de la identidad personal y relacional, así como en la promoción de un estilo de vida sostenible. Dada la directa interrelación entre espacio doméstico, espacios urbanos y comportamiento humano, la calidad del habitar atañe directamente a la bioética, como ámbito de aquella «ecología hu-

Departamento de Ciencias de la Formación, Universidad Roma Tres, Roma.
Correspondencia: María Teresa Russo, Departamento de ciencias de la Formación, Universidad Roma Tres, Via Milazzo 11/b, 00186;
e-mail: mariateresa.russo@uniroma3.it
Título original *Corporeità e qualità dell'abitare tra etica ed ecologia*. Publicado en la Revista *Medicina e Morale* 2016/6. Páginas 747-758. La traducción no fue revisada por el autor.

mana» inseparable de la reflexión sobre los significados de los comportamientos y sobre las categorías de identidad y calidad de la vida, que implican un *ethos* compartido.

Abstract

The philosophical anthropology which had developed in the first half of the 20th century has focused in particular on the question of the relationship between man and environment, underlining the specific human modality of living in the world. Living represents an anthropological structure which refers not only to human technical capacity but above all to his incarnate existence and to the need of roots and relationship, which find a privileged expression in the category of the home. This argument is confronted today by various knowledges: environmental psychology, architecture, sociology, just to mention some of them. The article analyzes the function but also the new critical situations of space/home and of the related urban planning within the development and expression of personal and relational identity, as well as within the promotion of a sustainable lifestyle. Considering the direct interrelation between domestic space, urban spaces and human behavior, the quality of living is straightly bound to bioethics, as being the field of that «human ecology» which is inseparable from reflecting on the sense of ways of behavior and on the categories of identity and quality of life which imply a common *éthos*.

Palabras clave: casa, domesticidad, ecología humana, psicología ambiental.

Keywords: home, domesticity, human ecology, environmental psychology.

1. El significado antropológico del habitar

Se puede afirmar que en la historia del pensamiento filosófico haya sido el tiempo el que ha gozado ampliamente de una posición pri-

vilegiada respecto al espacio, indagado prevalentemente en su dimensión objetiva, o sea como una extensión tridimensional capaz de contener los objetos sensibles o como un sistema de relaciones entre los cuerpos. Es en la primera mitad del siglo xx, gracias al análisis fenomenológico de Husserl y Scheler y al existencialismo de Heidegger, que el tema de la condición espacial de la existencia humana, del espacio vivido e interpretado por la conciencia, asume un lugar central en la reflexión filosófica. En esta línea, a principios de los años treinta del siglo pasado, en el ámbito psicológico y psicopatológico, la problemática del espacio vivido aparece cada vez más frecuentemente, casi siempre en estrecha correlación con el análisis del tiempo. Minkowski hará seguir a su ensayo sobre el tiempo vivido (1933) diversas contribuciones sobre la distancia vivida y sobre el espacio vivido, teatro del actuar y trama intencional, ordenado y medido por el yo que lo experimenta [1-2]. No faltarán reflexiones de otros estudiosos, como Binswanger [3-4], Bachelard [5] y más tarde Straus [6], casi todos deudores del pensamiento heideggeriano, pero también a los sucesivos análisis de Merleau Ponty [7].

Quizá también por la sensibilidad en relación de la nueva condición existencial del hombre y del disgusto provocado por la pérdida de seguridad en una tradición, la indagación sobre la modalidad humana de habitar el mundo es frecuentemente puesta en relación con el fenómeno del enraizamiento y, de su contrario, de la soledad o privación vital.

En la conocida conferencia tenida en 1951 en el congreso de arquitectura de Darmstadt, titulada «Construir, habitar, pensar», Heidegger considera la crisis de la habitación como «la crisis» por excelencia, signo de la desradicalización y del despoblamiento del hombre contemporáneo. Habitar, para el filósofo alemán, es el modo típicamente humano de ser en el mundo. A ello está unida la categoría de la *cura*, estructura fundamental de la existencia, que expresa al mismo tiempo la proyectualidad y el empeño, la coexistencia y el trabajo. Es gracias a la *cura* que el hombre se abre al futuro, proyectándose hacia los otros y hacia las cosas y entrando

en sintonía con su horizonte, que se vuelve, en cierto modo, una casa. Si aquello no sucede, el mundo queda como un espacio deshabitado y el hombre está privado de horizonte, despoblado, *unheimlich*, sin casa.¹ La *Unheimlichkeit*, aún en su polisemia, expresa siempre el *no-sentirse-en-casa-propia*, el ser colocados fuera de un lugar familiar y tranquilizante. Indica extraneidad, incapacidad de reconocerse y de reconocer. Sintetizando los conceptos de *Heim*, casa y de *Heimat*, patria, *heimlich* encierra los significados de “íntimo”, “familiar”, “confiado”, “tranquilo”, “doméstico”, ahí donde *unheimlich* es “perturbador”, “extraño”, “inquietante”.

El *adomesticamiento* o, en su resultado, la *domesticidad*, son lo contrario del despoblamiento; representan la condición tranquilizante de quien se encuentra cómodo en un lugar que se configura como “morada”, punto de arribo estable y familiar, donde el tiempo se vuelve duración, o sea continuidad biográfica.

El hilo conductor es también la polémica en relación de la tendencia geometrizable de las así llamadas “ciencias de la naturaleza” que consideran el espacio en su mesurabilidad y extensión, para orientar en cambio la atención a sus dimensiones emotivas y biográficas, como parte del *mundo-de-la-vida* en sentido husserliano. En esta perspectiva, Minkowski subraya cómo la distancia no sea la yuxtaposición de puntos en el espacio, sino tenga un carácter cualitativo y se mueva con el desplazamiento del sujeto [10]. Valga como ejemplo la diferencia del significado entre “espacial” y “espacioso”: el primer adjetivo indica una propiedad del espacio, el segundo una abstracción humana. “Espacioso” no es sinónimo de “grande”, sino que alude al sentirse a gusto en un espacio considerado en relación al yo, a la propia medida, percibido en su dimensión dinámica y viviente [2, p. 71].

Observa Eugenio Borgna, a propósito de la diferencia entre la perspectiva analítica y objetivante con las cuales las ciencias de la naturaleza, que necesariamente actúan en una reducción de los aspectos examinados, miran al espacio y a la experiencia concreta que en cambio de ellos hacemos: «Podemos ciertamente medir ob-

jetivamente, con una precisión infinitamente analítica, la longitud o la consistencia del sendero en el bosque a lo largo del cual nos adentramos, pero no por esto sabemos *qué cosa es* un sendero en el bosque, es decir cuál sea el sentido de su encuentro en la experiencia de cada uno: del guardabosques, del habitante del lugar, del ocasional turista, de la pareja de enamorados que lo recorre por primera vez, y así sucesivamente. Para todos ellos se trata de un encuentro de mundo que se declina en la figura del sendero, de vez en vez vivida dentro de emociones constitutivas que están en el entrecruce entre la propia historia, la propia biografía y la relación con los otros» [11, p. 8].

Así como el tiempo matemático es medible por el reloj, se distingue del tiempo de la conciencia, la *durée* bergsoniana, también el espacio abstracto del matemático y del físico puesto en confrontación con el espacio vivido resulta radicalmente diferente. Bollnow, en su obra *Mensch und Raum* (1963) [12], observa que el espacio tridimensional euclideo tiene como propiedad el ser homogéneo, por lo cual en eso no existe un punto perfecto o central respecto a otro, si bien por medio de un sistema de coordenadas se pueda, de algún modo, individualizar un punto a considerar central del espacio. De esto deriva que no existe ni siquiera una dirección privilegiada al interior de tal espacio; en cuanto basado a mi movimiento, puedo escoger y tomar en consideración un determinado eje, que también en este caso no tiene por naturaleza ninguna “precedencia” sobre otro eje. En el caso del espacio vivido, en cambio, existe un punto perfecto y central definido e individualizado por el hombre que lo experimenta y lo ocupa; además, un preciso sistema axial unido a la posición erecta del hombre y, por tanto, a la fuerza de gravedad. Las zonas y los lugares se distinguen cualitativamente el uno del otro; por esto, contrariamente al espacio matemático, el espacio vivido está estructurado y articulado, más no homogéneo. Además, es un espacio finito, delimitado por claros contornos que, sin embargo, por medio de sucesivas experiencias puede agrandarse y expandirse en una amplitud infinita. Por esto, no puede ser

neutral, tanto que cada zona lleva consigo un significado diverso asignado por el hombre que lo vive.

El espacio vivido está por tanto a disposición del hombre, como resulta también del análisis etimológico bollnowiano de los dos términos alemanes: *Platz* y *Raum*² [12, pp. 31-36]. El primero indica el lugar o posición, o sea el espacio disponible del mundo; el segundo implica el lugar que hace referencia a la condición trascendental del hombre y tiene la prioridad sobre todos los otros lugares. Etimológicamente el término *Raum* deriva de *Räumen*, o sea despejar una habitación, crear un claro en el bosque, sanear, asentar, expresión utilizada por los colonos. Con esto Bollnow subraya que el lugar no está dado, no es algo preexistente sino es fruto de la intervención del hombre, que desforesta y crea amplitud. Se trata de un espacio disponible para un movimiento vital, margen de maniobra para la acción de una existencia que en eso se realiza.³

El “lugar” es el espacio habitado, relativo a una singularidad, y siempre cualificado, o sea informado y transformado. Según Petrosino, “el lugar es el efecto de una ‘curvatura del espacio’ producida por la existencia de un ser determinado” [13, p. 9]. Esto comporta que cualquier reflexión sobre el lugar requiera como premisa y como condición, una reflexión sobre aquel que lo habita determinándolo, sobre su ser y sobre los significados de su existir. Cualquier «topología» exige una antropología.

2. La casa como horizonte de referencia espacial y existencial

Como ha observado Herdegger, el morar del hombre es esencialmente un ocuparse en cuidar. Morar se contrapone al permanecer en un punto casual del espacio: significa más bien pertenecer y estar enraizado en un determinado lugar, que es también un centro al cual anclarse, un refugio para escapar de los peligros del mundo externo, el punto al cual se volverá siempre. Para el hombre, el cen-

tro del mundo es su casa: «el lugar humano por excelencia, escena de su recogerse en sí y de la acogida/hospitalidad que lo hace posible» [13, p. 11; 5, pp. 47-48]. La categoría de la casa no equivale a la simple posesión de una habitación, sino comprende un sistema de relaciones, de prácticas que responden a algunas necesidades humanas fundamentales. En cierto sentido el hombre, además de buscar su centro, debe también aprender a morar, «Habitat, habitación, departamento, alojamiento, domicilio, morada, hogar, reparo “techo”, “mi casa” ¡cuántos términos para aquello que parece el mismo objeto!» [2, p. 78]. Además de la necesidad de estabilidad y de seguridad, unido a la corporeidad que hace al hombre vulnerable y dependiente de cuidados, en la casa se reflejan otras necesidades, no materiales: la necesidad de intimidad, la necesidad de identidad y de pertenencia, así como la de relación.⁴

En la casa, el hombre se apropia de un espacio que constituye su propia imagen y semejanza, instituyendo ahí una relación con su propio cuerpo y la propia percepción sensible. Cuando por tanto el hombre mora, significa que está encarnado en algo. Y si el morar en el cuerpo es una forma de habitar especial, en cuanto se trata de una unión indisoluble, entonces también el morar en una casa o en general en el espacio, puede ser entendido como una especie de encarnación [12, p. 286]. No por casualidad se habla de espacio táctil, acústico, y visual, de vez en cuando medidos por los órganos de los sentidos e interpretados también por las emociones, por la imaginación, por la memoria. En esta perspectiva, la casa es metáfora del cuerpo y es una metáfora de la casa, que es el espacio y el límite de su movimiento y de su acción.

“Habitable” es, éste por tanto, el espacio que permite al cuerpo del hombre no solamente poder estar, sino poder estar bien y actuar.⁵ Como observa el arquitecto Pallasmaa, se puede decir que las diversas partes de la casa correspondan a partes del cuerpo humano y a diversas experiencias sensoriales: «las ventanas son los ojos frágiles de la habitación, que observan el mundo y vigilan al visitante. Una ventana rota suscita una imagen desagradable, que nace

de su asociación inconsciente con el ojo violado. [...] Los ojos de la casa seleccionan el paisaje y lo ven con anticipación respecto a los ojos del hombre. El mundo visto a través de una ventana es un mundo domado y domesticado» [16, p. 165]. Éste es el motivo por el cual una habitación carente de ventanas aprisiona la imaginación y le requiere un esfuerzo mayor. Prosigue Pallasmaa: «En modo similar, la puerta es, al mismo tiempo, un signo de pausa y una invitación a entrar. La puerta principal de la casa se opone al cuerpo mediante su propio peso, ritualiza el ingreso y nos hace prefigurar las estancias y la vida que se encuentran más allá. La puerta crea el silencio, pero al mismo tiempo es un símbolo de voces celadas, tanto al exterior como al interior. Abrir una puerta representa un encuentro físico íntimo entre la casa y el cuerpo; éste encuentra la masa, la materialidad y la superficie de la puerta, y la manija nos ofrece su apretón de mano de bienvenida y de familiarización» [16, p. 166]. De aquí su crítica al abuso del vidrio en puertas y paredes y de la automatización que privan las acciones del entrar y del salir, del subir y del bajar de su significado existencial. Los ambientes hipertecnológicos, aun en su indudable funcionalidad, no sólo terminan por atrofiar nuestras capacidades motoras, sino corren el riesgo de transformar la casa en una máquina para habitar, ahí donde el ahorro del tiempo se resuelve en una sensación de extrañeza y en pobreza de imaginación.

En la casa se sintetizan, por tanto, la estabilidad, la costumbre, pero sobre todo la familiaridad, que la vuelven una red de uniones significativas y un espacio discursivo, en el cual existe una praxis cotidiana entretejida de comunicación. Agnes Heller, que juzga el *estar en casa (das Zuhause)* como «una de las pocas constantes de la condición humana» [17], refiriéndose explícitamente a Heidegger pone en relación la domesticidad con la necesidad de centro, que se revela estructural en el ser humano y con el disgusto que el hombre experimenta en el universo globalizado. Para Heller, la casa es precisamente el “punto fijo” en el espacio, del cual partir y al cual siempre regresar. En un mundo como el moderno, en el

cual la interioridad está amenazada y corre el riesgo de desvanecerse, es necesario «ejercitar la actitud de regreso» [18, p. 54], que se expresa sobre todo en el regreso a casa, además que en la capacidad de conservar los recuerdos y de encontrar los modos para sustraerse a la presión del tiempo. No se trata, por tanto, de la simple habitación: es coágulo de afectos y de recuerdos, un contexto emotivo y cognitivo capaz de ofrecer estabilidad y serenidad en el desdoblamiento contemporáneo. «Donde el silencio no es amenazante, podemos sin duda considerarnos en casa» [17].

En muchos ensayos de psicopatología se describe la *Homesickness* [19], que se podría traducir como “nostalgia de casa”, y la “depresión de cambio de casa”: ambas, en una indagación antropológica no reductiva, envían al sentido mismo del habitar como nota esencial de la condición humana. Según algunos, ya que la existencia humana está “situada”, o sea ordenada en un lugar significativo donde cada cosa tiene su lugar y encuentra su orden, la separación del lugar familiar representa una violenta laceración existencial, que en los sujetos más melancólicos puede provocar el exordio de una experiencia depresiva. Cambiar de casa representa una situación potencialmente patógena, en cuanto es una drástica suspensión de nuestro estar radicados en el mundo, la bancarrota de aquel orden y de aquella cotidianidad que confería seguridad y bienestar [20].⁶ Borgna comparte tales tesis sólo en parte y en cambio se sirve de la experiencia clínica con una enferma anciana para profundizar el fenómeno en clave más exquisitamente antropológica, como ruptura, no tanto de un orden geométrico-espacial, sino subjetivo-prospéctico [22]. El disgusto del cambio de casa es provocado por el decaimiento de una atmósfera de confianza y de intimidad con una petrificación de los afectos: «Aquello que *antes* significaba algo, se ha marchitado y se ha transformado en la insignificancia radical. Aquello que, *antes*, era familiar y conocido, se ha vuelto extraño y sin ecos» [22, p. 310].

Tal vivencia puede también ser experimentada no tanto en el cambiar de casa, sino en el no lograr *sentirse en casa*. En una cultura

como la contemporánea tendencialmente acéntrica, el hombre está expuesto a la pérdida de las raíces y de las uniones, corriendo el riesgo de volverse un prófugo en un mundo extraño. De ello es una prueba la constante percepción del futuro como amenaza o la tortuosa desconfianza en las relaciones interpersonales, que preludian un general pesimismo [23].

3. Ecología humana y ética del habitar

El análisis hasta aquí expuesto no pretende proponer una mitología romántica de la casa o una visión idílica que eluda la crítica y las nuevas problemáticas [24]. Más aún es precisamente sobre ellas que queremos detenernos, para indicar el punto de unión entre las consideraciones hasta ahora presentadas y la perspectiva ética. ¿En qué medida en la cuestión de habitar y de la casa están implicadas la ética y la bioética? Para este propósito es significativa una observación de carácter socioantropológico contenida en la Carta Encíclica *Laudato si'*: «Para poder hablar de auténtico desarrollo, será necesario verificar que se produzca un mejoramiento integral en la calidad de la vida humana, y esto implica analizar el espacio en el cual se desenvuelve la existencia de las personas. Los ambientes en los cuales vivimos influyen sobre nuestro modo de ver la vida, de sentir y de actuar. Al mismo tiempo, en nuestra habitación, en nuestra casa, en nuestro lugar de trabajo y en nuestro barrio hacemos uso del ambiente para expresar nuestra identidad. Nos esforzamos por adaptarnos al ambiente, y cuando ese está desordenado, caótico o saturado de contaminación visual o acústica, el exceso de estímulos pone a prueba nuestros intentos de desarrollar una identidad integrada y feliz» [25, n. 147].

La cita nos invita a reflexionar sobre un punto esencial: la calidad del ambiente es entendida no solamente en sentido material y biológico, sino relacional y como tal tiene carácter moral. Si entendemos por ambiente u “*oikos*” el lugar habitado por el hombre y

por ética ambiental aquel conjunto de teorías y de prácticas que aseguran el desarrollo armónico de la naturaleza humana, he aquí que ecología, ética ambiental y bioética si no pueden considerarse coincidentes, tienen sin embargo muchos puntos de contacto e incluso una raíz común: la salvaguarda de lo humano en un mundo necesariamente transformado por la cultura y por la técnica. En esta perspectiva se puede hablar de “ecología humana”,⁷ entendida como estudio de un objeto que es naturalmente una totalidad ordenada, pero donde es posible introducir el desorden. Para un viviente, el orden natural consiste en la posibilidad de desarrollar armónicamente su naturaleza y en el caso del hombre, en las condiciones que le permiten vivir humanamente, o sea de madurar en libertad y responsabilidad. Salvaguardar el habitar significa por tanto garantizar que el *ser-en-el-mundo* del hombre pueda realizarse en una relación de armonía, sobre todo con los otros hombres y luego con el resto de los vivientes y con las cosas.

Es cuanto Arne Næss indica cómo uno de los primeros principios de la ecología: «*everything hangs together*», o sea «todo está en relación» y «todo depende de todo» [27, pp. 24 y ss.]. La expresión está bien lejana del representar una especie de profesión de panteísmo naturalístico. Está más bien cercana a la tesis leibniziana que todo es un microcosmos en el cual se refleja de algún modo y en escala reducida el entero macrocosmos. Esta idea, traducida en términos éticos, significa que existe una corresponsabilidad del todo, aun en aquellas que parecen simples conductas y decisiones privadas. Es evidente que la ecología humana posee no sólo una dimensión hermenéutica –reconocer e interpretar molestias y recursos– sino también normativa, o sea indicar estilos de vida y comportamientos justos o equivocados, dependiendo que favorezcan o no el desarrollo personal.

La psicología ambiental reserva hoy especial atención al nexo entre identidad y lugar. Se trata de una relación de transacción recíproca: por un lado, proyectamos aquello que somos en el lugar que habitamos, por otro lado es el lugar mismo el que define y consoli-

da comportamientos y hábitos que entran a formar parte de nosotros [28]. Se habla de *place identity* o *identidad de lugar*, para indicar que la unión con el lugar, en parte asimilable a la unión de apego, contribuye decisivamente a la definición y a la maduración de la identidad.⁸ La permanencia y la estabilidad permiten, de hecho, reconocer una continuidad en la propia biografía. Esto es particularmente relevante en algunas fases de la vida, como la infancia y la tercera edad, en las cuales la relación afectiva con el lugar asume una importancia especial, en el primer caso por el crecimiento de la autoestima, en el segundo por la conservación del recuerdo [28, p. 312].

Es evidente que no se refiere sólo al simple edificio o lugar geográfico, sino sobre todo a aquel lugar, como es la casa, que constituye «un espacio personal adecuado a nuestra más profunda naturaleza»⁹ donde se es acogido sin condiciones, y por tanto, se vuelve capaz de acoger, gracias a aquel particular tipo de relación de gratitud recíproca que se experimenta en la familia. Nuestra identidad es genealógica y es en el ámbito doméstico familiar que se ponen las raíces y se es luego capaz de proyectarse al exterior [29].

Son conocidas las investigaciones del psicólogo israelita Abraham Sagi que han desmentido las observaciones de Reimer y Kohlberg relativas a los niños crecidos en los *kibutz* israelitas alejados de los padres y confiados a diversas educadoras. Ellos habían llegado a la conclusión de que en estos niños se desarrollaba un carácter sin complicaciones neuróticas y con limitados comportamientos delinCUENCIAS [30]. Sagi, en cambio, poniendo a confrontación el apego afectivo de los niños crecidos en los *kibutz* con otros crecidos en familia, ha evidenciado cómo en los primeros (56%) el apego seguro fue más reducido respecto a los coetáneos crecidos en familia (80%), mientras los apegos inseguros eran más elevados (44%) respecto a los otros (20%). En conclusión, entre los niños de los kibbuts un porcentaje mayor presentaba una vulnerabilidad afectiva, observación confirmada también por el hecho de que cerca de 40% entre los 4 y los 6 años seguían chupándose el dedo, en medida muy superior respecto a los niños que vivían en familia (10%) [31].

Es innegable que hoy la construcción de un auténtico ambiente doméstico y la custodia de sus características presenten puntos críticos: el contexto social es fluido y es más difícil alcanzar una estabilidad, no sólo material sino también afectiva. Las variaciones posibles sobre el tema de la casa se han multiplicado: desde el pendular de los hijos entre casas diversas luego de la separación de los padres, a la más tardía separación de la propia casa de origen por quien tiene una ocupación precaria, a la dificultad para “poner casa” por parte de las parejas jóvenes, a la cada vez mayor permeabilidad entre los límites de la casa y del trabajo. Todo esto tiene una repercusión directa sobre la identidad personal, sobre la percepción del lugar a ocupar en el mundo y sobre la proyección en el futuro: como se ha observado, se ha pasado de la construcción de la identidad a un proceso de identificación que dura toda la vida [32, pp. 37 y ss.]. También el sistema urbano presenta nuevos problemas, con el anonimato de ciertos condominios, con la transformada relación entre centro y periferia, con los así llamados “barrios dormitorio” o las *cities* reservadas a las oficinas y desérticas por la tarde. Parece por tanto que la categoría de casa, entendida como lugar significativo e identificador esté en crisis. Hace cerca de dos decenios, Heller ha simplificado esta transformación a través de la confrontación entre dos personajes encontrados en el curso de sus viajes [17]. Un anciano propietario de un restaurante de Campo de Fiori en Roma, que en toda la vida no se había nunca alejado de su barrio y una mujer encontrada en un avión, la cual, a la pregunta “¿Dónde se siente en casa?”, había respondido: “Quizá donde vive mi gato”. El primer personaje es el símbolo de la “monogamia geográfica”, gracias a una unión con el centro y con la tradición, en un microcosmos hecho de caras conocidas y de ritmos habituales. Totalmente diversa, en cambio, la condición de la profesionalista, auténtica *globetrotter*, propietaria de tres departamentos en tres ciudades diversas y conocedora de cinco lenguas que hace parecer a Heller «una especie de monstruo desde el punto de vista cultural», «un producto final (pero *no* el producto final) de doscientos años de

historia moderna» [17]. Símbolo de la cultura del “presente absoluto”, sin ataduras con una comunidad con la cual compartir tradiciones y lengua, a esta mujer le queda como único vínculo el del animal *doméstico* precisamente, casi como recuerdo de una *domesticidad* una vez constituida por afectos y por presencias, ahora devorada por la multiplicación de lugares y por el frenesí de los tiempos.

A la morada parece sustituirse el *piédá-terre* o alojamiento, quizá confortable pero carente de referencias afectivas, donde se vive sin raíces y donde sólo un animal ha quedado para asegurar la experiencia de la domesticidad. La respuesta más que relevar un vacío manifiesta un vaciamiento: «La paradoja está en la respuesta con la cual se había presentado: “Estoy en casa ahí donde vive mi gato”, No me había respondido: “Mi casa es el mundo entero” o bien “mi empresa es mi casa” o “estoy en mi casa en el tiempo presente”. No, su casa es donde estaba su gato: donde un ser natural, que la “hace casa”, vive. Un animal tiene casa para una persona. Sin duda, ésta es una deconstrucción del término “casa”, “morada”, además que de la nostalgia; pero aparece también como regresión: volver al gato» [17].

Si bien continuando a ejercer su rol de centro, la casa resulta radicalmente depauperada de calidad humana, tanto que la unión con un animal –aun sí viviente– ha terminado por sustituir la unión con una persona querida. No es ya un lugar antropológico, sino se ha vuelto un *no-lugar* sin memoria y sin futuro [33]. Por otra parte, concluye Heller, la mujer es la demostración más evidente de la experiencia de la contingencia que la modernidad ha llevado consigo, deconstruyendo las categorías de espacio y tiempo, con el consiguiente eclipse de las ideas mismas de meta y de regreso. «Una interrogación ha remplazado el espacio imaginario en el cual se consideraba que nuestra vida estuviese plenamente realizada, el lugar establecido por nosotros para nuestra perfección» [17]. Sin embargo, si es verdad que en esta perspectiva la libertad asume el rostro de la aceptación de la contingencia, en la cual las infinitas opciones resultan todas igualmente posibles e indiferentes y que en definitiva se puede habitar dondequiera y también en ningún lugar,

la pregunta “¿dónde nos sentimos en casa?” no ha perdido actualidad. También las recientes investigaciones sociológicas muestran que no obstante las dificultades, se registra una voluntad de resistencia a la pérdida de significado de ciertas experiencias y se asiste al intento de crear procesos incluso mínimos de *domesticamiento* del espacio [34]. Un proceso que comporta tanto la creación de relaciones estables y significativas, sea la negociación de espacios y tiempos, con la consiguiente ritualización de ciertas prácticas. Traducido en términos éticos, esto puede suceder sólo gracias a la superación de la mentalidad individualista y a la capacidad de empeñarse, orientando los afectos y las elecciones en orden a un proyecto compartido que se vuelve por tanto significativo. Si bien las condiciones externas tengan un peso tal vez incluso relevante, la dificultad del “hacer casa” reside en aquella cerrazón relacional que impide la gratuidad y la reciprocidad y que puede inducir a identificar la casa como un conjunto de “habitaciones todas para sí” o en una prisión sofocante de la cual se busca cuanto antes evadir. La calidad de vida doméstica se funda sobre la calidad de las relaciones, que depende en definitiva de una práctica habitual de las virtudes. Sólo relaciones virtuosas permiten crear un lugar idóneo al desarrollo personal y también de hacer frente a eventuales dificultades materiales y ambientales.

En un horizonte cultural tan fluctuante, una ética del habitar puede ayudarnos a distinguir qué cosa cambia y qué cosa en cambio queda. Cambian los procesos y las prácticas, cambian también los contextos, más o menos complejos y problemáticos; pero quedan las exigencias de identidad, de pertenencia, de relación que constituyen dimensiones insuprimibles de la condición humana.

Referencias bibliográficas

¹ Esta categoría, ya elaborada en 1927 en *Ser y Tiempo*, tiene claras resonancias freudianas, si bien en Freud el término –traducido como “perturbante”– sea extre-

madamente complejo, haciendo referencia al cruce y a los mecanismos de remoción [9].

² Agradezco a Paola Mair por la traducción del texto alemán.

³ Análogamente, Räumen significa despejar un espacio hasta ahora ocupado, retirarse del campo de batalla, pero también trasladar de un cuarto a un departamento. Einräumen se refiere a la acción de acomodar y colocar algo en el interior de un contenedor, mientras Aufräumen indica el reordenar [12, p. 37].

⁴ Bachelard los resume en: valores de intimidad, valores de reposo, valores de sueño [5, pp. 25 e ss.].

⁵ Bollnow, como Sartre pero con algunas diferencias, recaba de Lewin la idea de espacio *odológico* o sea percibido como *camino-para*, en su significatividad de una conciencia que no es puramente contemplativa, sino orientada a la acción [12, pp. 199-202; 14; 15, p. 379].

⁶ Cfr.: Análoga crisis en la relación con la casa, se verifica en los niños después de la pérdida de uno de sus padres [21].

⁷ El término ha sido utilizado antes por San Juan Pablo II y luego retomado por el Magisterio sucesivo: «Mientras se preocupa justamente, aún sin mucho menos de lo necesario, de preservar los “hábitat” naturales de las diversas especies animales amenazadas de extinción, porque se da uno cuenta que cada una de ellas aporta una particular contribución al equilibrio general de la tierra, se empeña demasiado poco por *salvaguardar las condiciones morales de una auténtica “ecología humana”*. No sólo la tierra ha sido dada por Dios al hombre, que debe usarla respetando la intención originaria de bien, según la cual le ha sido donada; pero el hombre está donado a sí mismo por Dios y debe, por tanto, respetar la estructura natural y moral, de la cual ha sido dotado. Han de mencionarse, en este contexto, los graves problemas de la moderna urbanización, la necesidad de un urbanismo preocupado por la vida de las personas, como también la debida atención a una “ecología social” del trabajo» [26, n. 38].

⁸ A la identidad de lugar se atribuyen cinco funciones: reconocimiento, determinación de los significados, defensa del ansia, mediación en relación de los cambios y necesidades expresivas [28, p. 305].

⁹ La expresión es de J. Zutt, citada por Borgna [22, p. 299].

Referencias

¹ MINKOWSKI E. *Vers une cosmologie*. Paris: Aubier-Montaigne; 1936 (trad. it. *Verso una cosmologia*. Torino: Einaudi; 2015).

² MINKOWSKI E. *Spazio, intimità, habitat* en: *Cosmologia e follia. Saggi e discorsi*. Napoli: Guida; 2000: 67-82.

³ BINSWANGER L. *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Zürich: Niehans; 1942.

- ⁴ BINSWANGER L. *Ausgewahlte Aufsätze und Vorträge, Bd. 1: Zur phänomenologischen Anthropologie*. Bern: Francke; 1947 (trad. it. *Per un'antropologia fenomenologica*. Milano: Feltrinelli; 2007).
- ⁵ BACHELARD G. *La poetica dello spazio*. Bari: Dedalo; 2006.
- ⁶ STRAUS E. *Psychologie der menschlichen Welt*. Gesammelte Schriften. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer; 1960.
- ⁷ MERLEAU-PONTY M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard; 1945 (trad. it. *Fenomenologia della percezione*. Milano: Bompiani; 2003).
- ⁸ HEIDEGGER M. *Bauen, Wohnen, Denken in Vorträge und Aufsätze*. Pfullingen: Neske; 1954 (trad. it. *Costruire, abitare, pensare*. En: *Saggi e discorsi*. Milano: Mursia; 1976: 96-108).
- ⁹ FREUD S. *L'inquietante estraneità*. Roma: Lucarini; 1992.
- ¹⁰ MINKOWSKI E. *Les notions de distance vécue et d'ampleur de la vie et leur application en psychopathologie*. Journal de Psychologie 1930; 27 (9-10): 727-745.
- ¹¹ BORGNA E. *Prefazione*. En: MINKOWSKI E. *Cosmologia e follia. Saggi e discorsi*. Napoli: Guida; 2000.
- ¹² BOLLNOW OF. *Mensch und Raum*. Stuttgart: Kohlhammer; 2010.
- ¹³ PETROSINO S. *Capovolgimenti. La casa non è una tana, l'economia non è il business*. Milano: Jaca Book; 2008.
- ¹⁴ LEWIN K. *Der Richtungsbegriff in der Psychologie. Der spezielle und allgemeine hodologische Raum*. Psychologische Forschung 1934; 19: 249-299.
- ¹⁵ SARTRE JP. *L'essere e il nulla. La condizione umana secondo l'esistenzialismo*. Milano: il Saggiatore; 2002.
- ¹⁶ PALLASMAA J. *L'immagine incarnata. Immaginazione e immaginario nell'architettura*. Pordenone: Safarà; 2014.
- ¹⁷ HELLER A. *Dove siamo a casa*. Pisan lectures 1993-1998. Milano: Franco Angeli; 1999: 24-38.
- ¹⁸ HELLER A. *L'ossessione postmoderna per il tempo*. En: PAOLUCCI G. (curador). *Cronofagia: la contrazione del tempo e dello spazio nell'era della globalizzazione*. Milano: Guerini e Associati; 2003.
- ¹⁹ VAN TILBURG M.A., VINGERHOETS A.J., VAN HECK J.L. *Homesickness: a review of the literature*. Psychological Medicine 1996; 26 (5): 899-912.
- ²⁰ TELLENBACH H. *Melancholia. Storia del problema, endogenicit , tipologia, patogenesi, clinica*. Roma: Il Pensiero Scientifico; 1975.
- ²¹ WERNER-LIN A., BIANK N.M. RUBENSTEIN B. *There's No Place Like Home: Preparing Children for Geographical and Relational Attachment Disruptions Following Parental Death to Cancer*. Clinical Social Work Journal 2010; 38: 132-143.
- ²² BORGNA E. *L'abitare come struttura antropologica e come situazione predepressiva*. En: BORGNA E. *Nei luoghi perduti della follia*. Milano: Feltrinelli; 2008: 296-312.
- ²³ BENASAYAG M., SCHMIT G. *L'epoca delle passioni tristi*. Milano: Feltrinelli; 2004.
- ²⁴ MANZO L.C. *Beyond house and haven: toward a revisioning of emotional relationships with places*. Journal of Environmental Psychology. 2003; 23: 47-61.
- ²⁵ FRANCESCO. *Lettera Enciclica Laudato si'*, 24 maggio 2015.
- ²⁶ GIOVANNI PAOLO II. *Lettera Enciclica Centesimus Annus*, 1 maggio 1991.

²⁷ NÆSS A. *Introduzione all'ecologia*. Traduzione e introduzione a cura Valera L. Pisa: ETS; 2015.

²⁸ BONAIUTO M., TWIGGER-ROSS C., BREAKWELL G. *Teorie dell'identità e psicologia ambientale*. En: BONNES M., BONAIUTO M., LEE T. (eds.). *Teorie in pratica per la psicologia ambientale*. Milano: Raffaello Cortina; 2004: 287-330.

²⁹ RICCI SINDONI P. *Pratiche del dono e paradigma della filialità*. En: BREZZI F., RUSSO M.T. (curadores). *Oltre la società degli individui. Teoria ed etica del dono*. Torino: Bollati Boringhieri; 2011: 162-181.

³⁰ SNAREY J.R., REIMER J., KOHLBERG L. *Development of social-moral reasoning among Kibbutz adolescents: A longitudinal cross-cultural study*. *Developmental Psychology* 1985; 21 (1): 3-17.

³¹ SAGI A. Y AL., *Sleeping Out of Home in a Kibbutz Communal Arrangement: It Makes a Difference for Infant-Mother Attachment*. *Child Development* 1994; 65 (4): 992-1004.

³² RAMPAZI M. *Il divenire della casa*. En: LECCARDI C., RAMPAZI M., GAMBARDELLA M.G. *Sentirsi a casa. I giovani e la riconquista degli spazi-tempi della casa e della metropoli*. Torino: Utet; 2011.

³³ AUGÉ M. *Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*. Milano: Elèuthera; 1996.

³⁴ RAMPAZI M. *La ricerca della propria casa*. En: LECCARDI C., RAMPAZI M., GAMBARDELLA M.G. *Sentirsi a casa. I giovani e la riconquista degli spazi-tempi della casa e della metropoli*. Torino: Utet; 2011: 60-86.

Corporeality and quality of living between ethics and ecology

María Teresa Russo

Abstract

The philosophical anthropology developed in the first half of the 20th century has focused in particular on the question of the relationship between man and the environment, underlining the specific human modality of living in the world. Living represents an anthropological structure which refers not only to human technical capacity but above all to man's incarnate existence and the need for roots and relationships, which finds a unique expression in the category of home. Multiple knowledges come face to face on this issue: environmental psychology, architecture, and sociology, to mention just a few. The article analyzes the function and new critical problems of space-home and of related urban planning within the development and expression of personal and relational identity, as well as within the promotion of a sustainable lifestyle. Given the direct interrelation between domestic space, urban spaces and human behavior, quality of living directly concerns bioethics as an area of "human ecology" that is inseparable from reflections on the meanings of behavior and on the categories of identity and quality of life that imply a common ethos.

Department of Science Education, Roma Tre University, Rome.
Correspondence: María Teresa Russo, Department of Science Education, Università Roma Tre, Via Milazzo 11/b, 00186, Rome, Italy;
e-mail: mariateresa.russo@uniroma3.it
Original title *Corporeità e qualità dell'abitare tra etica ed ecologia*. Published in the magazine *Medicina e Morale* 2016/6. Pages 747-758. Translation was not reviewed by the author.

Keywords: home, domesticity, human ecology, environmental psychology.

1. The anthropological meaning of living

It can be said that in the history of philosophical thought time has enjoyed a privileged position with respect to space, investigated primarily in its objective dimension, in other words as a three-dimensional extension able to contain sensitive objects or as a system of relationships between bodies. In the first half of the 20th century, thanks to the phenomenological analysis of Husserl and Scheler and Heidegger's existentialism, the topic of the spatial condition of human existence, of space lived and interpreted by consciousness, assumed a central place in philosophical reflection. Along these lines, in the early 1930s, in the psychological and psychopathological field, the problematic of lived space appears more and more frequently, almost always in close correlation with the analysis of time. Minkowski followed up his essay on lived time (1933) with several contributions on lived distance and on lived space, theater of action, and intentional plot, ordered and measured by the experiencing ego [1-2]. There would be no shortage of reflections from other scholars, such as Binswanger [3-4], Bachelard [5] and later Straus [6], almost all in debt to Heidegger's thought but also to successive analyses by Merleau Ponty [7].

Perhaps because of sensitivity in relation to the new existential condition of man and displeasure caused by the loss of security in a tradition, the inquiry into the human way of inhabiting the world is frequently related to the phenomenon of putting down roots and its opposite, solitude or deprivation.

At a well-known conference given in 1951 at the architecture congress in Darmstadt, entitled "Building, Dwelling, Thinking", Heidegger deemed the crisis of habitat as "the crisis" par excellence, a sign of the displacement and depopulation of contemporary

man. Dwelling, according to the German philosopher, is the typically human way of being in the world. Linked to this is the category of *care*, the fundamental structure of existence, which expresses at the same time planning and commitment, coexistence and work. Thanks to care, man opens himself to the future, projecting himself towards others and towards things and entering into harmony with his horizon, which becomes, in a way, a home. If that does not happen, the world remains as an uninhabited space and man is deprived of a horizon, uninhabited, *unheimlich*, without a home.¹ The *Unheimlichkeit*, even in its polysemy, always expresses *not-feeling-at-home*, being placed outside a familiar and reassuring place. It indicates strangeness, inability to recognize and identify. Synthesizing all the concepts of *Heim*, home and *Heimat*, homeland, *heimlich* encapsulates meanings of “intimate”, “familiar”, “trusting”, “tranquil”, “domestic”, where *unheimlich* is “disturbing”, “strange”, “disquieting”.

Domestication, or its result, *domesticity*, are the opposite of depopulation, and they represent the tranquilizing condition of one who is comfortable in a place that is configured as a “dwelling”, a stable and familiar arrival point where time becomes duration, in other words biographic continuity.

The connecting thread is also the controversy in relation to the geometrizing tendency of the so-called “natural sciences” that consider space in its measurability and extension, to instead shift the attention to its emotive and biographical dimensions as part of the “*lifeworld*” in the Husserlian sense. In this perspective, Minkowski emphasizes how distance is not the juxtaposition of points in space but has a qualitative character and moves with the displacement of the subject [10]. The difference in meaning between “*spatia*” and “*spacious*” is an example: the first adjective indicates a property of space, the second a human abstraction. “*Spacious*” is not synonymous with «vast» but alludes to feeling at ease in a space considered in relation to the self, to the measure itself, perceived in its dynamic and living dimension [2, p. 71].

Eugenio Borgna remarks on the difference between the analytical and objectivist perspective with which the natural sciences, which necessarily act to reduce the aspects examined, look at space and the specific experience that we have instead: “We can certainly measure objectivity, with infinitely analytical precision, the length or consistency of the path in a forest along which we enter, but that is not how we know *what is* a path in the forest, that is, what is the meaning of its encounter in each one’s experience: the ranger, the inhabitant of the place, the occasional tourist, the lovebirds that walk through for the first time, and so on. For all of them, it is an encounter that fades along the path, experienced from time to time within the constitutive emotions are interwoven with one’s own history, one’s own biography and one’s relationship with others” [11, p. 8].

Just as mathematical time measured by the clock is different from time and consciousness, the Bergsonian *durée*, the abstract space of the mathematician and the physicist compared with the lived space is radically different. Bollnow, in his work *Mensch und Raum* (1963) [12], observes that the three-dimensional Euclidean space has homogeneity as a property, so that there is no perfect or central point with respect to another, although by means of a system of coordinates a central point of space can somehow be individualized. From this it follows that there is not even a preferred direction within such a space, since based on one’s movement one can choose and take into account a certain axis, that this also has no “precedence” over another axis. In the case of lived space, however, there is a perfect and central point defined and personalized by whoever experiences and occupies it and, additionally, a precise axial system attached to the upright position of the person and therefore to the force of gravity. Areas and places are qualitatively different from one another; for this reason, contrary to mathematical space, lived space is structured and articulated, not homogeneous. It is also a finite space, delineated by clear contours that can, however, be enlarged and expanded in infinite amplitude

by means of successive experiments. Therefore, it cannot be neutral, so much so that each zone carries with it a different meaning assigned by the person who lives it.

Lived space is therefore at the disposal of man, as is also apparent from the Bollnowian etymological analysis of the two German terms: *Platz* y *Raum*² [12, pp. 31-36]. The first indicates place or position, or the available space in the world. The second implies a place, referring to the transcendental condition of man and has priority over all other places. Etymologically the term *Raum* comes from *Räumen*, meaning to clear a room, create a clearing in the forest, clean up, colonize, an expression used by settlers. With this, Bollnow emphasizes that the place is not given, it is not something that pre-exists but is the result of the intervention of man, who deforests and creates openness. It is a space available for vital movement, room to maneuver for the action of an existence that is carried out therein.³

The “place” is the inhabited space, relative to singularity, always qualified or updated and transformed. According to Petrosino, “the place is the effect of a ‘curvature of space’ produced by the existence of a particular being” [13, p. 9]. This means that any reflection on the place requires, as a premise and as a condition, a reflection on the one who inhabits and establishes it, on its being and on the meaning of its existence. Any “topology” calls for anthropology.

2. The house as a spatial and existential reference horizon

As Herdegger observed, man’s dwelling is essentially a concern for caring. To dwell is the opposite of remaining in a casual point of space: it means to belong and to be rooted in a certain place, which is also a center to be anchored to, a refuge to escape the dangers of the outside world, a point to always return to. For man, the cen-

ter of the world is his home: «the human place *par excellence*, where he can be included and where acceptance and hospitality is possible» [13, p. 11; 5, pp. 47-48]. The category of the home is not equivalent to simple possession of a room but comprises a system of relationships, of practices that respond to some fundamental human needs. In a certain sense man, in addition to seeking his center, must also learn to reside, “Habitat, room, apartment, lodging, domicile, dwelling, residence, a ‘roof over your head’, ‘home’ –so many terms for what seems to be the same object” [2, p. 78]. In addition to the need for stability and security, together with the corporeality that makes man vulnerable and dependent on care, the home reflects other non-material needs: the need for intimacy, the need for identity and belonging, the need for relationship.⁴

At home, man appropriates a space that constitutes his own image and likeness, establishing there a relationship with his own body and his own sensitive perception. When man dwells, therefore, it means that he is incarnated in something. And if dwelling in the body is a particular way of dwelling, inasmuch as it is an indissoluble union, then dwelling in an house or in general in space can be understood as a kind of incarnation [12, p. 286]. It is not by chance that we speak of tactile, acoustic and visual space, occasionally measured by the sense organs and interpreted by emotions, by imagination and by memory. From this perspective, the home is a metaphor for the body and the body is a metaphor for the home, which is the space and limit of its movement and action.

“Livable” is therefore the space that allows man’s body to not only be, but to be well and able to act.⁵ As the architect Pallasmaa observes, it can be said that the various parts of a house correspond to parts of the human body and various sensory experiences: “the windows are the fragile eyes of the room, which observe the world and watch the visitor. A broken window raises an unpleasant image, which is born of an unconscious association with a dama-

ged eye. [...] The eyes of a house choose the landscape, and they see it before man's eyes. The world seen through a window is a tamed and domesticated world" [16, p. 165]. This is why a room without windows imprisons the imagination and requires a greater effort. Pallasmaa continues: "In a similar way, the door is at the same time a sign to stop and an invitation to enter. The main door of the house is challenges the body through its own weight, ritualizes entry and forces us to prefigure the rooms and the life that lies beyond. The door creates silence, but at the same time it is a symbol of voices locked both inside and outside. Opening a door represents an intimate physical encounter between the house and the body; the body finds the mass, the materiality and the surface of the door, and the handle offers us its handshake of welcome and familiarity" [16, p. 166]. Hence his criticism of the misuse of glass in doors and walls and of automation, which take away from the acts of entering and leaving, from the rising and falling of their existential significance. Hypertechnological environments not only end up atrophying our motor skills but also run the risk of transforming the house into a machine to inhabit, where saving time is are resolved in a sense of strangeness and lack of imagination.

In the home, stability, custom but above all familiarity are synthesized by a network of meaningful unions and discursive space in which there is a daily praxis interwoven with communication. Agnes Heller, who regards *being home (das Zuhause)* as "one of the few constants of the human condition" [17], referring specifically to Heidegger relates domesticity to the need for center, which reveals structure in human beings and man's dissatisfaction in a globalized universe. For Heller, the home is precisely the "fixed point" in space from which to leave and to always return. In the modern world, in which interiority is threatened and runs the risk of fading, it is necessary to "exercise an attitude of return" [18, p. 54], which is expressed above all by returning home, in addition to the ability to preserve memories and find ways to escape the pressure of time. It

is not therefore simply a room: it is an accumulation of affection and memories, an emotional and cognitive context capable of offering stability and serenity in today's depopulation. "Where silence is not threatening, we can no doubt consider ourselves at home" [17].

In many psychopathology essays *homesickness* is described [19] and could be translated as "nostalgia for home" and "depression from changing homes": both, in a non-reductive anthropological inquiry, point to an essential feature of the human condition. According to some, since human existence is "situated" or ordered in a significant location where everything has its place and finds its order, separation from the family location represents a violent existential wound, which in the most melancholic persons can cause depression. Changing homes represents a potentially pathogenic situation inasmuch as it is a drastic suspension of our being rooted in the world, the collapse of that order and of that daily life that conferred security and well being [20].⁶ Borgna shares such theories only partially and instead uses clinical experience with an elderly patient to deepen the phenomenon in more exquisitely anthropological code, as a rupture not so much of a spatial-geometric nature, but subjective-prospective nature [22]. The displeasure from changing houses is caused by the decay of an atmosphere of trust and intimacy with a petrification of affections: "That which meant something *before* has been transformed into radical insignificance. What *before* was familiar and known has become strange and hollow" [22, p. 310].

Such an experience can also be felt not so much in changing houses but in not being able to *feel at home*. In a culture that tends to be acentric, man is exposed to the loss of roots and associations at the risk of becoming a fugitive in a strange world. The constant perception of the future as a threat or the tortuous mistrust of interpersonal relationships, which ushers in pessimism, is proof of this [23].

3. Human ecology and ethics of living

The analysis thus far is not intended to propose a romantic mythology about the house or an idyllic vision that eludes criticism and new issues [24]. Furthermore, it is precisely on these that we want to pause, to show the connection between the considerations presented above and the ethical perspective. To what extent are ethics and bioethics involved in the question of living and in the home? For this purpose, an observation of a socio-anthropological nature contained in the Encyclical Letter *Laudato si'* is significant: "To be able to speak of authentic development, it will be necessary to verify that there is an integral improvement in the quality of human life, and this implies analyzing the space in which human existence unfolds. The environment in which we live influences our way of seeing life, of feeling and acting. At the same time, in our room, in our home, in our workplace and in our neighborhood, we use the environment to express our identity. We strive to adapt to the environment, and when it is disorderly, chaotic or saturated with visual or acoustic contamination, the excess of stimuli tests our efforts to develop an integrated and happy identity" [25, n. 147].

The quotation invites us to reflect on an essential point: the quality of the environment is understood not only in a material and biological sense but also in a relational sense, and as such has a moral character. If we understand environment or "*oikos*" as the place inhabited by man and environmental ethics as that set of theories and practices that ensure the harmonious development of human nature, this is where ecology, environmental ethics and bioethics, even if they cannot be considered coincident nonetheless have many points of contact and even a common root: the safeguarding of the human in a world essentially transformed by culture and by technology. From this perspective, one can speak of "human ecology,"⁷ understood to be the study of an object that is naturally an ordered whole, but where is it possible to introduce disorder. For a living being, the natural order revolves around the

possibility of harmoniously developing its nature and in the case of man, the conditions that allow him to live humanly, that is, to mature in freedom and responsibility. Safeguarding the dwelling means, therefore, to ensure that man's *being-in-the-world* can be fulfilled in a relationship of harmony with other humans first of all, and then with other living beings and things.

This is what Arne Næss indicates as one of the first principles of ecology: “everything hangs together”, that “everything is related” and “everything depends on everything” [27, pp. 24 and ss.]. The expression is far from representing a kind of declaration of naturalistic pantheism. Rather is it close to the Leibnizian thesis that everything is a microcosm in which the whole macrocosm is reflected in some way and on a reduced scale. This idea, translated in ethical terms, means that there is a co-responsibility for everything, even for what seems to be simply private decisions and behaviors. It is evident that human ecology possesses not only a hermeneutic dimension –recognizing and interpreting nuisances and resources– but also normative, that is to say, right or wrong ways of lifestyles and behaviors, depending on whether or not they favor personal development.

Environmental psychology today pays special attention to the nexus between identity and place. It is a reciprocal transaction relationship: on one hand, we project what we are in the place we inhabit, and on the other hand it is the place itself that defines and consolidates behaviors and habits that become part of us [28]. “Place identity” is understood to mean a merger with the place, in some ways comparable to attachment, which contributes decisively to the definition and maturing of identity.⁸ The permanence and stability allow, in fact, for recognizing the continuity of one's own biography. This is particularly relevant in certain stages of life, such as childhood and old age, in which the affective relationship with the place assumes a special importance. In the first case by the growth of self-esteem and in the second, by preserving memories [28, p. 312].

It is evident that it does not refer just to the building or geographical place, but above all to that place, such as home, which constitutes “a personal space suited to our deepest nature” where one is welcomed without conditions and therefore becomes able to receive, thanks to that particular type of relationship of reciprocal gratuity that is experienced in the family. Our identity is genealogical, and it is in the family domestic sphere that roots are planted, enabling us to project ourselves to the outside world [29].

The research of the Israeli psychologist Abraham Sagi are well-known and have refuted Reimer and Kohlberg’s observations concerning children raised on Israeli kibbutz away from their parents and entrusted to various educators. Reimer and Kohlberg had come to the conclusion that these children developed a character with no neurotic complications and limited delinquent behavior [30]. Sagi, on the other hand, showed that in the first group (56%), secure attachment was lower than in family-raised peers (80%), while tentative attachments were higher (44%) compared to the others (20%). In conclusion, among children in the kibbutz, a higher percentage had an affective vulnerability, an observation also confirmed by the fact that about 40% of those between the ages of 4 and 6 continued to suck their thumbs, much higher than the children who lived with their family (10%) [31].

It is undeniable that today creating a genuine domestic environment and maintaining its characteristics raises critical issues: the social context is fluid, and it is more difficult to achieve stability, not only material but also affective. The possible variations on the subject of home have multiplied: from children transitioning between different houses following the separation of their parents, to those with a precarious job situation having to separate from their original house, to the difficulty in “setting up a home” for young couples, to the increasing permeability between the limits of home and work. All this has a direct impact on personal identity, on the perception of a place to occupy in the world and on a forecast for the future: as we have seen, we have moved from the construction

of identity to a lifelong process of identification [32, pp. 37 and ss.]. The urban system also presents new problems, with the anonymity of certain condominiums, the transformed relation between center and periphery, the so-called “bedroom communities” or the cities reserved for offices and deserted at night. It appears that the category of home, understood as a significant place and identifier, is in crisis. Nearly two decades ago, Heller simplified this transformation through a comparison between two characters encountered in the course of his travels [17]. An elderly restaurant owner in Campo de Fiori in Rome, who had never been away from his neighborhood and the woman he met on an airplane who, to the question “Where do you feel at home?” replied: “Maybe where my cat lives”. The restaurant owner symbolizes “geographic monogamy” thanks to the union of center and tradition, in a microcosm made up of familiar faces and habitual rhythms. On the other hand, the professional woman, a real globetrotter, who owns three apartments in three different cities and speaks five languages, appears to Heller as “a kind of monster from a cultural point of view”, the “end product (but *not* the end product) of two hundred years of modern history” [17]. A symbol of the culture of the “absolute present”, without ties to a community which shares traditions and language, whose only link to community is a *domestic* animal, almost as a reminder of the *domesticity* once comprised of affection and presence, now devoured by the multiplication of places and by the frenzy of the times.

The dwelling seems to replace the *pied-à-terre* or lodging, perhaps comfortable but lacking affective references, where one lives without roots and when only an animal is left to ensure the experience of domesticity. The answer, rather than relieving a void, shows an emptiness: “The paradox is in the response with which it had appeared: ‘I am at home where my cat lives’; she had not responded ‘My home is the whole world’ or ‘My business is my home’ or ‘I am at home right now’. No, her home was where her cat was: where a natural being, who ‘makes her home’, lives. An

animal has a house for one person. Undoubtedly, this is a deconstruction of the term ‘home’, ‘dwelling’, as well as nostalgia; but it also appears as regression: to return to the cat” [17].

While continuing to play its role as center, the house is radically depleted of human quality, so much so that the union with an animal—even if living—has ended up replacing the union with a loved one. It is no longer an anthropological place but has become a *non-place* with no memory and no future [33]. On the other hand, Heller concludes that this woman is the most obvious demonstration of the experience of contingency that modernity has taken with it, deconstructing the categories of space and time, with the consequent eclipse of the ideas of goal and return. “An enigma has replaced the imaginary space in which our life was considered to be fully realized, the place established by us for our perfection” [17]. However, if it is true that in this perspective freedom assumes the face of the acceptance of contingency, in which the infinite options are all equally possible and indifferent and that in the end can be inhabited anywhere and nowhere, the question “Where do we feel at home?” has not lost relevance. Also recent sociological research shows that despite the difficulties, there is a willingness to resist the loss of meaning of certain experiences and this helps in the attempt to create even minimal processes of *domestication* of space [34]. A process that involves both the creation of stable and meaningful relationships, or the negotiation of spaces and times, and the consequent ritualization of certain practices. Translated into ethical terms, this can happen only by overcoming the individualist mentality and the ability to engage, orienting affections and choices toward a shared project that becomes therefore significant. Although external conditions are perhaps relevant, the difficulty of “making a home” lies in a relational closing-off that inhibits generosity and reciprocity and that can induce one to identify the house as a set of “rooms all for oneself” or a suffocating prison from which one seeks to escape as soon as possible. The quality of domestic life is based on the quality of relationships, which ultimately

depends on a habitual practice of virtues. Only virtuous relationships allow us to create a suitable place for personal development as well as face possible material and environment difficulties.

In such a fluctuating cultural horizon, an ethic of living can help us to distinguish what changes and what remains. Processes and practices change: contexts, more or less complex and problematic, also change. But the need for identity, belonging, and relationship that constitute irrepressible dimensions of the human condition remains.

Bibliography

- ¹ MINKOWSKI E. *Vers une cosmologie*. Paris: Aubier-Montaigne; 1936 (trad. it. *Verso una cosmologia*. Torino: Einaudi; 2015).
- ² MINKOWSKI E. *Spazio, intimità, habitat* en: *Cosmologia e follia. Saggi e discorsi*. Napoli: Guida; 2000: 67-82.
- ³ BINSWANGER L. *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Zürich: Niehans; 1942.
- ⁴ BINSWANGER L. *Ausgewählte Aufsätze und Vorträge, Bd. 1: Zur phänomenologischen Anthropologie*. Bern: Francke; 1947 (trad. it. *Per un'antropologia fenomenologica*. Milano: Feltrinelli; 2007).
- ⁵ BACHELARD G. *La poetica dello spazio*. Bari: Dedalo; 2006.
- ⁶ STRAUS E. *Psychologie der menschlichen Welt*. Gesammelte Schriften. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer; 1960.
- ⁷ MERLEAU-PONTY M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard; 1945 (trad. it. *Fenomenologia della percezione*. Milano: Bompiani; 2003).
- ⁸ HEIDEGGER M. *Bauen, Wohnen, Denken in Vorträge und Aufsätze*. Pfullingen: Neske; 1954 (trad. it. *Costruire, abitare, pensare*. En: *Saggi e discorsi*. Milano: Mursia; 1976: 96-108).
- ⁹ FREUD S. *L'inquietante estraneità*. Roma: Lucarini; 1992.
- ¹⁰ MINKOWSKI E. *Les notions de distance vécue et d'ampleur de la vie et leur application en psychopathologie*. *Journal de Psychologie* 1930; 27 (9-10): 727-745.
- ¹¹ BORGNA E. *Prefazione*. En: MINKOWSKI E. *Cosmologia e follia. Saggi e discorsi*. Napoli: Guida; 2000.
- ¹² BOLLNOW OF. *Mensch und Raum*. Stuttgart: Kohlhammer; 2010.
- ¹³ PETROSINO S. *Capovolgimenti. La casa non è una tana, l'economia non è il business*. Milano: Jaca Book; 2008.
- ¹⁴ LEWIN K. *Der Richtungsbegriff in der Psychologie. Der spezielle und allgemeine hodologische Raum*. *Psychologische Forschung* 1934; 19: 249-299.

- ¹⁵ SARTRE J.P. *L'essere e il nulla. La condizione umana secondo l'esistenzialismo*. Milano: il Saggiatore; 2002.
- ¹⁶ PALLASMAA J. *L'immagine incarnata. Immaginazione e immaginario nell'architettura*. Pordenone: Safarà; 2014.
- ¹⁷ HELLER A. *Dove siamo a casa*. Pisan lectures 1993-1998. Milano: Franco Angeli; 1999: 24-38.
- ¹⁸ HELLER A. *L'ossessione postmoderna per il tempo*. En: PAOLUCCI G. (curador). *Cronofagia: la contrazione del tempo e dello spazio nell'era della globalizzazione*. Milano: Guerini e Associati; 2003.
- ¹⁹ VAN TILBURG M.A., VINGERHOETS A.J., VAN HECK J.L. *Homesickness: a review of the literature*. *Psychological Medicine* 1996; 26 (5): 899-912.
- ²⁰ TELLENBACH H. *Melancolia. Storia del problema, endogenicità, tipologia, patogenesi, clinica*. Roma: Il Pensiero Scientifico; 1975.
- ²¹ WERNER-LIN A., BIANK N.M, RUBENSTEIN B. *There's No Place Like Home: Preparing Children for Geographical and Relational Attachment Disruptions Following Parental Death to Cancer*. *Clinical Social Work Journal* 2010; 38: 132-143.
- ²² BORGNA E. *L'abitare come struttura antropologica e come situazione predepressiva*. En: BORGNA E. *Nei luoghi perduti della follia*. Milano: Feltrinelli; 2008: 296-312.
- ²³ BENASAYAG M., SCHMIT G. *L'epoca delle passioni tristi*. Milano: Feltrinelli; 2004.
- ²⁴ MANZO L.C. *Beyond house and haven: toward a revisioning of emotional relationships with places*. *Journal of Environmental Psychology*. 2003; 23: 47-61.
- ²⁵ FRANCESCO. *Lettera Enciclica Laudato si'*, 24 maggio 2015.
- ²⁶ GIOVANNI PAOLO II. *Lettera Enciclica Centesimus Annus*, 1 maggio 1991.
- ²⁷ NÆSS A. *Introduzione all'ecologia*. Traduzione e introduzione a cura Valera L. Pisa: ETS; 2015.
- ²⁸ BONAIUTO M., TWIGGER-ROSS C., BREAKWELL G. *Teorie dell'identità e psicologia ambientale*. En: BONNES M., BONAIUTO M., LEE T. (eds.). *Teorie in pratica per la psicologia ambientale*. Milano: Raffaello Cortina; 2004: 287-330.
- ²⁹ RICCI SINDONI P. *Pratiche del dono e paradigma della filialità*. En: BREZZI F., RUSSO M.T. (curadores). *Oltre la società degli individui. Teoria ed etica del dono*. Torino: Bollati Boringhieri; 2011: 162-181.
- ³⁰ SNAREY J.R., REIMER J., KOHLBERG L. *Development of social-moral reasoning among Kibbutz adolescents: A longitudinal cross-cultural study*. *Developmental Psychology* 1985; 21 (1): 3-17.
- ³¹ SAGI A. Y A.L. *Sleeping Out of Home in a Kibbutz Communal Arrangement: It Makes a Difference for Infant-Mother Attachment*. *Child Development* 1994; 65 (4): 992-1004.
- ³² RAMPAZI M. *Il divenire della casa*. En: LECCARDI C., RAMPAZI M., GAMBARDELLA M.G. *Sentirsi a casa. I giovani e la riconquista degli spazi-tempi della casa e della metropoli*. Torino: Utet; 2011.
- ³³ AUGÉ M. *Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*. Milano:Elèuthera; 1996.

³⁴ RAMPAZI M. *La ricerca della propria casa*. En: LECCARDI C., RAMPAZI M., GAMBARDELLA M.G. *Sentirsi a casa. I giovani e la riconquista degli spazi-tempi della casa e della metropoli*. Torino: Utet; 2011: 60-86.

Bibliography references

¹ This category, already elaborated in 1927 in *Being and Time*, has clear Freudian resonances, although in Freud the term –translated as “disturbing”– is extremely complex, referring to the interchange and mechanisms of removal [9].

² My thanks to Paola Mair for translation from the German text.

³ Similarly, *Räumen* means clearing a previously occupied space, withdrawing from the battlefield but also moving from a room to an apartment. *Einräumen* refers to the act of accommodating and placing something inside a container, while *Aufräumen* indicates reorganizing [12, p. 37].

⁴ Bachelard summarizes them as: values of intimacy, values of rest, and values of sleep [5, pp. 25 e ss.].

⁵ Bollnow, like Sartre but with some differences, borrows from Lewin the idea of *hodological* space, perceived as a *path-to*, in its significance as a consciousness that is not purely contemplative but action-oriented [12, pp. 199-202; 14; 15, p. 379].

⁶ Cfr.: An analogous crisis in the relationship with the home is verified in children after the loss of one of their parents [21].

⁷ The term has been used before by St. John Paul II and then taken up by the successive Magisterium: “While he is justly concerned, even if much less than necessary, with preserving the natural ‘habitats’ of the various animal species threatened with extinction, because one realizes that each of them contributes something particular to the general equilibrium of earth, there is too little committed to *safe-guarding the moral condition of a true ‘human ecology’*. Not only has the earth been given by God to man, who must use it respecting the original honorable intention according to which it has been given, but man is given himself by God and must therefore respect the natural and moral structure of that which has been endowed to him. In this context, the serious problems of modern urbanization, the need for urban planning focused on people’s lives, and due attention to a ‘social ecology’ must be mentioned.” [26, n. 38].

⁸ Five functions are attributed to place identity: recognition, determination of meanings, defense of anxiety, mediation in relation to changes, and expressive needs [28, p. 305].

⁹ The expression is from J. Zutt, cited by Borgna [22, p. 299].

Declaraciones anticipadas de tratamiento y asistencia de enfermería. Orientaciones decisionales de los enfermeros en la indagación empírica

*E. Bassi, A.M. Bonfadini**, V. Daliso***, A.G. Spagnolo*****

Resumen

El presente trabajo constituye un análisis de una investigación empírica que ha tenido el objetivo de reflexionar sobre el tema de las declaraciones anticipadas de tratamiento, así como son percibidas en la asistencia de enfermería, buscando entender cuáles aspectos, en qué medida puedan influenciar la asistencia de enfermería y cómo, en consecuencia, ésta podría evolucionar. Han sido explorados además algunos aspectos referentes a la formación de los enfermeros sobre tal temática, las orientaciones decisionales de enfermería frente a estos documentos, y los aspectos deontológicos y profesionales que podrían modificarse en el futuro.

De 64 enfermeros contactados, 32 han aceptado tomar parte en el estudio. A éstos ha sido suministrado un cuestionario subdividido en modo de indagar los principales aspectos de la investigación. De la indagación empírica emerge la favorable adhesión

* Enfermero de la Fundación San Biagio Cavriana Mantova.

** Responsable del Área de Formación de la Fundación Teresa Camplani–Esclavas de la Caridad, Brescia.

*** Doctor en Investigación en Bioética.

**** Profesor Titular de Medicina Legal y de los Seguros; Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía «A. Gemelli», Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma (E-mail: Viviana.daliso@rm.unicatt.it).

Título original: *“Dichiarazioni anticipate di trattamento e assistenza infermieristica. Orientamenti decisionali degli infermieri in una indagine empirica”*. Publicado en la Revista *Medicina e Morale* 2014/6, páginas: 969-995. La traducción no fue revisada por los autores.

de los enfermeros respecto de las declaraciones anticipadas de tratamiento, que son vistas como un documento que puede ser de ayuda tanto para el paciente como para el operador sanitario en momentos frágiles y delicados de la asistencia humana.

De los resultados emerge también que para mejorar el significado de las declaraciones anticipadas será necesaria una adecuada formación de los enfermeros, sobre todo en ámbitos de la ética clínica y médico-legal, ámbitos en los cuales hoy parecen no estar preparados. Se pone en evidencia además, la importancia de la colaboración entre los miembros de un equipo para llegar a realizar una planificación asistencial compartida por los pacientes, o al menos definir mejor el posible rol que precisamente el enfermero podría asumir en el curso de la redacción de las declaraciones anticipadas por parte del paciente, como resultado de la evolución de la figura del enfermero también como educador.

Summary

This article proposes a description of an empirical research that has the aim to reflect on advance directives as perceived in nursing care, trying to figure out, in what ways and to what extent, they may affect nursing care and how they consequently will evolve. The study also investigated other aspects such as: the training of nurses on this theme, the perceptions of nurses about these documents and, finally, the aspect related to professional ethics that may change in the future.

Of the 64 nurses contacted, 32 agreed to take part in the study. The questionnaire was elaborated to investigate the main areas of research. From the answers given, it emerges a favorable adhesion of nurses to advance directives, in so far these documents are perceived as helpful for both the patient and the health care worker in a fragile and delicate moments of human existence.

The results show, furthermore, that for improving the significance of advance directives, an adequate training of nurses is necessary, especially in the areas of clinical ethics and forensic medicine, where there is a paucity of information. From the survey, it also emerges, the importance of the collaboration within the équipe to

realize a better and shared care for patients. So far, for the nurse, it will emerge a possible role as educator.

Palabras clave: orientación decisional, declaraciones anticipadas, asistencia de enfermería.

Key words: decision making, advance directives, nursing care.

Introducción

El tema del fin de la vida está entre aquellos que de manera más fuerte impresionan a la opinión pública, sobre todo recientemente por sus implicaciones éticas y jurídicas. El debate sobre este particular y doloroso aspecto relativo a la existencia humana ha sido afrontado en relación con diversos aspectos: los que se refieren a la eutanasia, aquellos que tocan la cuestión del ensañamiento terapéutico, y aquellos que en cambio tienen como objeto la discusión sobre las declaraciones anticipadas de tratamiento y el testamento biológico.¹ En este artículo se hará referencia sólo a las declaraciones anticipadas de tratamiento.²

Las declaraciones anticipadas de tratamiento –es decir, las disposiciones que puede dar un paciente respecto a los tratamientos del final de la vida cuando él sea todavía plenamente capaz– podrían representar, respecto al consentimiento informado, una ulterior valoración del principio bioético de la autonomía en las fases finales de la vida. La doctrina del consentimiento informado está ya jurídicamente consolidada y muchos consideran que se debería extender esta doctrina también al momento en el cual el enfermo se vuelve mentalmente incapaz.³ Tal incapacidad parecería volver imposible la prosecución de una relación significativa con los tratantes, al interior de la cual el enfermo pueda elegir si dar o no el consentimiento al inicio o a la prosecución de los cuidados.

Las declaraciones anticipadas podrían permitir al sujeto formular voluntades respecto a las posibles alternativas terapéuticas. Ésas

pueden indicar a una persona de confianza (fiduciario), que representará al sujeto-paciente en previsión de una eventual incapacidad mental. Se querría en tal modo favorecer una continuación de la relación con los tratantes en un momento en el cual esta relación parece haber sido interrumpida, acercando en lo posible los futuros tratamientos sanitarios a aquellas que eran la voluntad de la persona. El objetivo sería el de reducir el riesgo de tratamientos inapropiados por defecto, pero sobre todo por exceso. Se trata de un riesgo hoy percibido a causa de las enormes posibilidades ofrecidas por el progreso técnico en el ámbito sanitario.

Tales declaraciones podrían igualmente reducir o compartir el peso emotivo de las decisiones, que frecuentemente pesan sobre los familiares, y prevenir el conflicto al interior de este mismo núcleo y entre éste y los operadores sanitarios.

La temática relativa a la autonomía decisional del paciente, también en condiciones en las cuales no resulte posible un ejercicio contextual y personal, ha sido tratada a nivel internacional, por el Consejo de Europa⁴ en la “Convención para la protección de los derechos del hombre y de la dignidad del ser humano respecto a la aplicación de la biología y de la medicina”, conocida como “Convención sobre los derechos del hombre y sobre la biomedicina”, aprobada por el Consejo de Europa y Estrasburgo en 1996, y abierta a la firma de los Estados miembros en Oviedo en 1997.

Ésa ha sido igualmente fundada a nivel nacional-europeo en el cual frecuentemente se ha vuelto objeto de leyes específicas.⁵

También en Italia el debate ha recorrido múltiples perspectivas recogidas en diversos documentos del Comité Nacional para la Bioética (CNB)⁶ tendientes a precisar mejor las finalidades de las declaraciones anticipadas de tratamiento. Su finalidad como puntualiza el CNB es la de proveer los elementos para tener vivo y hacer más profunda la unión entre médico, operadores sanitarios y paciente, continuando un «diálogo» iniciado antes de volverse incapaz. En lo específico, el CNB ha querido precisar el principio general al cual inspirarse, a propósito del contenido de tales declaracio-

nes: toda persona tiene el derecho de expresar sus propios deseos, incluso en modo anticipado, en relación con todos los tratamientos terapéuticos y con todas las intervenciones médicas acerca de las cuales puede lícitamente expresar su propia actual voluntad.⁷

La perspectiva de que en el futuro estos documentos se vuelvan cada vez más frecuentes, independientemente de su valor legal, y que se vuelvan por ello objeto de valoración en el ámbito de la actividad clínica, ha llevado a definir la finalidad principal de esta indagación empírica: entender la orientación del enfermero respecto a las declaraciones anticipadas. Los enfermeros han sido llamados a definir su rol y a delinear cuáles deberían ser, según su parecer, los cambios necesarios en la formación profesional en la planificación asistencial y aquellos deontológicos.

Materiales y métodos

Los enfermeros contactados para este estudio han sido 64: la adhesión al estudio ha sido de 50%. Los 32 participantes provienen de 3 secciones hospitalarias diferentes: 9 de la unidad operativa de Medicina General de la Fundación Poliambulanza de Brescia, 12 de la Unidad Operativa de Terapia Intensiva Polifuncional de la misma sede y 11 del asilo del Sanatorio Domus Salutis de Brescia.⁸

Instrumentos

Luego de haber solicitado la autorización al responsable de la oficina de enfermería de la Fundación Poliambulanza (Brescia), los datos han sido puestos de relieve por medio del suministro de un cuestionario en formato impreso distribuido a los enfermeros (Anexo); la compilación era requerida en forma anónima. El lapso dejado a los enfermeros para la compilación ha sido de 15 días, transcurrido dicho periodo, los cuestionarios han sido recogidos en sobre cerrado y retirados.

El cuestionario

Con el fin de indagar los aspectos centrales del estudio, el cuestionario (Anexo) ha sido estructurado en tres secciones, cada una con una precisa temática de indagación, más una parte inicial donde son requeridos datos generales como: sexo, edad y unidad operativa de pertenencia. Las tres secciones están compuestas por preguntas de opción múltiple y por preguntas abiertas a las cuales se ha pedido responder brevemente; esto ha permitido obtener datos tanto cuantitativos como cualitativos.

La primera sección (Sección 1) del cuestionario está compuesta por 6 preguntas; está dirigida a indagar los conocimientos y la formación del enfermero, a propósito de las declaraciones anticipadas.

La segunda sección (Sección 2) ha querido comprender cuánto un documento de declaraciones anticipadas sea determinante en la orientación decisional de enfermería en la planificación de la asistencia, y cuál sea el grado de adhesión a las voluntades del paciente. El enfermero ha sido invitado a leer la hipótesis de documento de declaraciones anticipadas (Sección 2.1) y la hipótesis correspondiente de escenario clínico (Sección 2.2) contenidas en esta sección para proceder luego a la compilación de ulteriores 6 preguntas (Sección 2.3).

La tercera sección (Sección 3) del cuestionario está compuesta por 4 preguntas abiertas, capaces de indagar el peso y el rol de las emociones en la gestión de tales pacientes y que podrían llevar a sugerir cambios en el código deontológico de enfermería. La finalidad ha sido de orientar la conducta ética del enfermero y tutelarla y de indagar igualmente el rol educativo del enfermero sobre tal temática, misma que reviste una parte importante en la práctica de enfermería.

Declaraciones anticipadas consideradas

El problema de la mayor parte de los documentos de declaraciones anticipadas es la utilización de términos vagos como: “si no existen

expectativas razonables de que yo me recupere” o disposiciones demasiado generales e inespecíficas como la expresión “medios artificiales”. Estas disposiciones resultan inespecíficas, de difícil interpretación, y no colocables en un contexto clínico, por tanto su fin resulta vanalizado. Esto sucede sobre todo si suscribe una persona en pleno estado de bienestar. Si en cambio son expresadas cuando existe una patología en acto, el paciente teniendo la conciencia de su propia enfermedad y de su evolución, expresa declaraciones anticipadas más específicas y detalladas, marcadas por lo que podría ser la más probable evolución de la patología.

Con las declaraciones, tanto el fiduciario como el operador sanitario tendrían a disposición un documento más detallado aún, si no siempre es realmente cercano a la realidad clínica que se presentará posteriormente.

Para esta indagación se ha preferido hipotetizar una situación que ve como protagonista a “un paciente experto”, donde el paciente luego de haber recibido el diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica (SLA) decide redactar un documento de declaraciones anticipadas temiendo no ser capaz de expresar su propio consentimiento a tratamientos que se volverán necesarios cuando no podrá ya comunicarse en modo satisfactorio con el equipo asistencial (por ejemplo, evoluciones agudas con demencia y ciertas formas de SLA). El paciente teniendo conciencia de su propia enfermedad, de su evolución, expresa declaraciones específicas y detalladas, orientadas a aquel que podría ser el curso de esta enfermedad crónico-degenerativa.

Hipótesis de escenario

En el escenario considerado se describe una situación en la cual el paciente, ya en una fase de enfermedad avanzada, sufre una hospitalización a causa de una infección secundaria; durante el internamiento el paciente cae en paro cardíaco. El escenario se ha configurado en modo que sea el enfermero el que constata el paro y debe decidir si iniciar la reanimación cardiopulmonar y llamar al re-

animador o elegir no proceder con ninguna maniobra. Considerando, por tanto, que la situación clínica que se ha presentado refleje aquella hipotetizada en el documento de declaraciones anticipadas entregado al momento del internamiento del paciente. Ver (Sección 2.2).

Resultados y discusión

Aun reconociendo los límites del cuestionario, sobre todo con respecto a la muestra, algunos datos parecen ser indicativos de una cierta orientación de los operadores sanitarios.

La elección de secciones hospitalarias que son entre sí profundamente diversas, tanto por tipología de pacientes presentes como por el diverso nivel de criticidad y la impostación asistencial, no ha sido casual. Se ha querido indagar y entender si la utilidad operativa donde está colocado el enfermero puede constituir una variable sobre la orientación de las respuestas en la investigación. Aquí, en seguida está ilustrado el análisis de los datos evidenciados y de los resultados obtenidos siguiendo la subdivisión de las tres secciones del cuestionario.

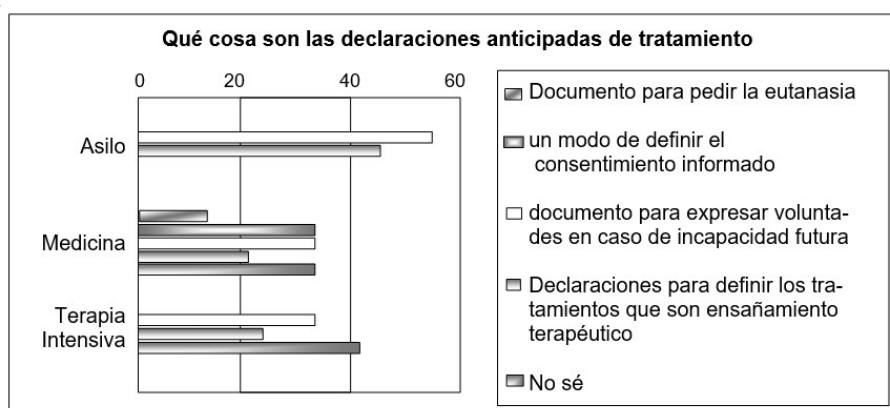
Del análisis de la primera sección emerge cómo 71.8% de la muestra analizada ha oído hablar de declaraciones anticipadas, en particular 100% de la muestra proveniente del asilo ha declarado estar en conocimiento de la asistencia de estos documentos.

A la petición de dar una definición (Gráfica 1) de qué cosa sean las declaraciones anticipadas, 40.6% de la muestra total ha elegido la definición apropiada entre las elencadas.

La arriba mencionada definición⁹ era la única que mencionaba cómo las declaraciones anticipadas sean un documento en el cual el paciente expresa su propia voluntad. Los entrevistados que han elegido esta opción han demostrado la conciencia de que el objeto de las declaraciones anticipadas puedan ser el consentimiento al uso de fármacos opiáceos en la terapia, las disposiciones respecto a

la donación de órganos y así sucesivamente, y no por tanto circunscrito al disenso a los tratamientos que según el paciente en aquella situación clínica asumirían el carácter de ensañamiento terapéutico.

Gráfica 1

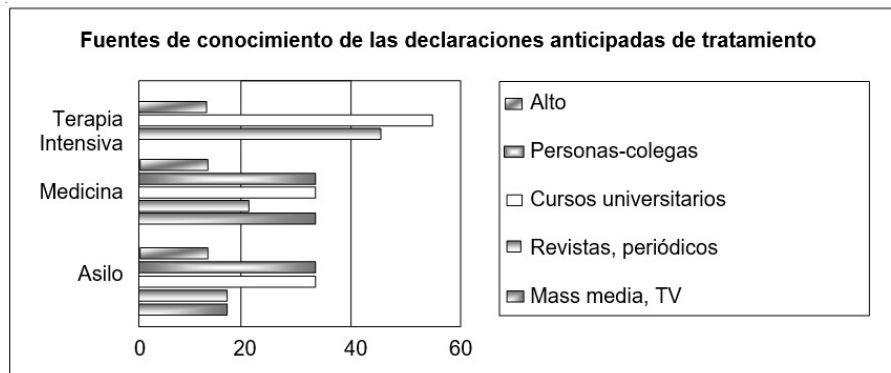


Qué son las declaraciones anticipadas de tratamiento

El concepto de “ensañamiento terapéutico” estaba expresado en una de las opciones de definición que había sido elegida por 31.1% de la muestra total. Este dato es la demostración de cómo esté enraizada la idea que el único objetivo de estos documentos sea impedir el ensañamiento terapéutico. Ciertamente una de las motivaciones que han llevado al nacimiento del testamento biológico es el temor de que el médico, tentado por el tecnicismo, derivado de la disponibilidad de instrumentos sofisticados, realice ensañamiento, perdiendo de vista aquello que sería lo mejor para el paciente.¹⁰ Otro concepto equivocado es que las declaraciones anticipadas sean una petición de eutanasia y/o suicidio asistido: definición elegida sólo por 3% de la muestra total.

El motivo por el cual no todos los enfermeros han elegido la definición más correcta podría derivar de la heterogeneidad de la formación sobre tal temática (Gráfica 2). De hecho, sólo 28.1% de los entrevistados atribuye a la formación universitaria sus propios conocimientos sobre el argumento. Un buen 12% atribuye los conocimientos en este ámbito a los “mass media-programas televisivos” e incluso 9.3% a revistas y periódicos, por tanto a canales informativos externos a la formación universitaria. Esto demuestra que cuando debiesen entrar en vigor las declaraciones anticipadas, serían necesarios cursos específicos de actualización.

Gráfica 2

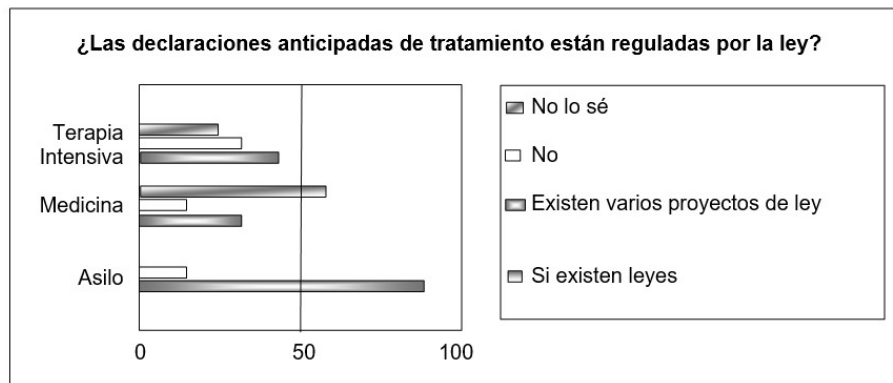


La importancia y la necesidad de una formación sobre el tema objeto de la investigación, emerge de las respuestas aportadas por los enfermeros acerca de la situación normativa en Italia. A la pregunta: necesarios cursos específicos de actualización.

La importancia y la necesidad de una formación sobre el tema objeto de la investigación, emerge de las respuestas aportadas por los enfermeros acerca de la situación normativa en Italia. A la pregunta: “¿Las declaraciones anticipadas de tratamiento están reglamentadas por la ley italiana?” (Gráfica 3) 25% de la muestra total declara no saber cuáles sean las normas actuales; esto no obstante

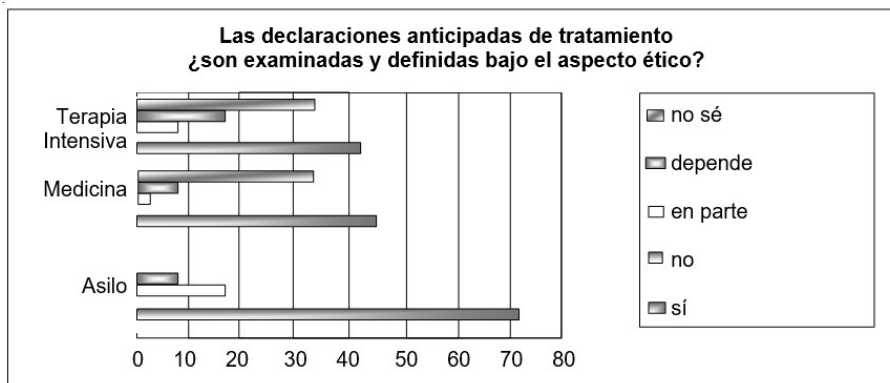
que 56.3% de los entrevistados se ha mostrado consciente de la presencia de proyectos de ley. El restante 18.7% está convencido de que no exista ninguna reglamentación. Los resultados están referidos en la Gráfica 3.

Gráfica 3



El tema de las declaraciones anticipadas de tratamiento presenta elementos de vaguedad aún por cuanto se refiere a la componente ética: a la pregunta: “¿Además del aspecto jurídico las declaraciones anticipadas de tratamiento son examinadas y definidas bajo el

Gráfica 4



aspecto ético?": 56.3% de la muestra total ha declarado que tales documentos han sido tratados desde el punto de vista ético. Un buen 31.2% "no sabe" y el restante 12.5% afirma que "no" (Gráfica 4).

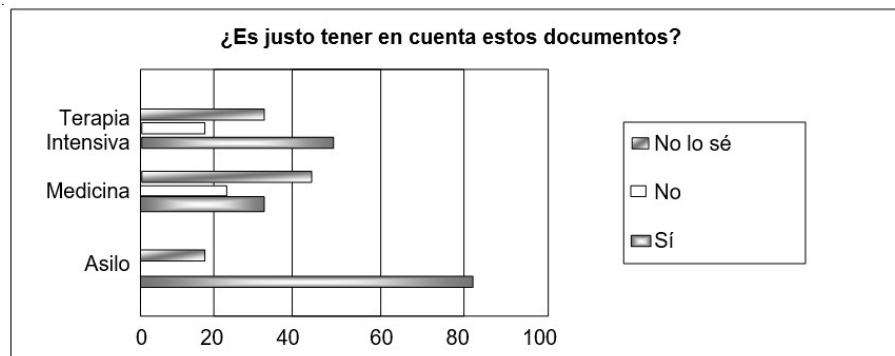
En particular, justamente ha surgido que la reflexión ética relativa a tales declaraciones ha sido realizada por el Comité Nacional para la Bioética y tratada al interior de los Códigos Deontológicos profesionales. En ninguna de las respuestas obtenidas son mencionadas otras dos importantes referencias jurídicas que evocan directa o indirectamente la necesidad de hacer referencia al consentimiento del paciente: La *Convención de Oviedo*¹¹ y el artículo 32 de la Constitución Italiana.¹²

Concientes de esto, los enfermeros explícitamente han solicitado una mayor formación: "es necesaria una formación médico-legal y jurisprudencial para saber afrontar y gestionar estas situaciones".¹³

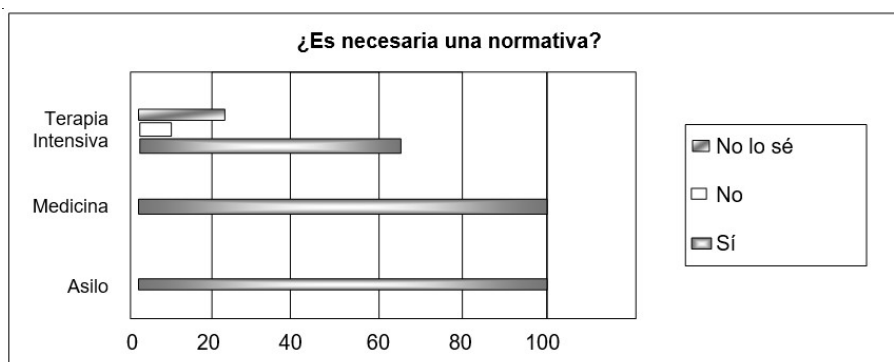
Con respecto a la pregunta "En la práctica clínica, ¿considera que sea justo tener en cuenta estos documentos?", 53.1% de los entrevistados se ha mostrado favorable. Un 28.1% «no sabe responder». El restante 18.8% considera que no (Gráfica 5).

El 87.5% de los entrevistados considera necesaria una normativa para la reglamentación y la implementación de las declaraciones anticipadas (Gráfica 6). Esto se ha escuchado mayormente en la

Gráfica 5



Gráfica 6



sección de cuidados paliativos (Asilo). Aquí, la totalidad de los entrevistados considera necesaria una normativa tanto para la tutela de los operadores como para dar derechos a las personas que presentan estas peticiones.

Como se ha mencionado en precedencia, en la segunda fase de la investigación, el enfermero ha sido puesto frente a una hipótesis de documento de declaraciones anticipadas y a una hipótesis de escenario clínico del paciente que ha redactado el precedente documento. Este paso ha servido para entender si el documento ha sido determinante en la orientación decisional, en la planificación asistencial y el grado de adhesión a la voluntad del paciente. En primera instancia se ha pedido a la muestra si hubiese encontrado documentos similares: 71.9% de la muestra total ha respondido que no; aquellos que han respondido en modo positivo, provienen de la muestra del Asilo.

Por cuanto se refiere a la planificación asistencial, se ha tenido una homogeneidad de respuestas entre aquellos que consideran que tal planificación podría ser influenciada por la presencia de declaraciones anticipadas de tratamiento, y aquellos que en cambio no consideran verosímil semejante influencia. Esta homogeneidad viene a significar que los enfermeros no tienen todavía bien presente

el impacto sobre la asistencia de enfermería, desde el momento en que tales documentos todavía no han entrado en la planificación asistencial y se basan por tanto en hipótesis.

Según la muestra total, además, sería el aspecto técnico de la planificación la parte de la asistencia que podría ser mayormente influenciada, aún si existen diversas opiniones entre las tres muestras. Tal consideración emerge sobre todo de la muestra obtenida en el Asilo: 45.3% de ése sostiene que será el aspecto educativo el que es mayormente influenciado, mientras que tanto las unidades operativas de la Medicina como de la Terapia intensiva ponen el acento sobre el aspecto técnico.

Para justificar esta decisión, aparece que el aspecto elegido es el preponderante en la práctica asistencial cotidiana de las específicas unidades operativas. Frente a la hipótesis de escenario clínico, luego de haber leído las disposiciones redactadas por el paciente, 78.2% ha considerado necesario llamar al reanimador para la valoración del caso, aun si el paciente había solicitado que no se procediese con prácticas de reanimación en el momento en el cual se hubiese verificado un paro cardíaco. No obstante, 78.1% de los entrevistados considera que la presencia de las declaraciones anticipadas sean determinantes para la decisión final, y esta orientación parece motivada por el hecho de que sea la autonomía decisional del paciente la que tiene una mayor relevancia en la decisión final. Todos los enfermeros que han dado un mayor peso a este principio bioético respecto a la eficacia del tratamiento han justificado su decisión considerando determinantes las disposiciones dejadas por el paciente que reflejan plenamente la situación clínica que se había presentado.

En la hipótesis del caso clínico es considerado un paciente en el estadio final de la SLA: 53.1% de la muestra total ha considerado que el paro verificado se haya dado por el avanzar de la patología, 28.2% considera que sea un evento agudo aislado, mientras el resto de la muestra no sabe interpretar el evento. El motivo por el cual una parte de la muestra considera oportuno llamar al reanimador

es por la exigencia de una valoración médica y también porque en los hospitales italianos no existen todavía protocolos o líneas-guía para seguir en estas circunstancias. Esto no quita que los datos hayan demostrado la posible adherencia de los enfermeros a tales documentos y a querer hacer valer las decisiones de su paciente.

Con la tercera parte del cuestionario se ha querido profundizar en el impacto emocional de la gestión de tales pacientes, los cambios a nivel deontológico y del perfil profesional y el aspecto de la educación y de la información. Como ha sido dicho en precedencia, los enfermeros han puesto en evidencia una alta adherencia al respeto de las declaraciones anticipadas, confirmando una cierta orientación acerca del rol del principio ético de la autonomía como factor relevante para el enfermero que se encuentra cumpliendo un rol de sustento de la voluntad del paciente. Esto se explica en diversas formas: la información al paciente sobre sus derechos, asegurándose que tenga todas las informaciones necesarias y que éstas sean claras y exhaustivas, con el fin de que pueda tomar la decisión considerada más oportuna.

El enfermero para gestionar adecuadamente la situación debe ser altamente competente y formado. Preguntando cómo la variable de las emociones pueda influir en la gestión de tales pacientes, los enfermeros refieren que estas situaciones son grandes fuentes de estrés y, por tanto, será necesario formar parte de un equipo unido y competente. El equipo deberá discutir y decidir cualquier caso que se presente y analizarlo juntos en modo que todo miembro se pueda sentir capaz de gestionar la situación, de otro modo el riesgo sería el de “verse superados por un sentido de impotencia y no saber cómo actuar”.¹⁴

Es en el equipo que se planifica la asistencia y es en él que todo miembro puede dar su propia contribución, desde el momento en que todo operador puede captar aspectos y necesidades diversas de la misma persona.

Es en el compartir que, encuadrando el estado clínico del paciente, se puede entender si la situación actual refleja aqueéllas contenidas en las declaraciones y por tanto individualizar cuál sea

el modo más correcto de intervenir. Es éste el clima que más exalta el objetivo de respetar los deseos del paciente y no realizar intervenciones fútiles que se configuran como ensañamiento terapéutico, y buscar la mejor calidad de vida posible, usufructuando los tratamientos médicos y los cuidados de base.

De las respuestas provistas emerge también otro factor que podría contribuir a reducir el estrés: profundizar la propia formación en este ámbito, pero sobre todo “será necesario tener una formación de tipo legal”.¹⁵

Además, es importante que queden bien claros los conceptos de abandono terapéutico o eutanasia, con el fin de tener presente que realizar “el querer del paciente” no quiere decir de ningún modo caer en el abandono y en la eutanasia: si fuese esto el querer del paciente, el enfermero podría, a pleno título, no realizar cuanto haya sido solicitado por el paciente en el respeto del propio código deontológico y de la esencia de la profesión de enfermería.

Además de tener una formación específica, los enfermeros piden ser tutelados por su propio colegio y por la ley italiana; por tal motivo piden que sean profundizados algunos puntos del código deontológico y de su propio perfil profesional.

En el código deontológico del enfermero,¹⁶ está ya presente cómo el actuar está dirigido a no realizar intervenciones orientadas a procurar la muerte del paciente (artículo 38), defender la voluntad del paciente cuando él no pueda ya expresarla (artículo 37), y que nunca deba existir el abandono del paciente, cualquiera que sea su condición clínica (artículo 35).

Según el parecer de los entrevistados, en el código deontológico debería insertarse un artículo que describa cómo en el caso en el cual el paciente presente estos documentos, el enfermero deba, en su rol de sustento, tenerlos presentes en su propia práctica o cuando sea contrariado y encuentre que, de algún modo, vaya contra su propia ética, y pueda apelar a la cláusula de conciencia.

Ya en el artículo 37 se afirma cómo el enfermero deba tener en consideración la voluntad del paciente comunicada en precedencia

y documentarla. Sin embargo, debería ser especificado el término “documentada” en cuanto serán sólo aquellas declaraciones anticipadas redactadas según las indicaciones del Comité Nacional para la Bioética¹⁷, para poder-deber ser tenidas en consideración.

En el caso en el cual no se proceda con la reanimación cardio-pulmonar, como en el caso ilustrado en tal indagación o, más en general con intervenciones diagnóstico-terapéuticas, si la condición clínica de evolución subsiste, se trataría de suspender o no iniciar una intervención que tiene el carácter de ensañamiento terapéutico o, por tanto, la situación no deberá ser vista como abandono terapéutico o una forma de eutanasia pasiva: los operadores no tendrían nada que temer sobre el plano de las consecuencias, incluso jurídicas de su actuar.

Las últimas dos preguntas del cuestionario contemplan el aspecto educativo del enfermero. Se ha preguntado a la muestra si el enfermero deberá informar al paciente sobre qué cosa sean las declaraciones anticipadas y si deberá ayudarlo a redactarlas cuando el paciente lo pidiese, como por ejemplo sucede en algunos estados de los Estados Unidos donde están ya presentes algunas líneas-guía éticas para asistir a pacientes que deciden redactar declaraciones anticipadas.¹⁸

En estas líneas-guía se pone en evidencia cómo el enfermero desempeña un rol de primer plano en el ayudar al paciente, por medio de la verificación de sus conocimientos acerca de: las declaraciones anticipadas; la información; la aclaración de dudas del paciente y el indagar sus verdaderos deseos, sin olvidar la educación a los familiares y al fiduciario.

En lo específico del cuestionario, sobre tal punto, los enfermeros entrevistados han querido precisar cómo la información debería ser dirigida a toda la población.

Por lo que respecta a la ayuda en la redacción de las declaraciones anticipadas, la opinión está dividida en dos líneas de pensamiento. Hay quien considera que la responsabilidad recaiga únicamente sobre la figura médica, en la particularidad de un médico de medicina ge-

neral: en tal caso, él deberá promover tales documentos porque es aquel que mayormente conoce la historia clínica de su propio asistido. En el caso en el cual el paciente decidiese redactar en régimen de internamiento, será el médico tratante quien está mayormente involucrado, mientras el enfermero puede ser una ayuda para aclarar eventuales dudas acerca de las reales voluntades del paciente.

En cambio, hay quien considera que el momento de la redacción podría ser la ocasión para un encuentro de equipo en el cual estarán presentes el médico, el enfermero, el psicólogo, el asistente espiritual, si el paciente lo pidiese, y el fiduciario.

En la tabla 1, están referidos los resultados de esta tercera parte expresados en porcentaje.

Reflexiones conclusivas

La indagación ha demostrado que actualmente la mayor parte de los enfermeros no tiene una adecuada formación respecto a documentos que contienen declaraciones anticipadas de tratamiento. Tal carencia es fuertemente advertida por los enfermeros que consideran necesaria una mayor conciencia y profundización de carácter médico-legal y de ética clínica. Al mismo tiempo es percibida fuertemente la exigencia de ser tutelados desde el punto de vista legal y profesional en relación con una adecuada planificación asistencial, sobre todo en la fase terminal de la vida, que distinga claramente la suspensión del ensañamiento terapéutico de la eutanasia. Estas reflexiones podrían ser un punto a tener presente en una próxima revisión del Código deontológico de enfermería, actualización que se aprecia a la luz de los cambios acaecidos en la salud y en la cultura italiana y a la luz de la modificación de las necesidades de salud, cada vez más complejas, de los pacientes. De la indagación emerge igualmente la favorable propensión de los enfermeros a la introducción de tales documentos en su actividad asistencial, esto porque según parece las declaraciones anticipadas serán elementos fundamentales para las orientaciones decisionales en la práctica clí-

Tabla 1

1. ¿Alguna vez ha encontrado estos documentos?		%
	Sí	25
	No	71.9
	No sé	3.1
2. ¿Podría influenciar la planificación?		%
	Sí	37.5
	No	28.1
	En parte	25.1
	No lo sé	9.3
¿Y cuál aspecto sería mayormente influenciado?		%
	Aspecto técnico	53.1
	Aspecto relacional	21.8
	Aspecto educativo	25.1
3. ¿El paro cardíaco del Sr. Pedro ha de considerarse como...		%
	Evento agudo?	28.2
	Progreso de la enfermedad?	53.1
	No lo sé	18.7
4. ¿El enfermero debería llamar al reanimador?		%
	Sí	78.2%
	No	15.6
	No lo sé	6.2
5. ¿La presencia de las declaraciones anticipadas debería ser determinada por la decisión final?		%
	Sí	78.1
	No	15.6
	No lo sé	6.3
6. ¿Qué cosa cree que tenga más peso en la decisión?		%
	El respeto por la autonomía decisional	71.8
	El beneficio que el tratamiento puede aportar a la condición que se ha instaurado	25
	No lo sé	3.2

nica. Tales declaraciones deberán ser tenidas en consideración en la planificación asistencial como elemento que valore la autonomía decisional del enfermo también en su fase terminal, sin disminuir, bien se entienda, sus propios deberes profesionales y deontológicos.

Las declaraciones anticipadas requieren, además de una adecuada formación, un gran trabajo de equipo y un cambio del rol de educador del enfermero. Emerge, por tanto, un cuadro complejo en el cual las declaraciones anticipadas representan un mayor acercamiento hacia la tutela del enfermo que no es ya sujeto pasivo del querer del médico como en la doctrina del paternalismo.

Sin embargo, según nuestro parecer, aun representando tales declaraciones una ocasión de confrontación y diálogo en momentos frágiles de la existencia humana –no carente de ambigüedades y peligros– es mediante una planificación compartida de los cuidados, más que en la simple redacción unilateral de un documento escrito, que se expresa mejor el involucramiento del paciente. La planificación anticipada compartida del plano terapéutico-asistencial, representa un proceso mediante el cual los operadores sanitarios y el asistido, de común acuerdo planifican anticipadamente las intervenciones terapéuticas, reduciendo así el conflicto decisional, el estrés moral y mejoran la calidad de la comunicación y el sustento que el equipo puede dar al paciente. De tal manera, será posible realizar del mejor modo un verdadero momento de alianza terapéutica, porque el equipo planifica un itinerario terapéutico que se pone el objetivo de mejorar lo más posible la calidad de vida del paciente por medio de la confrontación entender y honrar sus deseos, sin perjuicio de la deontología profesional.

ANEXO

SECCIÓN 1. Conocimientos y formación del enfermero sobre las declaraciones anticipadas

CUESTIONARIO SOBRE LA ORIENTACIÓN DECISIONAL DEL ENFERMERO EN PRESENCIA DE DECLARACIONES ANTICIPADAS DE TRATAMIENTO

El cuestionario está en forma anónima y todas las informaciones recabadas en su compilación serán utilizadas sólo con fines de investigación.

Características del enfermero participante

Sexo	Edad	Sección
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> 21-30	<input type="checkbox"/> Asilo
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> 31-40	<input type="checkbox"/> Terapia intensiva
	<input type="checkbox"/> 41-50	<input type="checkbox"/> U.O. Medicina General
	<input type="checkbox"/> 51-60	

1. ¿Ha escuchado hablar de declaraciones anticipadas de tratamiento?

- Sí
 No

En caso afirmativo, ¿qué considera que sean?

- Un documento de valor legal donde el paciente declara que, en caso de que se encontrase en determinadas situaciones clínicas irreversibles en las cuales no es capaz de expresar su voluntad, desea que le sea aplicada la eutanasia
- Es otro modo de definir el consentimiento informado donde el paciente expresa su parecer, en referencia a prácticas diagnóstico-terapéuticas
- Es un documento a través del cual una persona expresa su voluntad sobre su propia salud, en previsión de una eventual incapacidad de expresarlas
- Son declaraciones donde el paciente define cuáles tratamientos considera que sean ensañamiento terapéutico y no quiere que sean nunca iniciados o cuando ya estén en curso, sean suspendidos

2. ¿A través de qué medios ha tenido conocimiento de las declaraciones anticipadas de tratamiento?

- Mass media, programas televisivos
- Revistas, periódicos
- Cursos universitarios
- Personas, Colegas
- Otro

3. ¿En la práctica clínica considera que sea justo tener en cuenta estos documentos?

Sí, ¿por qué?

En parte, explicar:

No, ¿por qué?

Depende del contenido específico

4. ¿Considera necesaria una normativa que reglamente las declaraciones anticipadas o es suficiente el aspecto ético?

Sí, es necesaria una reglamentación jurídica

No, es suficiente el aspecto ético

5. ¿Las declaraciones anticipadas de tratamiento están reglamentadas por la ley italiana?

Sí, existen leyes que las regulan

Ha habido diversos proyectos de ley, pero ninguno ha pasado a ley verdadera y propia

No

6. ¿Además del aspecto jurídico, las declaraciones anticipadas de tratamiento han sido tomadas en consideración y definidas bajo el aspecto ético?

Sí

No

Si considera afirmativo, ¿de cuáles organismos o autoridades?

SECCIÓN 2. Declaraciones anticipadas y orientación decisional del enfermero

Lo invito a leer los anexos 1 y 2. En el anexo 1 encontrará una hipótesis de declaraciones anticipadas; en el anexo 2, un escenario clínico relativo al paciente que ha redactado las declaraciones anticipadas presentes en el precedente documento. Posteriormente le pido responder a las preguntas inherentes al caso clínico.

Sección 2.1 - Hipótesis de declaración anticipada

A mi médico, a mi equipo de tratamiento, a mi familia

Nombre: Pietro Ganni

Luego de una atenta consideración y discusión con mi médico tratante, consciente de mi enfermedad, libremente y en plena posesión de mis facultades mentales, he decidido expresar cuáles son mis deseos si se debiesen desarrollar situaciones que comporten un grave compromiso mental como para no hacerme capaz de participar en decisiones respecto a mi salud. Deseo que los siguientes puntos sean tomados en consideración.

Con el desarrollo de cualquier situación médica irreversible no quiero que me sean suministrados tratamientos activos como antibióticos, la ventilación, la cirugía o la transfusión de sangre.

En caso de paro cardíaco no quiero que me sea practicada la reanimación cardiopulmonar.

Permito el uso de analgésicos y otras medidas con el fin de controlar los síntomas consiguientes a mi condición de salud.

Deseo tener una asistencia humana y el uso de las intervenciones médicas dirigidas solamente al control de los síntomas y no para prolongar mi existencia. Además todo fútil tratamiento, aunque esté ya iniciado, en discordancia con el contenido de estas declaraciones, debe ser suspendido.

He discutido este documento con mi médico tratante, Dr. W. Dangi. Me reservo la posibilidad de revocar estas declaraciones en cualquier momento.

Firmado:

Fecha:

Declaración del testigo: Declaro asistir a la firma de este documento por parte del arriba mencionado en mi presencia. Él está en pleno uso de sus

facultades mentales, consciente de las implicaciones de este documento, por cuanto es de mi conocimiento, ninguna presión externa lo ha obligado a firmar.

Firmado:

Fecha:

Copias de este módulo están en poder de mi médico tratante Dr. W. Dangi, de mi abogado E. Forghi, mi pariente más cercano, así como mi testigo A. Cancetti.

Sección 2.2 - Hipótesis de escenario clínico

El señor Pietro tiene 70 años está afectado por SLA, en cama desde hace cerca de 2 años, se comunica sólo con el movimiento de los ojos, es portador de CV y PEG para la alimentación y respira espontáneamente. Luego de la verificación de un cuadro de infección de las vías urinarias, el médico de medicina general del señor Pietro concuerda con la familia en una hospitalización en la sección de Urología. Durante la aceptación, la esposa provee los exámenes efectuados más recientemente al marido y entrega una copia de las declaraciones anticipadas de tratamiento que su marido firmó hace cinco años. Durante la mañana del tercer día de internamiento suena la campanilla de la habitación del señor Pietro. La enfermera de turno entra en la habitación y encuentra a la esposa agitada y llorando, quien le dice que su marido ya no le responde. De inmediato la enfermera consciente del estado clínico del señor Pietro y de su voluntad expresada en precedencia, debe decidir si llamar al reanimador e iniciar las intervenciones de sustento vital.

Sección 2.3 - Orientación decisional del enfermero

1. ¿En su práctica alguna vez ha encontrado estos documentos?

- Sí
- No

Declaraciones anticipadas de tratamiento y asistencia de enfermería

2. ¿Estos documentos podrían influenciar la planificación de la asistencia?
- Sí
 - No
 - En parte

¿Qué aspecto sería mayormente influenciado?

- Aspecto técnico
- Aspecto relacional
- Aspecto educativo

-
3. ¿El paro cardíaco del señor Pietro ha de entenderse como:
- Evento agudo instaurado en una patología crónica
 - Evento consiguiente al progresar de la patología crónica

-
4. ¿La enfermera debería llamar al reanimador?
- Sí
 - No

-
5. La presencia de las declaraciones anticipadas debería ser determinante para la decisión final?
- Sí
 - No

-
6. ¿Qué cosa cree que tenga más peso en la decisión?
- El respeto de la autonomía decisional del señor Pietro
 - El beneficio que el tratamiento puede llevar a la condición que se ha instaurado

SECCIÓN 3. Peso y rol de las emociones en la gestión de los pacientes

7. ¿Cuánto podría incidir su dimensión relacional y las emociones en la decisión de respetar o no las declaraciones anticipadas del paciente?

-
8. Cuando debiesen entrar en vigor, independientemente de su valor jurídico, las declaraciones anticipadas, así como están contenidas en el Código Deontológico de Enfermería, ¿son suficientes para afrontar la situación?

- Sí, me refiero a estos pasajes del código:

- No, será necesario profundizar en los siguientes puntos:

-
9. En el perfil Profesional de Enfermería se describe el rol educativo que el enfermero asume en relación con el paciente. ¿El aspecto educativo deberá referirse a la información sobre qué cosa sean las declaraciones anticipadas?

-
10. ¿El enfermero en su rol de educador deberá informar al paciente sobre la posibilidad de redactar estos documentos y ayudarlo en su compilación?

Referencias bibliográficas

¹ Para una lectura profunda sobre estos temas se reenvía a: CASINI M., COMORRETTO N., TRASCIO Y AL *La riflessione sul "fine vita". Aspetti giuridici ed etico-clinici dell'eutanasia*. *Medicina e Morale* 2010; 6: 987-1005.

² En la dirección de una más amplia confrontación sobre estos temas, se vea: Council Of Europe. STEERING COMMITTEE ON BIOETHICS (CDBI) *Replies to the questionnaire for member state relating to euthanasia* Stransbourg; 2013.

³ SOCIETÀ ITALIANA DI CURE PALLIATIVE *Documento sulle direttive anticipate*. Gruppo di studio su cura ed etica al termine della vita 2006; 4: 7-16.

⁴ CONSIGLIO D'EUROPA *Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la bio-medicina*. 1997.

⁵ DEL BON P. *Gli orientamenti in materia di «direttive anticipate» presenti in alcuni Paesi europei*. *La Rivista Italiana di Cure Palliative* 2006; 3: 36-43.

⁶ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB). *Dichiarazioni anticipate di trattamento*. 2003; ID *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione medicopaziente*. 2008; ID *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*. 1995.

⁷ CNB *Dichiarazioni anticipate...*

⁸ Además de las macro-competencias de enfermería no influenciadas por la sección de pertenencia e independientes de la tipología de paciente, la tipología de prestaciones típicamente erogadas por éstos pueden ser resumidas así: enfermero paliativista: responde a las exigencias de tratamiento de la persona afectada por patología crónica y progreso evolutivo por la cual no existe terapia, pero se busca la defensa y la recuperación de la mejor calidad de vida posible, valiéndose de competencias clínicas: apropiadas y eficaces intervenciones de valoración y tratamiento de la sintomatología típica de estas patologías; enfermero que desempeña su propia actividad en terapia intensiva: análisis de las necesidades de asistencia del paciente en área crítica, gestión de procesos asistenciales en la alta intensidad de tratamientos y complejidad asistencial y los caminos relativos que de ello se derivan; los enfermeros aquí deben afrontar situaciones de emergencia y urgencia que ponen a la persona en condiciones críticas; enfermero que desarrolla su propia actividad en una sección de medicina general: asistencia a los pacientes con patologías múltiples y/o complejas que no pueden encontrar adecuada o plena respuesta en una sección especialista.

⁹ Opción de definición del cuestionario: "Es un documento a través del cual una persona expresa su voluntad sobre su propia salud en previsión de una eventual incapacidad mental".

¹⁰ Se vea igualmente: SPAGNOLO AG. *Tra eutanasia e accanimento terapeutico: l'etica del prendersi cura, L'accompagnamento pastorale del morente e le cura di fine vita*. Roma: Edizioni CVS; 2007: 103-132.

¹¹ CONSIGLIO D'EUROPA *Convenzione di Oviedo...*

¹² Artículo 32 de la Constitución Italiana: "La República tutela la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad, y garantiza cuidados

gratuitos a los indigentes»” (apartado 1). “Nadie puede ser obligado a un determinado tratamiento sanitario si no por disposición de la ley. La ley no puede en ningún caso violar los límites impuestos por el respeto de la persona humana” (apartado 2).

¹³ Del cuestionario de una enfermera del Sanatorio.

¹⁴ Del cuestionario de una enfermera de la Terapia intensiva polifuncional.

¹⁵ Del cuestionario de una enfermera del Sanatorio.

¹⁶ FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI *Codice Deontologico dell’Infermiere 2009*.

¹⁷ CNB *Dichiarazioni anticipate...*

¹⁸ BIALK J.L. *Ethical Guidelines for assisting patients with end-of-life decision making* Medsurg NursingNursing 2004; 13 (2): 87-91.

Advance care directives for treatment and nursing assistance. An empirical inquiry into decision making approaches

*E. Bassi, A.M. Bonfadini**, V. Daliso***, A.G. Spagnolo*****

Abstract

This paper reports empirical research on how the nursing care profession perceives advance care/treatment directives, the degree to which they affect nursing care planning and how such documents might evolve in the future. The study also examines training in the use of advance directives, the perceptions of nurses with regard to such documents and questions of professional ethics that may undergo change in the future. Of the 64 nurses contacted, 32 agreed to take part in the study. The questionnaire, formulated especially for the research objectives, yielded results showing that nurses are favorably inclined to adhere to such directives, insofar as these documents are perceived as helpful for both the patient and the health care worker during the terminal phase of illness.

* Nursing professional at the Fundación San Biagio Cavriana Mantova;

** Head of the training Program of Fundación Teresa Camplani Esclavas de la Caridad, Brescia;

*** PhD in Bioethics Research;

**** Professor of Forensic Medicine and Insurance; Institute of Bioethics, Faculty of Medicine and Surgery «A. Gemelli», Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma (E-mail: Viviana.daliso@rm.unicatt.it).

Original title: "Dichiarazioni anticipate di trattamento e assistenza infermieristica. Orientamenti decisionali degli infermieri in una indagine empirica". Publicado en la Revista *Medicina e Morale* 2014/6, pages: 969-995. Translation not reviewed by authors.

Moreover, results show that in order to enhance the weight of advance directives in nursing care planning and delivery, nurses shall require more, in-depth training in the areas of clinical ethics and forensic medicine. The survey also reveals the importance of collaborative teamwork in order to achieve nursing care planning that takes into account the wishes of the patient. The role of the nurse as educator, helping the patient draft the advance care/treatment directives, is also addressed.

Key words: decision making, advance directives, nursing care

Introduction

End-of-life care issues have in recent years become matters of much public interest and debate, especially with regard to their ethical and legal implications. The debate on this painful aspect of the human condition naturally centers around euthanasia, over-treatment, and living wills and advance care/treatment directives.¹ This paper shall discuss only the latter.²

Advance care/treatment directives, i.e., the patient's provisions regarding end-of-life treatment made when he or she is still of sound mind could with regard to informed consent, represent an ulterior validation of the bioethical principle of autonomy during the final phase of life. The informed consent doctrine is already legally consolidated and many thinkers believe it should extend to the moment when the patient become mentally incapacitated.³ Such incapacity would seem to disallow the pursuit of a meaningful relationship with the treating entity, in which the patient is able to provide or withhold consent at the outset of a treatment protocol or during its delivery.

Advance care/treatment directives could allow the person to formulate consent arrangement to a set of therapeutic alternatives. Such instruments might appoint a trustee, who would represent

the subject-patient in the event he or she becomes mentally incapacitated, thereby allowing a continuation of the engagement with the therapy providers, while keeping any future health treatment as close as possible to the kind of care expressly stated by the patient. The purpose of appointing a trustee, then, is to reduce the risks of inappropriate treatment and/or overtreatment. These risks have arisen, of course, as result in technical progress in the area of prolonging life.

These directives also could serve either to reduce or to distribute the emotional weight of decisions that typically fall upon family members and thereby head off familial conflicts and conflicts between survivors and health care providers.

The question of the patient's autonomy of decision in situations that do not allow personal and contextual exercise of this faculty has been addressed by the European Council⁴ in the "Convention to protect the rights of man and the dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine." This convention was approved by said council and the Council of Strasbourg in 1996, and opened to be signed by member states in Oviedo in 1997.

Specific laws regulating these issues have been passed in several European countries⁵

In Italy, the debate has cut across many perspectives gathered in diverse documents of the National Bioethics Committee (CNB)⁶ that attempt to clarify the purpose of advance care/treatment directives. As stated by CNB the purpose such directives is to deepen the relationship between the patient, treating physician and keep health care operator, in effect keeping this relationship alive by continuing the "dialogue" begun before the patient became mentally incapacitated. Specifically, the CNB has endeavored to state a ge-

neral principle underpinning the drafting of advance directives: Every person has the right to express his or her wishes, even in advance, with regard to the therapeutic treatments and any and all medical interventions about which he can legitimately express his or her own current will.⁷

Regardless of their legal validity, such advance directives will likely become more and more common and shall carry weight within clinical settings. As such, this empirical inquiry shall attempt to come to an understanding of the inclinations of nurses vis-à-vis advance care/treatment directives. Nurses have been called upon to define their role and delineate what changes should be incorporated into professional training regarding nursing care planning and deontological ethics.

Materials and Methods

Sixty-four patients were contacted for this study. Adhesion to the study was 50%. Thirty-two participants come from three different hospital sections: 9 from the operative unit of General Medicine of the Fundación Poliambulanza de Brescia, 12 from the Poly-Functional Intensive Care Unit of the same institution, and 11 from the asylum of the Sanatorio Domus Salutis de Brescia.⁸

Instruments

Under authorization from the nursing office of the Fundación Poliambulanza (Brescia), a printed questionnaire was used to gather data from the nurses (Appendix). Participants were given 15 days to respond to the questionnaire and data were gathered anonymously. After this period, the questionnaires enclosed in sealed envelopes were collected.

Questionnaire

In order to examine the central aspects of the study, the questionnaire (Appendix) has been structured in three sections, each with a specific thematic focus. The questionnaire opens with a small section to gather the participant's particulars, i.e., sex, age and operative unit where they are employed. The three sections are composed of multiple choice questions and open-ended questions requiring a brief response. This structure produces both quantitative and qualitative data.

Section 1 of the questionnaire is composed of six questions asking about the knowledge and professional training of the participant in the area of advance care/treatment directives.

Section 2 of the questionnaire attempts to measure the degree to which the advance care/treatment directive document determines the decision making approach of the nurses in the nursing care planning, and the degree of their adherence to the same.

The nurse is invited to read the hypothesis of the advance care/treatment directive document (Section 2.1) and the hypothetical clinical scenario (Section 2.2), and then respond to the six questions that follow (Section 2.3).

Section 3 of the questionnaire is comprised of four open questions that ask about the weight and role of emotions in the management of such patients, considerations that might lead them to suggest changes in the deontological code of the nurses. The purpose of this section is to orient the ethical behavior of the nurse and guide it, while also examining the essential educational role in such matters entailed in nursing practice.

Advance directives considered

The major problem with advance directive documents is their use of vague terms such as: "if there are no reasonable expectations

for my recovery” or provisions that are otherwise too general or non-specific such as: “artificial means”. These provisions lack specificity and are too difficult to interpret within a clinical context. This is true even when the directive is signed by a healthy person. If in contrast a person suffering from an illness expresses care directives with full awareness of the development of the illness, they might provide directives that are much more specific to the illness in question and its eventual resolution.

Directives drafted under such conditions give the trustee and the health care provider a more detailed instrument, even if not always perfectly in line with the clinical reality that eventually unfolds.

This inquiry presupposes a situation involving an “expert patient,” who after receiving a diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis (ALS) decides to draft an advance care directive in order to provide for the time when he will be unable to communicate consent to the health care staff for treatment needed in the future (In some cases of ALS, patients suffer from acute dementia). The patient, aware of the disease he suffers and its likely outcome, expresses specific, detailed wishes that address the stages of the chronic degenerative condition. See Section 2.1.

Hypothetical scenario

This scenario entails a patient already nearing the terminal phase of illness who is hospitalized for a secondary infection. During the hospital stay, the patient suffers a heart attack. The scenario provides that it is the nurse who confirms the heart failure and who must decide between initiating CPR, calling a CPR specialist or desisting from any action at all, insofar as the unfolding clinical situation reflects that which is hypothesized in the advance directives document filed at the time the patient was hospitalized. See Section 2.2.

Results and Discussion

Even in view of the some of the limitations of the questionnaire, especially regarding the sample, some data seem to indicate certain inclinations among the health care providers.

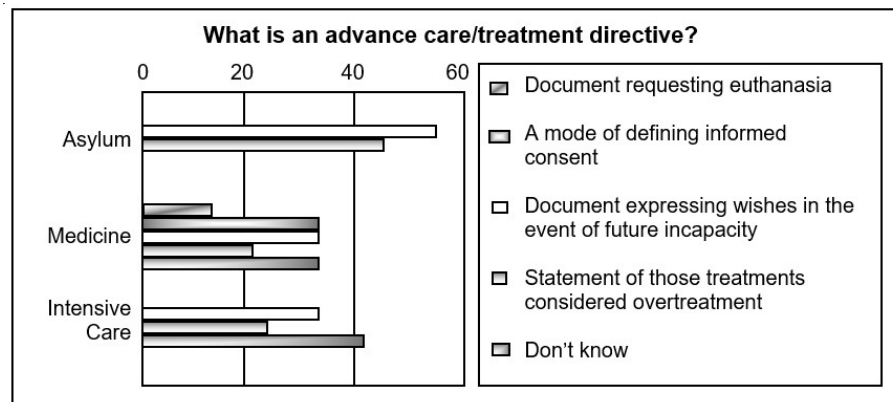
The choice of hospital sections that are highly diverse in terms of type of patients, degree of severity of illnesses treated and the level of nursing care provided was not accidental. This study attempts to understand whether the operative unit where the patient is treated is a variable with regard to the orientation of nurses' responses. The following section present the analysis of data gathered and the results obtained across the three sub-sections of the questionnaire.

An analysis of the first section shows 71.8% of the sample has heard something of advance care/treatment directives, with 100% of those working in the Asylum reporting having knowledge of such instruments.

Chart 1 show that 40.6% of the sample were able to choose the right option for the definition.

The aforementioned definition⁹ was the only option that mentions advance directives as a document in which the patient expres-

Chart 1

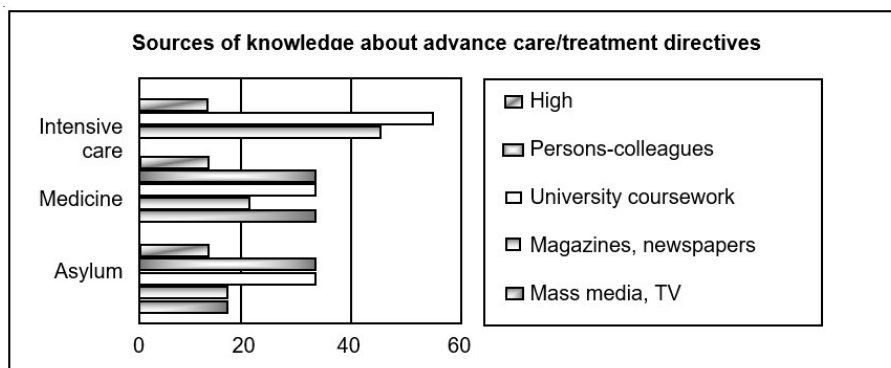


esses his own wishes. Interviews of participants choosing this answer show that they are aware that such advance directives can entail consent to the use of therapeutic opiate drugs, organ donations and other matters. As such, they understand that the purview of advance directive document is not circumscribed only to clinical situations that the patient would deem overtreatment.

The concept of “overtreatment” was expressed in one of the distractors and was chosen by 31.1% of respondents. This response rate suggests that the idea of preventing overtreatment as the central purpose of such instruments is somewhat rooted. Clearly one of the reasons for making out a living will is to prevent a doctor subject to the temptations of technical virtuosity and the availability of advanced medical resources from administering excessive medical care, while losing sight of what is best for the patient.¹⁰ Another misconception shared by only 3.0% of respondents is that advance directives constitute a request for euthanasia and/or assisted suicide:

The reason why not all nurses chose the right answer for the definition could derive from the heterogeneity of their training in this area (Chart 2). In fact, only 28.1% of respondents stated that their university education gave them any foundation in such matters. Meanwhile, 12% attribute their knowledge of advance directives to

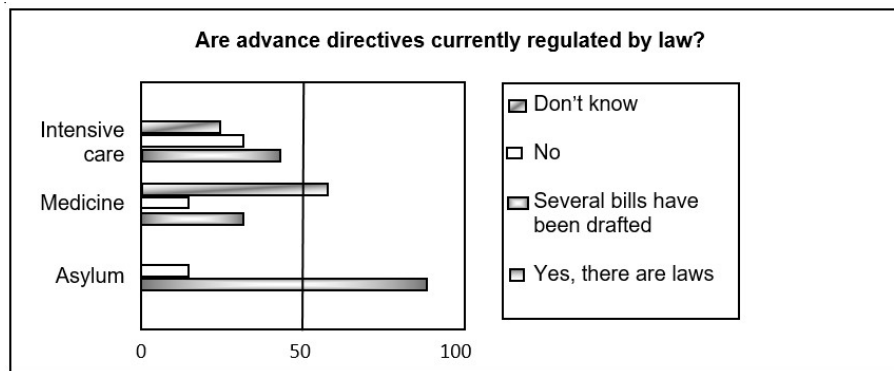
Chart 2



television programs, while 9.3% to attribute it to print media or other sources not associated with university training. This demonstrates that specific coursework will be needed for nurses if and when advance directives are introduced as part of professional practice.

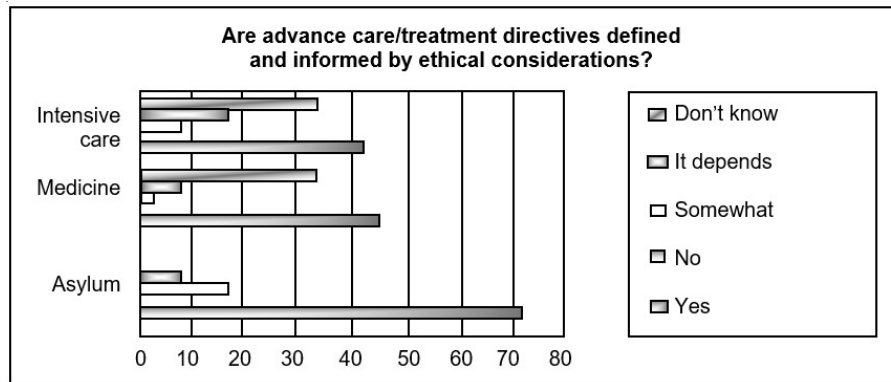
The importance and need for specific training in advance directives is revealed by the responses provided by the nurses regarding the normative situation in Italy. Fully 25% of respondents stated that they do not know whether advance directives are currently regulated under Italian law (Chart 3), while 56.3% reported that they know of some legislative projects in such matters. The remaining 18.7% stated that there is no such legal regulation. The results to the question: «Are advanced directives regulated under Italian law?» appear in Chart 3.

Chart 3



With regard to the ethics component of advance care/treatment directives the data gathered is somewhat ambiguous. A total of 56.3% of respondents reported that advance directive documents are a product of ethical considerations, while 31.2% stated they do not know, and the remaining 12.5% stated that they were not a product of ethical considerations. Chart 4 shows the breakdown

Chart 4



of responses for the question: “Are advance directives produced, examined and defined by ethical considerations?”

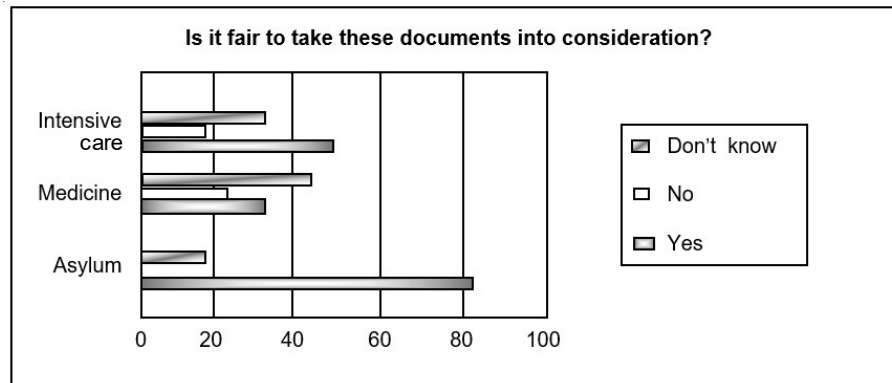
Specifically, the professional deontological code issued by the National Bioethics Committee provides ethical orientation in these matters. Meanwhile, none of the respondents mentions the other two important legal antecedents requiring direct or indirect consent from the patient. These documents are: the Oviedo Convention¹¹ and Article 32 of the Italian Constitution.¹²

Conscious of these lacunae, the nurses explicitly have requested more training: “medical-legal and jurisprudential training are needed to face and manage these situations.”¹³

To the question: “In clinical practice, do you believe it is fair to take these documents into consideration?” fully 53.1% of those interviewed answered favorably, while 28.1% did not know how to respond, and 18.8% say they should not (Chart 5).

Fully 87.5% of respondents believe legal norms are needed to regulate the implementation of advance directives (Chart 6). This has been heard most often among the Palliative Care providers working the Asylum setting (Chart 6). In this regard, all respondents opined that legal regulation is required in the training of

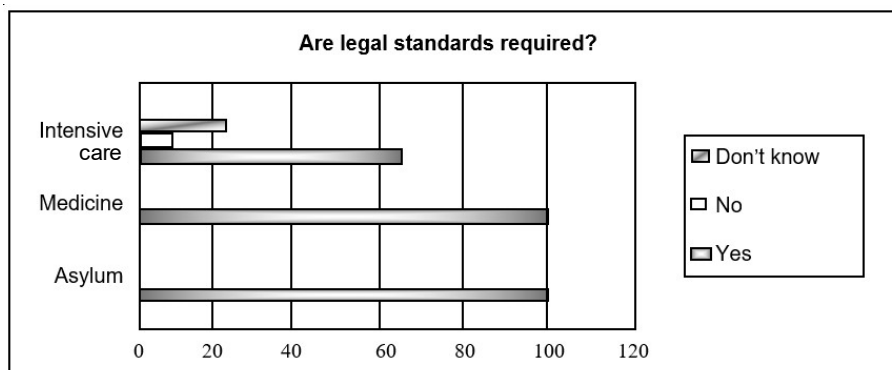
Chart 5



health care providers and to ensure the rights of persons who present these petitions.

As mentioned in the second stage of the study, the nurse is faced with a hypothetical advance directive document signed by the patient within the course of the clinical scenario. This scenario allows us to see whether the document is a determining factor in the nurse's decision making and assistance planning, and also measure the nurse's inclination to adhere to the patient's wishes. In the first instance, the respondents are asked if they have come across similar documents:

Chart 6



71.9% of the sample responded that they had not. Those reporting that they had belong to the Asylum segment of the sample.

With regard to nursing care planning, some respondents reported that they believe advance directives could exert an influence, while others opined that this was unlikely. This split in opinion suggests that nurses are still unaware of the impact of such documents on nursing care planning, insofar as such documents still have not become a common part of nursing care planning.

According to the total sample, it is the technical aspect of the nursing care planning that would be most impacted by the use of advance directives, though several opinions were expressed across the three samples. This consideration emerges most notably in the Asylum group. Otherwise, 43% of respondents believe the educational sphere would undergo the largest impact, while both operative Medicine units and Intensive Therapy place the accent on technical aspects.

It seems the nurses chose the aspect that is the preponderant trait of nursing care practice within their respective operative unit. In response to the hypothetical clinical scenario, after having read the directives signed by the patients, fully 78.2% of respondents thought is necessary to call for the CPR specialist to evaluate the case, even when the patient's advance directive requests such measures not be taken in the event of a heart attack. Nonetheless, 78.1% of respondents believe the presence of the advance directives do exert an impact on the final decision, and this inclination seems to be motivated by the fact that the patient's autonomy of decision carries the greatest weight in the final decision. All of the nurses attributing greater weight to this bioethical principle regarding the effectiveness of treatment justify their decision on the basis of the directives left by the patient that fully reflect the clinical situation described in the scenario.

The hypothetical clinical case posits a patient in the terminal phase of ALS: 53% of the total sample believe the heart attack occurs as a result of the pathology, while 28.2% believe it is an isola-

ted event, while the remaining respondents do not know how to interpret the event. The respondents who would call for a CPR specialist were motivated by the need to get a medical assessment and because Italian hospitals still do not have protocols or guidelines for these situations. Nonetheless, the data suggest that nurses will adhere to the wishes expressed in the advance directives.

The third part of the questionnaire attempts to look at the emotional impact entailed in patient care, changes at the deontological level, in nurses' professional profile, and the aspects of education and information. As stated previously, the nurses have revealed a high degree of adherence to the advance directives, thereby confirming a certain inclination in favor of the ethical principle of upholding the patient's express wishes. Several factors appear to be involved in this result: the information provided the patient regarding his rights; and ensuring that the patient has all of the required information, and that it is clear and exhaustive so he can make timely decisions.

In order to properly manage the situation, the nurse needs to be highly competent and trained. Asking how the emotional variable might influence the management of such patients, nurses report that these situations are a great sources of stress and, as such, one needs to be a part of a tight knit, competent team. The team discusses and reaches decisions on any case that arises, approaching it together in a way that all members feel able to handle the situation. Otherwise, the risk would entail: "being overcome by a sense of impotence and not knowing how to act."¹⁴

From the time every team member can grasp diverse aspects and needs of the same person, nursing care planning is performed in the team, allowing every team member to contribute.

Through sharing of information in order to frame the clinical status of the patient, one can more easily determine whether the situation matches the statement made in the advance directives and thereby individualize the proper medical approach. While pe-

using the best quality of life possible for the patient by delivering medical treatment and basic care, the team also pursues the objective of respecting the patient's wishes and refraining from over-treatment.

The data gathered also reveals another factor that could contribute to reducing stress: broadening professional training in this field, but above all "legal training will be needed."¹⁵

Moreover, it is important to have clarity with regard to the concept of therapeutic abandonment or euthanasia, in order to keep in mind that "doing the patient's bidding" does not mean abandonment of treatment or euthanasia. If this were the patient's wish, the nurse could simply refuse to do what the patient request by appealing to the deontological code and the essential care-giving mission of the nursing profession.

In addition to getting specific training, nurses wish to be mentored by their colleges and have guidance under Italian law. As such, they are asking for several points of the deontological code and their professional profile to provide greater guidance and depth in such matters.

Article 38 of the deontological code of nursing¹⁶ already provides that no action be taken leading to the death of the patient, while Article 37 calls for defending the will of the patient when he or she is incapable. By the same token, Article 35 provides that the patient shall not be abandoned regardless of the prevailing clinical condition.

According to the respondents, the deontological code should include an article that specifically addresses the nurse's role with regard to patients producing advance directives, especially when such directives controvert their personal ethics. Specifically, nurses want orientation on whether they can appeal to the conscience clause in order to resolve a dilemma of this kind.

Article 37 asserts that the nurse shall take into account the previously communicated will of the patient and document it. The

term “document” as used, however, should be specifically defined insofar as only advance directives drafted as per the indications of the National Bioethics Committee¹⁷ can or must be taken into account.

As in the case posited in the questionnaire, if CPR is not performed or in general regard to diagnostic-therapeutic interventions; if the clinical condition continues to degenerate, it would be a matter of suspending or not starting an intervention that might constitute overtreatment. As such, this should not be construed as abandonment of treatment or a form of passive euthanasia. In such cases, the health care providers should have no fear of legal consequences arising from their decisions.

The final two questions of the questionnaire address educational aspects of nursing. Participants were asked whether, when the patients ask for help, the nurse should inform the patient about or help patients draft advance directives, as for example is the case in the United States where guidelines are already in place for helping patients who decide to issue advance directives.¹⁸

These guidelines reveals how the nurse performs a front line role in helping the patient by verifying the patient’s knowledge about advance directives and associated information, while also clarifying doubts and inquiring about the patient’s true wishes, even providing such educational services to family members and the trustee.

In this matter, the respondents stressed how such information should be made available to the general public.

With regard to helping the patient draft advance directives, the opinion of nurses was divided into two outlooks. Some consider this matter to be the sole responsibility of the attending physician, specifically a general practitioner, who in all events should promote the use of advance directives since the physician is best apprised of the patient’s clinical history. When at the time of admission the patient wishes to draft a document, it is the treating physician who

is most involved, while the nurse can serve to clarify any doubts that might arise with regard to the patient's real wishes.

On the other hand, some respondents opine that the moment of drafting the advance directive is a good time for a team meeting that includes the physician, nurse, psychologist, spiritual guide and, if the patient requests it, the trustee.

Table 1 shows the results of the third section of the questionnaire expressed in percentages.

Concluding Reflections

The study results show that most nurses currently lack sufficient training with regard to advance care/treatment directive documents. This deficit is sorely felt by the respondents who believe they need a deeper understanding of the medical, legal and ethical implications surrounding such matters. At the same time, they also feel strongly about the need for mentoring and guidance in terms of both legal and professional issues associated with nursing care planning, especially in end-of-life scenarios. Moreover, they believe this mentoring should provide guidance for clearly distinguishing between ending overtreatment and euthanasia. These reflections should be kept in mind in the next review of the nursing deontological code, an update that must consider the changes undergone in health care and Italian culture, especially in light of changing, increasingly complex questions surrounding the provision of health care.

The study also reveals a willingness among nurses to accept such documents in their nursing care activities, largely because advance care/treatment directives hold the potential of playing a fundamental role in clinical decision making. These directives should be taken into account in nursing care planning as elements that uphold the autonomy of decision of the patient during the

Table 1

1. Have you ever come across these documents?		%
	Yes	25
	No	71.9
	Don't know	3.1
2. Could they influence your planning?		%
	Yes	37.5
	No	28.1
	Somewhat	25.1
	Don't know	9.3
What aspect of planning would be influenced most?		%
	Technical Aspects	53.1
	Relational aspects	21.8
	Training aspects	25.1
3. Mr. Pedro's heart attack is characterized as?		%
	Acute event	28.2
	Progress of the illness	53.1
	Don't know	18.7
4. Should the nurse call the CPR specialist?		%
	Yes	78.2%
	No	15.6
	Don't know	6.2
5. Should the existence of advance directives be determined by the final decision?		%
	Yes	78.1
	No	15.6
	Don't know	6.3
6. What element carries the greatest weight in the decision?		%
	Respect for autonomy of decision	71.8
	The benefits of course of treatment	25
	Don't know	3.2

end-of-life phase, without diminishing, of course, the nurse's professional and deontological duties.

Moreover, the use of advance care/treatment directives shall require proper training and strong teamwork, in order to properly instruct the patient. As such, a complex framework emerges, in which advance directives represent a way of instructing the patient who no longer plays a passive role before the paternal ministrations of the physician.

In our view, however, even when such directives provoke confrontation and dialogue at a delicate time in the human condition fraught with hazards and doubts, planning performed with the patient's input is a better option than simply following the letter of a document issued unilaterally. Advance care/treatment planning involving the patient is process through which health care providers and the patient agree upon the course of treatment before deployment of the therapeutic intervention, thereby reducing conflicts in the decision making process and associated emotional stress, while enhancing the quality of the communication with support team. In this way, it will be possible to forge a genuine therapeutic alliance, because the team plans the course of treatment in light of the objective of improving the quality of life of the patient by means of confronting, understanding and honoring the patient's wishes, without prejudice to professional deontology.

APPENDIX

SECTION 1- Nurse's knowledge and training in advance directives

QUESTIONNAIRE ON DECISION MAKING ORIENTATION OF NURSES IN THE PRESENCE OF ADVANCE CARE/TREATMENT DIRECTIVES

The questionnaire is answered anonymously and the information gathered shall be used exclusively for research purposes.

Particulars of nurse

Sex	Age	Section
<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> 21-30	<input type="checkbox"/> Asylum
<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> 31-40	<input type="checkbox"/> Intensive therapy
	<input type="checkbox"/> 41-50	<input type="checkbox"/> Medicine General O. U.
	<input type="checkbox"/> 51-60	

1. Have you heard about advance care/treatment directives?
- Yes
 - No

If you answered yes, what are they in your view?

- A legally binding document in which a terminally ill and incommunicado patient expresses his wish for euthanasia.
 - It is another means of defining informed consent, where the patient expresses his views with regard to diagnostic-therapeutic practices.
 - It is a document in which a person expresses his wishes regarding his health in case he later becomes mentally incapable of expressing such wishes.
 - A statement in which the patient defines those treatments he considers to be overtreatment and which he never wants to be subjected to or which are to be suspended if they are already implemented.
2. Where have you heard about advance care/treatment directives?
- Mass media, television programs
 - Magazines, newspapers
 - University coursework
 - People, colleagues
 - Other
3. Is it fair to take these documents into account in clinical practice?
- Yes, Why?

Somewhat, explain:

No, Why?

It depends on specific content.

4. Do you think legal norms to regulate advance directives are needed or is the ethical aspect sufficient?

- Yes, legal regulation is required.
- No, the ethical aspect is sufficient.

5. Are advance care/treatment directives currently regulated under Italian law?

- Yes, laws in the matter currently exist.
- Several bills have been introduced, but no law has yet been passed.
- No

6. In addition to the legal aspects, have ethical considerations been weighed in the formulation of advance care/treatment directives?

- Yes
- No

If you answered yes, by which organisms or authorities?

SECTION 2. Advance directives and decisional orientation of nurses

Read Appendices 1 and 2. In Appendix 1 you will find a hypothetical advance directive, and in Appendix 2 you will find a clinical scenario that includes these advance directives. After reading this material, please respond to the following questions.

Section 2.1 - Hypothetical advance directives

To my doctor, treatment team and family

Name: Pietro Ganni

After due consideration and discussion with my treating physician, in full awareness of my illness and in full possession of my mental faculties, I have decided to express my wishes at this time in the event that at a later time I become mentally incapacitated to such a degree that I can no longer participate in my own health decisions. Therefore, it is my wish that the following points be taken into consideration:

In the event I suffer from any irreversible medical condition, I do not wish to be subjected to active treatments such as antibiotics, artificial respiration, surgeries or blood transfusions.

In the event I suffer cardiac arrest, I do not wish to be resuscitated by CPR.

I shall allow the use of analgesic and other measures to control symptoms associated with my condition.

I wish to receive benevolent care and medical intervention aimed at alleviating symptoms but not for prolonging life. Moreover, all overtreatment, even if already in course, that stands in opposition to these directives shall be suspended.

I have discussed this document with my treating physician Dr. W. Dangi. I reserve the right to withdraw these directives at any time.

Signed:

Dated:

Witness statement: I hereby declare that this document was signed in my presence by the interested party, and that he/she is of sound mind and fully

aware of the implications of this instrument, and to the best of my knowledge he has signed it of his own free will without any extrinsic influence.

Signed:

Dated:

Copies of this module are on file with my treating physician Dr. W. Dangi, my lawyer E. Forghi, my closest relation and my witness A. Cancetti.

Section 2.2 - Hypothetical clinical case

Mr. Pietro, 70, suffers from ALS and has been bed ridden for nearly two years. He communicates solely through eye movement. He needs percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) and CV for feeding; and he breaths without assistance. After verifying the existence of a urinary infection, the treating general physician agrees with the family to admit Mr. Pietro to the urology section of the hospital. During the admission process, his wife has provided the results of recent clinical tests and a copy of the advance care/treatment directives signed by her husband five years prior. During the morning of the third day of hospitalization, the bell in Mr. Pietro's room is heard. The shift nurse enters the room to find the agitated wife crying that her husband is no longer responsive. Aware of the clinical condition of the patient and his wishes expressed previously, the nurse must decide whether to call the CPR specialist in order to initiate life support measures.

Section 2.3 - Decision making orientation of the nurse

1. Have you come across these documents in your professional practice?
 - Yes
 - No
2. Could such documents influence your nursing care planning?
 - Yes
 - No
 - Somewhat

Which aspects would be influenced most?

- Technical aspects
 - Relational aspects
 - Educational aspects
-

3. Mr. Pietro's heart attack is best understood as:

- An acute event within an otherwise chronic condition
 - An event that is part of the progression of a chronic illness
-

4. Should the nurse call the CPR specialist?

- Yes
 - No
-

5. Should the existence of advance directives be a determining factor in the final decision?

- Yes
 - No
-

6. What element carries the most weight in the decision?

- Respect for the autonomy of decision of Mr. Pietro.
 - The benefit of the treatment for the condition that has emerged.
-

SECTION 3. The weight and role of emotions in patient management

7. To what degree should relational and emotional factors be considered in the decision to adhere or not to the wishes of the patient as expressed in advance directives?

8. Regardless of their legal validity, at what point should the patient's advance directives and the provisions of the Nursing Deontological Code take effect? Are these provisions sufficient to deal with this situation?

- Yes, I cite the following passages of the code:

- No, the following point need to be addressed more broadly in the code:

- 9 - The professional profile of the nurse provides a description of the educational role the nurse assumes with the patient: Should this educational aspect include information about what advance directives are?

10. Should the nurse as educator inform the patient about the possibility of drafting these documents and lend the patient help?

Bibliography references

- ¹ For further reading in these matters, forward to: CASINI M., COMORETTO N., TRASCICI E Y AL. *La riflessione sul "fine vita". Aspetti giuridici ed etico-clinici dell'eutanasia*. *Medicina e Morale* 2010; 6: 987-1005.
- ² For a broader consideration of these matters, see: COUNCIL OF EUROPE. STEERING COMMITTEE ON BIOETHICS (CDBI). *Replies to the questionnaire for member state relating to euthanasia*. Strassbourg; 2013.
- ³ SOCIETÀ ITALIANA DI CURE PALLIATIVE. *Documento sulle direttive anticipate*. Gruppo di studio su cura ed etica al termine della vita 2006; 4: 7-16.
- ⁴ CONSIGLIO D'EUROPA. *Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina*. 1997.
- ⁵ CNB. *Dichiarazioni anticipate...*
- ⁶ DEL BON P. *Gli orientamenti in materia di "direttive anticipate" presenti in alcuni Paesi europei*. *La Rivista Italiana di Cure Palliative* 2006; 3: 36-43.
- ⁷ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB). *Dichiarazioni anticipate di trattamento*. 2003; ID. *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione medicopaziente*. 2008; ID. *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*. 1995.
- ⁸ CNB. *Dichiarazioni anticipate...*
- ⁹ In addition to the macro-competencies of nursing that cut across hospitalization areas and patient types, the typology of care nurses provide can be summed up as follows: Palliative Nursing, which responds to the care exigencies of chronically ill patients with irreversible prognoses and for which there is no treatment, for which nursing efforts are aimed at the defense and recovery of the best possible quality of life through the use of clinical competencies, including appropriate and effective interventions in terms of assessments and treatment of the symptoms typically associated with such chronic conditions; Intensive Care Nursing, which entails analysis of nursing care needs of the patient in the critical care area, management of nursing care processes for high intensity, complex care and treatment protocols, and associated courses of action. In this area nurses face emergency and urgent situations of patients in critical condition; Nursing in General Medicine, which entails helping patients suffering from multiple conditions and/or complex pathologies who cannot find adequate treatment or specialized care.
- ¹⁰ Definition option from the questionnaire: "It is a document in which a person expresses his wishes regarding his health in case he later becomes mentally incapable of expressing such wishes."
- ¹¹ Also see: SPAGNOLO A.G. *Tra eutanasia e accanimento terapeutico: l'etica del prendersi cura, L'accompagnamento pastorale del morente e le cure di fine vita*. Roma: Edizioni CVS; 2007: 103-132.
- ¹² CONSIGLIO D'EUROPA. *Convenzione di Oviedo...*
- ¹³ Article 32 of the Italian Constitution: "the Republic establishes health as a fundamental right of the individual and in the collective interest, and guarantees free

health care to indigents.” (section 1). “No one can be forced to submit to medical treatment without a specific act of law. Under no circumstances shall the law violates the limits placed upon it under the requirement to respect human life.” (section 2).

¹⁴ From the questionnaire of a nurse working in the Asylum.

¹⁵ From the questionnaire of nurse working in poly-functional intensive care unit.

¹⁶ From the questionnaire of a nurse working in a Asylum.

¹⁷ FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI. *Codice Deontologico dell’Infermiere*. 2009.

¹⁸ CNB. *Dichiarazioni anticipate...*

¹⁹ BIALK J.L. *Ethical Guidelines for assisting patients with end-of-life decision making*. *Medsurg Nursing* 2004; 13 (2): 87-91.

Acto médico, despersonalización y cirugía estética. El nacimiento del nuevo derecho a la belleza

*Nicola Posterato**

Resumen

La relación entre médicos y pacientes se vuelve cada vez más aséptica. El paciente pide al médico la realización plena de sus propios deseos; el médico intenta realizarlos y contribuye a incrementar el proceso de despersonalización de la medicina.

El progreso técnico-científico incide en este proceso de deshumanización y, en este contexto, encabeza el problema de la cirugía estética: la belleza se vuelve un valor.

Hombres y mujeres recurren a la cirugía con el fin de conformarse a las reglas que son provistas por los mass-media. La cirugía estética es deslegitimada y crea las bases para el nacimiento de un nuevo, extraño derecho, como el de ser "bellos".

¿Por qué la sociedad anhela obtener el reconocimiento de tan peligroso derecho? ¿Es quizá plausible su introducción al interior de nuestro sistema? ¿Cómo puede intervenir el derecho con el fin de frenar estas absurdas peticiones?

Summary

The relationship between doctors and their patients becomes increasingly aseptic. The patient asks the doctor the full realization

* Candidato a Doctor en Investigación en Disciplinas Jurídicas (Curr. Dir. Amm), Departamento de Jurisprudencia, Universidad de los Estudios de Roma Tres, Roma (E-mail: nicola.posteraro@uniroma3.it)

Título original: "Atto medico, spersonalizzazione e chirurgia estetica. La nascita del nuovo diritto alla bellezza". Publicado en la revista *Medicina e Morale* 2014/5, páginas 847- 873. La traducción no fue revisada por el autor.

of his/her desires; the doctor tries to realize his/her request and contributes to the dehumanization of medicine.

The technical progress affects this process of desecration of medicine. In this context, it is relevant to the field of cosmetic surgery: beauty becomes a value.

Men and women are turning to surgery to conform to the rules dictated by the media. Cosmetic surgery is de-legitimized and raises the need for new, unimaginable rights, such as the right to be beautiful.

Why does society hope for this new dangerous right? Is its insertion in our legal system perhaps theoretically plausible? How should the law intervene to put a stop to such dangerous requests?

Palabras clave: salud, disgusto psíquico, paternalismo, cirugía estética, belleza, cuerpo.

Key words: health, psychological disease, paternalism, cosmetic surgery, beauty, body.

Premisa

La relación médico-paciente sufre, hoy, una fuerte despersonalización: a causa del proceso de deshumanización de la medicina, se configura un empobrecimiento comunicativo del proceso sanitario, se provoca una relevante desresponsabilización del médico y se vuelve profundamente ‘*aséptica*’¹ la relación ética y jurídica entre tratante y tratado.²

La causa principal de esta gradual deshumanización está ligada a problemáticas comportamentales que abarcan tanto a los médicos, como a los pacientes. Los primeros –erróneamente– desde el inicio han recibido la problemática del consentimiento del derechohabiente en términos más bien formales y reductivos: la mayor parte de ellos, siempre lo ha considerado como una mera práctica dog-

mática, más que como un necesario proceso de discusión, y lo acepta no obstante, sólo como fastidiosa obligación de cumplir con el fin de informar al paciente acerca de los tratamientos a efectuar. En esta acepción, el consentimiento informado pierde relevancia y queda vacío de significado moral: se vuelve un mero acto debido, una mera obligación de comportamiento que, realizada, libera al médico del compromiso de una eventual futura complicación sanitaria, actuando como un formulario que protege al facultativo de posibles casos judiciales. En esta perspectiva, la relación médico-paciente es reconducida a una ordinaria relación comercial regulada por leyes con precisas normas de corrección profesional (pericia, verdad, fidelidad a los hechos) y el paciente se vuelve un simple cliente, un común consumidor; es la así llamada medicina defensiva, aquella que se verifica cuando los médicos no sólo prescriben exámenes, procedimientos diagnósticos o visitas, pero evitan pacientes o tratamientos de alto riesgo; no obstante, principalmente (aunque no exclusivamente) para reducir su exposición a un juicio de responsabilidad por *malpractice*.

En cuanto a los pacientes, ellos han llevado al extremo, con el tiempo, la importancia atribuida al consentimiento informado. Están cada vez más convencidos de poder prescindir del médico, configurándolo como un mero deudor de una prestación personal de satisfacción; han asumido el papel de un enfermo que, en la óptica moderna, tiene la capacidad y el valor de no hacerse tratar como una persona heterodeterminada y que, en cambio, asume sobre sí el peso y la responsabilidad de las decisiones que lo envuelven.

La relación médico-paciente está invadida de un fuerte alejamiento:³ en este sentido, aquello que debería ser el encuentro entre dos polos, se vuelve confrontación; y la –ausente– comunicación se vuelve un *‘diálogo de sordos, que se traduce en una relación lejana, fría y llena de sospechas; la información, traducida en la práctica del consentimiento informado, se vuelve la caricatura de sí misma’*.⁴

La rescisión de estos importantes lazos entre sujetos interesados es el síntoma de un erróneo y desmedido uso de la tan discutida libertad sanitaria, la cual resulta ser aplastada sobre la pretensión del absolutismo ontológico de la individualidad.⁵

Así el modelo autonomista, corre el riesgo de atribuir el poder de decisión a uno solo de los extremos de la relación; y trastorna, considerablemente la necesidad comunicativa, la cual encuentra cada vez mayor dificultad de expresión al interior de la relación clínica.⁶

Semejante costumbre, aun garantizando la plena y libre participación del –solo- paciente en las decisiones clínicas, choca con la práctica médica que, cotidianamente, demuestra, al contrario, cuán necesario sea que el enfermo dialogue, concretamente, con el médico tratante.⁷ No obstante su amplia autonomía de elección, de hecho, el paciente tiene necesidad del médico en todo el itinerario curativo y debe necesariamente crear con él una relación de confianza sobre cuya base poder elegir y hacerse aconsejar.⁸

El enfermo, sin embargo, muy frecuentemente avalado en eso por la actitud del médico tratante, rechaza reconocer esta necesaria interrelación comunicativa y se contenta con la mera relación formal para impulsarse cada vez más allá de la simple solicitud curativa, proyectándose hacia la más general terapia de la necesidad; es la óptica de la comodidad, de la conveniencia y de la interdependencia.⁹

La autonomía del individuo y las nuevas tecnologías: la crisis de la identidad y la despersonalización del acto médico en la era de la medicina de los deseos

La medicina actual pierde su connotación histórica de arte médica para asumir, en cambio, aquella más despersonalizante de técnica médica: la cual debe, hoy, enfrentarse a acuciantes requerimientos externos de un '*público sofisticado*',¹⁰ un público que sabe qué cosa quiere, que pretende la obtención de aquel resultado específico.

En esta óptica, el médico debe frecuentemente responder a instancias que no siempre corresponden a verdaderas y propias necesidades humanas, sino que representan, más bien, meros sueños del sujeto paciente.

La exacerbada cultura de la salud autónoma se ha orientado, de hecho, hacia la prosecución activa del bienestar; y las nuevas exigencias que la población presenta al médico no implican ya, primariamente, una exclusiva necesidad de terapia, sino van más allá de la “mera” necesaria curación: en esta óptica, se coloca la así llamada *medicina de los deseos*,¹¹ la medicina de los nuevos proyectos sociales,¹² la medicina que nos ayuda a volvernos aquello que quisiéramos ser gracias a un cuerpo nuevo y a una ‘*nueva capacidad emotiva*’.¹³

El proceso técnico-científico nos ha seguramente viciado, permitiéndonos mirar cada vez más a la obtención plena de nuestras ambiciones, las cuales una vez parecían inalcanzables¹⁴ y quedaban como sueños irrealizables.¹⁵ Nos hemos ‘*aficionado a la idea de poder cambiar las piezas de nuestro cuerpo, cuando éstas ya no funcionan, o incluso cuando ya no nos gustan*’¹⁶ y la técnica, que tanto nos cautiva, ‘*lleva en sí la realización inmediata y la satisfacción completa de todo aquello que los deseos humanos prometen y preanuncian*’¹⁷ Inaugura un presente pleno, realizado y satisfecho, basado sobre el imperativo categórico de la realización inmediata de cada uno de nuestros *DESIDERATA* (deseos); innova, programa, interviene biológicamente sobre la vida del hombre y sobre su ser: es ésta la razón de su ‘*gran seducción*’.¹⁸

Weber, contraponiendo la figura del hombre salvaje a aquella del hombre contemporáneo, sintetiza nuestra actual mentalidad tecnológica en la expresión “desencanto del mundo”: en semejante dimensión de plena satisfacción, basta sólo querer, para poder todo. ‘*La “regresiva intelectualización y racionalización” de la sociedad, en la cual, explica el filósofo,¹⁹ además de la “razón”, ejercitan una función dominante los “medios técnicos” ha provocado la emancipación de la fe en la divinidad y de la esfera mágico-religiosa. Es la era de la razón, nos dice, de una razón que pretende, programa, escoge, desea y realiza.*’²⁰

El problema principal es que la técnica, por sí misma, es capaz de conocer la conformidad de los medios respecto de los objetivos, pero desconoce, en realidad, qué objetivos –y si son aquéllos– deban ser o no alcanzados. No se logra poner un límite absoluto válido,²¹ por tanto, a la extensión injustificada del deseo de hacer/volverse y se confunde el ser con el «poder ser a los ojos del otro».

La técnica, que en su visión antigua era la mediadora entre la relación hombre-naturaleza, en su versión moderna se vuelve *‘el horizonte en cuyo interior, hombre y naturaleza son modificados por los requerimientos que las posibilidades técnicas promueven’*²² y representa, así, el ilimitado impulso progresista de la especie humana, su empresa más significativa que tiene, como destino final, el dominio *‘sobre las cosas y sobre el hombre’*.²³

El hombre desea y pretende la realización de su sueño porque sabe que hay una técnica lista para realizarlo

La excesiva autonomía reconocida al individuo, unida a la potencia que la técnica y los descubrimientos científicos le han hecho adquirir, pone al *homo faber*²⁴ en condiciones de dificultad no indiferentes, haciéndolo esclavo de un progreso científico del cual, actualmente, no puede ya prescindir: en esta perspectiva de alteración, el hombre corre el riesgo de ser fraccionado, cosificado, reducido a mero objeto de un saber que, nacido para él, se pone aparentemente a su favor, pero está sustancialmente contra su verdadera naturaleza de ser humano. En la época de la así llamada emergencia bioética, el ser humano percibe sentimientos de temor y de contrariedad,²⁵ temiendo que dicha condición general pueda seguramente incidir negativamente sobre su sustancia de ciudadano (humano) del mundo. Al mismo tiempo, sin embargo, percibe sentimientos de satisfacción y poder en relación de un universo que lo fascina y le deja espacios de autonomía decisional cada vez más amplios;²⁶ así, se abandona al espasmódico deseo de superar sus propios límites y de verse ple-

namente realizado en la óptica de su propio –absurdo– deseo de felicidad.

En los más variados sectores de la medicina se asiste, hoy, al nacimiento y al desarrollo de «*ambiciones en el límite de lo bizarro, de ilusiones de omnipotencia, y de sueños de inmortalidad*». ²⁷ Y es precisamente en tal perspectiva problemática que se coloca la tan discutida relación que hoy, viene creándose entre persona que desea y cuerpo humano sobre el cual actuar. ²⁸

El cuerpo, de por sí, representa el medio mediante el cual el hombre entra en comunicación con los otros hombres. Esto revisita el rol primario de ‘*médium de la comunicación y por tanto de la intersubjetividad, del reconocimiento, de la alteridad*’; ²⁹ se vuelve anclaje de la realidad que nos rodea, asume las características de un dispositivo capaz de producir, si bien *pro tempore*, la unidad psicofísica del hombre.

En esta perspectiva de riesgoso *cientificismo*, ³⁰ sin embargo, el cuerpo se vuelve un objeto de adquisición, cambio, descarte y modificación; y, como tal, puede ser usado, manipulado, agredido, vendido. Se configura como propiedad del hombre, sujeto a su *arbitrium*, a su decisión y a su voluntad. ³¹ El interesado lo reduce a simple mercancía de intercambio, ³² a apéndice poco significativo de la existencia: en ese sentido, el cuerpo no es ya una parte integrante del hombre, sino se vuelve un proyecto sobre el cual trabajar, un objeto comercial y comercializable, un conjunto de células que, en su totalidad, puede ser subdividido, seccionado, descubierta, remezclado.

El cuerpo, que ha fungido siempre como ‘*espejo para una cierta condición del mundo*’, ³³ se vuelve objeto (peligroso) en las manos del hombre. ³⁴ Y, en la óptica de esta absurda mercantilización, ³⁵ emerge un problema muy complicado, que se refiere a la identidad del individuo y a su reconocimiento social; manipular el cuerpo haciéndolo hilo conductor entre realidad y deseo comporta una manipulación no indiferente de la identidad, del ser sí mismos en la

óptica del reconocimiento: *‘de la reducción de la naturaleza corpórea a la manipulación artificial de la identidad, el paso es breve’*.³⁶

El querer manipular la identidad disgregándola, hasta el punto de hacerla artificial, crea la imposibilidad de la apertura hacia el otro, con la consecuencia de la incorporación del otro en el yo. Esto significa borrar *‘las diferencias entre el yo y el otro, y hacer al otro idéntico a mí, o yo idéntico al otro’*.³⁷

En este sentido, la medicina tiende a superar sus tradicionales confines para transformarse en un verdadero y propio instrumento (de poder) tecnológico, capaz de modificar al hombre y/o de realizar expectativas y deseos que pueden incluso ponerse en contraste precisamente con algunos de aquellos principios morales, una vez considerados fundantes de la misma deontología médica.

Belleza exacerbada, absolutización de los modelos y cirugía estética: el cuerpo intercambiable

La concretización evidente de todo este complejo proceso está representada, fuera de duda, por la así llamada cirugía estética, sector médico claramente a la orden del día que ejemplifica magistralmente la comisión inevitable entre enfermedad, deseo, ciencia, progreso, cosificación y temor.³⁸

Modificar el cuerpo para mejorarlo, hoy, no representa ya una excepción a la regla de la intangibilidad, sino, incluso, pertenece a la normalidad de la vida: un cuerpo puede ser modificado para salvaguardar la salud, o bien incluso sólo remodelado por un *‘efímero gusto estético’*.³⁹ En la generalización de su cosificación, se le cambia en “cosa” plásticamente disponible al propio querer, en una indumentaria que, en la óptica de la imperante cultura consumista del producto comercial, se viste para mostrarse a otros, para hacerse aceptar por los otros y que termina por volverse *‘una identidad ajena’*.⁴⁰ La estructura física del hombre pierde el lugar de la identidad

del yo y se desmaterializa frente a exigencias de aparecer que prevalecen sobre las necesidades de confrontación: la identidad se exterioriza y no representa ya aquel carácter que cada uno de nosotros tiene como individuo inconfundible, sino se vuelve el reflejo de la modificación externa del cuerpo como proyecto, del cuerpo remodelado, del cuerpo que quisiera.⁴¹

La excesiva familiaridad con los productos de la técnica hace desvanecer, así, la necesaria distinción entre aquello que es natural y aquello que, en cambio, es artificial;⁴² y si hasta ahora el médico ha sido sanador, ahora es un artista del cuerpo,⁴³ un mágico artífice de los sueños con finalidades no ciertas, sino por definirse.

Todo esto conduce a una visión extremadamente estetizante de la vida y una total desresponsabilización del hombre que mal se adapta a la ley moral ínsita en cada ser:⁴⁴ la exigencia del querer prevalecer sobre aquélla del simple poder.⁴⁵

Nunca como en este momento histórico, la belleza ha venido a colocarse como valor primario e indispensable para afrontar una “sana” vida de relación.⁴⁶ Se ha vuelto el valor fundamental de nuestra sociedad, el único sobre la base del cual poder edificar capacidad, fuerza, pasión, inteligencia y simpatía de una persona;⁴⁷ la hemos vuelto la finalidad primaria de nuestra existencia y la hemos hecho coincidir, incluso, con nuestro (ya bastante amplio) concepto de salud.⁴⁸ Hemos llegado a actuar discriminaciones sociales sobre la base de la belleza, poniéndola como fundamento de decisiones que tienen poco qué ver con ella. También en el ambiente laboral, la imagen de la persona se vuelve funcional (e instrumental) para la actividad a emprender.⁴⁹

La dimensión estética se ha convertido en un valor; y todos nosotros, urgidos por el creciente miedo de perderlo, vivimos más que nunca en simbiosis con nuestro cuerpo, el cual, en esa perspectiva, debe necesariamente ser bello, sano y eterno.

Así, la imagen se vuelve el medio de comunicación más rápido y directo entre las personas; y *‘sólo los superficiales no hacen caso de las apariencias’*.⁵⁰

*‘La intervención estética nace como intervención excepcional, dolorosa y riesgosa, para volvernos hoy incluso el regalo de quien cumple la mayoría de edad’.*⁵¹

En esa específica moda de banalización e inflación, por tanto, son cada vez más frecuentes los casos de pura inutilidad y extrema superficialidad de las peticiones de intervención:⁵² la exigencia de mejorarse estéticamente para alcanzar la belleza y superar problemas psicológicos de esa condición de imperfección eventualmente relacionados, cede el paso la exigencia de modelarse estéticamente por moda y no por exigencia.

En este contexto, por tanto, se pone el problema ético-deontológico relacionado con la banalización de la técnica quirúrgica y con su injustificada inflación, el problema de su uso espasmódico y desconsiderado porque con mucha frecuencia no está necesariamente ligado a exigencia de mejoramiento de la salud:⁵³ en un mundo en el cual lo que cuenta es la plena realización personal (y, mejor, el alcanzar la belleza en general) recurrir al bisturí representa la frontera extrema de la libertad no compartible y de la responsabilidad individual, el límite entre lo lícito y lo ilícito, la delgada línea entre realidad natural y artificialidad (de)formada.

La cirugía estética, así, ha sido ética y jurídicamente aceptada por la mayoría sólo cuando se le ha reconocido una cierta valencia terapéutica. Antes de ello, se consideraba que fuese una práctica cosmética útil solamente para contentar los caprichosos requerimientos de los pacientes en particular.

Aquella era maltratada por la ética, porque creaba fuertes problemáticas en tema de despersonalización y crisis de identidad; pero era también considerada jurídicamente ilícita por ser contrastante con el art. 5 del código civil, en cuanto acto no médico contrario a las buenas costumbres y apto para causar una posible y no justificada disminución permanente de la integridad física.

Esta idea de escasa aceptación de la cirugía estética ha cambiado cuando se ha afirmado que la Constitución italiana, en el art. 32, no tutela exclusivamente la salud meramente física; sino, incluso, se refiere también a la psíquica.

Gracias a esta ampliación del concepto de salud, se considera que esta actividad pueda ser pacíficamente aceptada: éticamente, porque en esta óptica no despersonaliza, ayuda a resolver los problemas psicológicos y a crear relaciones entre quien sana de la insatisfacción y quien con ello interactúa cotidianamente; jurídicamente, porque como toda otra actividad terapéutica, es legitimada explícitamente por la Carta Fundamental en cuanto (y cuando) resulte ser orientada a sanar al enfermo de aflicciones psicológicas.

En esta perspectiva, se considera generalmente superado también el contraste entre tal práctica y el artículo 5 del código civil: se afirma, de hecho, que la disposición del código no es absolutamente aplicable, en general, a los casos en los cuales el individuo disponga de su propio cuerpo –si bien dañándose– para alcanzar fines de salud. Y, por tanto, habiendo incluido también dicha práctica quirúrgica dentro de las operaciones terapéuticamente orientadas, se pone en evidencia que dicho límite civil debe hoy considerarse inaplicable también a ella.

Frente a la utilización espasmódica de esta práctica, es normal que ética y derecho vayan poniéndose preguntas. En otras palabras: si falta el fondo terapéutico apto para legitimarla, ¿cómo se resuelven los problemas éticos y jurídicos de despersonalización e ilicitud?

Cuando la cirugía estética pierde la valencia de salud y se vuelve sólo la moda del momento, entonces la legitimación ética y jurídica se ve disminuida. Y los problemas no tardan en aparecer en el debate cotidiano.

El problema del derecho a la belleza

Todas las dificultades se agudizan frente a aquel encuentro que implican valores y legislaciones, pretensiones del individuo y acción positiva del Estado social.

Se piense en la problemática del así llamado *derecho a la belleza*, de aquel derecho nuevo que, según el antropólogo inglés Edmonds, debería hoy encontrar evidente acogida en nuestros ordenamientos jurídicos.⁵⁴

Edmonds, analizando la situación socio-cultural de Brasil, ha lanzado esta potente provocación apoyándose en un aspecto evidentemente delicado como el de la pobreza, relacionando la situación económica deteriorada del paciente deseoso de mejoramiento, a aquélla del acto médico no voluntario, pero, en estos términos, absolutamente necesario.

En vista de que la sociedad actual vive de estética; y que el aspecto exteriormente agradable ayuda en las relaciones, además que en la ascensión social, ¿qué cosa sucede al paciente *feo* cuando, no pudiendo económicamente acercarse a la cirugía estética porque sea demasiado cara, se vea obligado a vivir con incomodidad física que lo aflige y, por tanto, a renunciar a un mejoramiento de su propia vida relacional?

Para Edmonds la solución es prontamente intuible: en estos casos, es necesario que el Estado, haciéndose cargo de la incomodidad del individuo, lo ayude en la explicación efectiva de su propio deseo y lo sostenga —por medio de subsidios económicos— en la ejecución de su restablecimiento vital.

El deseo de restablecimiento no es ya, obviamente, un mero capricho del individuo; sino se vuelve un verdadero y propio *status* social, una *conditio sine qua non* del momento vital, un aspecto imprescindible, una verdadera y propia *necessary vanity*.

“*Is beauty a right, which*”, pregunta Edmonds, “*like education of health care, could be realized with the help of public institutions and expertise?*”.

El punto crucial de la cuestión está en el hecho de que Edmonds no actúa una diferenciación entre intervenciones meramente necesarias (aunque terapéuticamente legitimadas) e intervenciones meramente voluntarias y, caprichosas (por tanto, falsamente ligadas a la psicología, o bien inútiles desde el punto de vista de la salud porque no son aptas para resolver nada de aquello que sobre la psicología, desde el exterior, verdaderamente incide).

Y no lo hace precisamente porque su primera intención es la de discutir sobre la belleza en sentido estricto, sobre la estética en modo particular, sobre la voluntariedad en modo explícito: la que

va financiada es la decisión de quien, *feo*, quiera volverse *bello*; prescindiendo de las motivaciones de fondo que inducen a semejante decisión. Real necesidad terapéutica, mero capricho, moda del momento, adaptación a los estereotipos: la diferenciación de poco vale; lo que cuenta, en esta óptica, es la concretización de la vanidad; el posible impulso hacia el deseo de mejoramiento completo de *sí* y del propio físico.

En ausencia de una delimitación de este derecho a la belleza en casos realmente necesarios por razones terapéuticas, esta propuesta de Edmonds suscita sospechas también porque, en realidad, la belleza de la cual se habla es, en el fondo, una posible mercancía.

‘For the poor, beauty is often a form of capital that can be exchanged for other benefits, however small, transient, or uncondusive to collective change’; la belleza, definida como capital erótico,⁵⁵ es capaz de asegurar en primer lugar a quien la posee, la acumulación de otro capital futuro —esta vez concretamente material— a esa estrechamente relacionado.

En otros términos, lo bello puede aspirar a una ganancia mayor en el curso de su existencia, apoyándose en aquello de lo cual está naturalmente (físicamente) dotado.

El capital erótico, en esta óptica, se vuelve equiparable al de la instrucción; es así como es justo que cualquiera, si carente de medios, tenga la posibilidad de estudiar para acumular el segundo, así es justo si se sigue razonando del mismo modo, en términos de subsidio/necesidad, en relación con este argumento.

Hay quien, en la óptica (plausible, pero erróneamente coincidente con la idea del antropólogo) de la reconstrucción física como psicológicamente necesaria, ha sostenido claramente la idea de la reglamentación, auspiciando la inserción de un derecho nuevo como explicación del camino socio-cultural de la sociedad que en ello podría encontrar plena satisfacción de sí; y quien, en cambio, ha incluso desde el inicio eliminado el fundamento, apoyándose sobre aspectos evidentemente más prácticos y recordando que los costos de tales intervenciones serían intolerables para el sistema

sanitario público en una situación de tasación generalmente ya tan elevada.⁵⁶

Ya la expresión derecho a la belleza, en realidad, separa de verdaderos derechos privados que están en peligro, manipulando el mismo concepto de derecho, evolución del deber, fruto de la dictadura de la pertenencia. Existe un desbalance que lleva a invertir en el propio aspecto para responder a un imperativo categórico que quita libertad de ser como se es.⁵⁷

Puesto que sí, un derecho semejante podría quizá ayudar a superar los problemas relativos a la cirugía de tipo *low-cost*,⁵⁸ puesto que un subsidio estatal tutelaría sin duda, es verdad, la psicología de un paciente pobre, sufriente, pero imposibilitado de anhelar (económicamente) la curación; quedaría por entender, efectivamente, cómo podría elegirse el sujeto necesitado de la intervención y en qué bases, por tanto, sería ejecutado el esquema de inicio, si no sobre las erróneas de la subjetividad del individuo. Faltando una objetivación del concepto, *por el contrario* es incluso normal afirmar que falta sin duda también el concepto de *feo*, por tanto de sujeto necesitado de volverse agradable. ¿Cómo podremos por tanto captar quién esté en verdad objetivamente destinado a usufructuar de tal subsidio, y quién no?

El problema se repropone, por tanto, prepotentemente: llegar a definir algo que de definido todavía no tiene, es cosa muy difícil, ya que es imposible, al menos por ahora, además de inútil.⁵⁹

En otros términos, llegaremos a subsidiar cualquier tipo de intervención querida por quien sea económicamente desfavorecido, sin poder opinar sobre la necesidad del embellecimiento. Pero garantizar la belleza a todos significaría aumentar desmedidamente el gasto sanitario.

E, incluso peor, con la inserción de un derecho de ese género, llevaremos al interesado a poder pretender la intervención en todo momento y obligaremos al médico cirujano a deber intervenir siempre sólo para alcanzar aquel resultado específico que, de la intervención así proyectada, el sujeto vaya personalmente proyectán-

dose: volveremos, en otros términos, a configurar la así llamada *obligación de resultado*. Lo que aquí es necesario que llegue a sustanciarse, así como es entendido el derecho, no es la modificación en sí y por sí (por tanto, el buen resultado de la operación); sino la creación de la belleza, la satisfacción plena del deseo del paciente, su querer de verse perfecto *ex post* (después del hecho), así como deseaba ardientemente ser *ex ante* (antes del suceso). El médico podría también configurar, en sede diagnóstica, la posible verificación de eventos dañinos; pero debería como quiera actuar interviniendo por voluntad subjetiva del paciente, obligado a alcanzar, en este sentido, a toda costa, aquel resultado final de belleza abstracta que anima la imaginación deseosa del sujeto insatisfecho. Por tanto, podría estar llamado a responder tanto en el caso de evento final dañino, si bien representado como previsible (porque el paciente podría lamentar un estado de fealdad derivando no tanto del evento infausto —previsto y aceptado como riesgosamente verificable— cuanto más por el resultado final en sí como estéticamente insatisfactorio en su conjunto), tanto en el caso del evento técnicamente bien logrado (es decir privado de cualquier tipo de evento técnicamente infausto), pero subjetivamente defraudante.

En otros términos, el derecho a la belleza vendría a substanciarse en un derecho a la sanación en la cirugía ordinaria; un derecho lábil y no delimitado que haría al médico culpable siempre, incluso cuando el paciente lo considere ser tal, prescindiendo de la información y de la actividad diligentemente desarrollada.⁶⁰

Desde el punto de vista político-económico resultaría muy difícil entender, por una parte, cómo poder justificar esta decisión de tasación a los ojos del resto de los contribuyentes, ya desfalcados, en la condición actual, por situaciones de extremas dificultades económicas; por otra parte, cómo balancear un interés semejante con otros diversos derechos —quizá mucho más eminentes— aún hoy demasiadas veces quedadas sin realizar, por tanto no salvaguardadas, en la óptica del Estado Social.

¿Quién establece los límites de la necesidad? ¿Dónde termina y comienza el capricho? Seguramente no faltan “derechos” más serios que aún no tienen adecuada tutela, el “derecho a la belleza” no significa nada. Los derechos son “sin pérdida ni ganancia”, es decir, para toda concesión de tutela de un derecho algún otro derecho importa igualmente: por tanto, ¿es justo hacer pesar económicamente el reconocimiento de tal derecho sobre potenciales “contra interesados”?

Del derecho a la belleza al derecho al mejoramiento estético: la posible respuesta del derecho

Actualmente, el único modo que tenemos a disposición para ver disminuidos los casos de recomposición extrema aun cuando no sea debida, es esperar que existan profesionistas cirujanos estéticos capaces de (*rectius*, honestos en el) reconocer la superfluosidad de la intervención, rechazando la actividad médica cuando se den cuenta de que no está exactamente relacionada a una exigencia de salud.

Pero, en un régimen de actividad libre-profesional regido más por las leyes del rédito que por aquellas de la ética, aquello sucede raramente.

Frecuentemente el cirujano plástico no sabe bien si el motivo es de orden médico (comprendiendo en esto también los aspectos psicológicos) o cosmético.

Entonces, la incomodidad psicológica advertida antes de la intervención, en realidad continúa persistiendo aun después de que el acto quirúrgico ha obtenido los objetivos prefijados (es el caso del así llamado dismorfismo); y no son excepcionales los casos de quien, luego de un breve tiempo, requiere nuevamente la intervención del médico para otras correcciones del todo inútiles frente a una pretendida nueva incomodidad psíquica.

Sucede, quizá, que el cirujano incurra en la ligereza de considerar que el solo y simple requerimiento de la intervención estética por parte del cliente justifique automáticamente y para todos los efectos la intervención. Nada menos verdadero, en cuanto la decisión y la intervención constituyen actos terapéuticos de los cuales es el médico quien asume la plena responsabilidad.

El cirujano estético no puede supinamente aceptar intervenir sujetos que buscan curar obstinadamente sus neurosis e inseguridades por medio de varios y continuos perfeccionamientos quirúrgicos, será en cambio obligatorio para él dirigir a tales pacientes a un psiquiatra, para intentar resolver las problemáticas de interés específico.

La sugerencia de la literatura especializada para el cirujano estético es de invitar al paciente a dirigirse más bien a un psicólogo, en caso de duda. Sin embargo, se trata de una precaución seguida raramente: *‘rechazar un paciente, o sugerirle dirigirse primero a un psicólogo puede ser un costo demasiado alto para un profesionalista, sobre todo al inicio de su carrera, y esto lleva a aceptar casi siempre todos los tipos de pacientes, con el riesgo, naturalmente, de operar también a los problemáticos’.*⁶¹

El recurso a la práctica de la cirugía estética, en esta perspectiva, no es ilícito de por sí, sino quizá exagerado cuando se supera el umbral de lo fisiológico y de una decisión madura.

Es necesario el cuidado del cuerpo, pero sólo si es apoyado por un subsidio psicológico (o al menos por la toma de conciencia de la verdadera identidad del problema estético). La verdadera enfermedad a curar es la debilidad de quien vive un estado de minusvalidez como consecuencia de un defecto estético.

Está claro, por tanto, cómo el primer coloquio con el paciente asuma un rol crucial: el cirujano no debe intervenir como mero ejecutor material, sino, incluso, como aquel que valora, a la luz de encuentros objetivos en el plano físico y psicológico, la necesidad de la intervención requerida por el paciente.

El problema de fondo, por tanto, está en reconocer la falta de una situación normativa que obligue una previa consulta psicológi-

ca por parte de un experto en la materia, en tema de cirugía estética; porque, si es verdad que los problemas relativos a su legitimidad pueden buenamente ser superados en la óptica de una intervención requerida por la salud del paciente (también por su salud psicológica), entonces es también verdad que deberían permanecer como no legítimos, por tanto absolutamente inútiles (y también jurídicamente injustos) los tratamientos desligados de cualquier tipo de motivación terapéutica y relacionados con la mera vanidad del momento.

Es oportuno, entonces, insertar algunas situaciones de tipo normativo que tengan la capacidad de limitar el fenómeno de las intervenciones inútiles y restituyan a la cirugía estética dignidad de terapia médica, penando las intervenciones de tipo exclusivamente vanidosas (prohibiéndolas), puesto que es por motivaciones estrictamente de salud que aquella, en principio, ha sido justificada desde su aparecer.

Por tanto, se debería decidir sujetar la complicada intervención de cirugía estética a un análisis psicológico que previamente (o bien contextualmente al coloquio preliminar que el interesado sostenga con su cirujano) sea efectuado por especialistas de la materia y certifique la necesidad de la intervención: por medio de un encuentro dialógico, el psicólogo puede captar bien, de hecho, cuál sea la necesidad de su paciente; y, por tanto, dirigirlo hacia tratamientos de psicología (cuando verifique que el deseo de reconstrucción derive de una problemática psicológica más grave –como la del dismorfismo– y sea superable por medio del tratamiento de esta última, más bien que con el uso de un bisturí); o bien, incluso, dirigirlo hacia la intervención quirúrgica cuando sea necesario para su psicología (del enfermo) que vive un disgusto no superable de otro modo.

En otros términos, el discurso no vale para modificar las teorizaciones en tema de exculpar y la importancia del consentimiento de derechohabiente, ni vale para incidir negativamente sobre la profesionalidad del cirujano estético: el psicólogo no puede mirar a

la intervención de cirugía estética como a una actividad urgente, por tanto prescribirla como *necesaria*; porque aquí, más que en otros casos, es el sujeto quien debe elegir cómo –y sí– intervenir, aun si previamente alguien haya determinado la necesidad.

Su tarea, por tanto, sería sólo la de certificar, en sustancia, un disgusto de tipo psicofísico a instancias de quien lo requiere, por tanto estrechamente ligado a la mera estética, pero que, por medio de una intervención de tipo quirúrgicamente modificante, él considere que pueda ser adecuadamente superado.

Pero correspondería siempre al cirujano, sobre la base de la reconocida necesidad de la intervención, apurar, con los instrumentos que tiene a su disposición, el posible buen resultado (en términos de utilidad de la ejecución) de la operación, por tanto la efectiva posibilidad de una pronta recuperación del disgusto, o bien su utilidad quirúrgica (entendida como inadecuación de los instrumentos respecto a la posibilidad de la sanación de la *psique*). En otros términos, la última palabra (a propósito de la ejecutabilidad de la intervención; porque respecto a la ejecución en sentido estricto, sería siempre el paciente autónomo, el que debe decidir) correspondería siempre al médico, como es justo que sea: es él quien sabe en qué términos y en cuáles modos sea oportuno intervenir utilizando técnicas muy precisas de operación. Y correspondería siempre a él, frente a una valoración positiva respecto a la posible ejecución de la intervención, representar al paciente riesgos y ventajas derivadas de la operación necesaria y factible.

En esta óptica, por tanto, el psicólogo tiene sólo la tarea de verificar la legitimidad de la intervención, el cirujano debe, en cambio, dirigir hacia su efectiva utilidad; y canalizar al psicoterapeuta, precisamente, cuando se dé cuenta de que la intervención no sea factible (o bien sea técnicamente idónea para evitar el disgusto), o bien cuando el paciente, conociendo riesgos y ventajas, debiese decidir renunciar a la cirugía, autónomamente: respetar las decisiones del enfermo quiere decir no sólo secundarlas, sino juzgarlas, con competencia y honestidad profesional.

En este contexto se impone una adecuada verificación de la componente psíquica del caso, como indispensable valoración preventiva de aquel acto de modificación del cuerpo al cual el sujeto parece determinado a someterse: el estudio del perfil de personalidad del solicitante no puede nunca ser descuidado en la entera valoración de la factibilidad de la intervención, debiendo sacudir una atención no inferior a aquella dedicada a las condiciones físicas generales del paciente.

Si así fuese, caerían seguramente todas las problemáticas que, en tema de legitimidad de la intervención, implican ética y jurídicamente la cirugía estética;⁶² la cirugía asumiría un corte ordinario, se evitarían disgustosos casos de crisis de identidad y la obligación asumida por el médico sería de medios: el médico, no opera para alcanzar el resultado estético querido por el paciente, sino para curarlo de la enfermedad.⁶³

Seguramente, no sería limitada ni siquiera la autonomía del individuo, porque el paciente permanecería autónomo en la elección del *si* intervenir, o continuar viviendo con su propio disgusto, ante la representación técnica de los riesgos y ventajas realizadas por el cirujano; e incluso, serían seguramente en verdad superados, esta vez, los problemas de la relación existente entre libre disposición del propio cuerpo y limitación de la cual en el artículo 5 del código civil; que, en la óptica saludable de la intervención bien podría encontrar aplicación la teoría de desaplicación del artículo civil en tema de actividad terapéutica.

Al contrario, se actuaría positivamente sobre uno de aquellos aspectos que, jurídicamente, hace muy oportuno limitar la “cirugía del deseo” contraria a la disposición del art. 5 del código civil; pensemos en el caso de una intervención no necesaria de mastoplastia de aumento; la ausencia de terapéuticidad, bien podría volver injustificada el mal resultado de la intervención de la cual sea derivado el problema de la lactancia: ¿no podría por tanto ser definido como violación del cuerpo, quizá? Por tanto, ¿disposición contraria a la libertad dispositiva? Se vea también el caso de la himenoplastia de

la cual derive un problema al aparato reproductor: si es verdad que *dominus membrorum suorum nemo videtur*, (nadie es dueño de sus propios miembros) entonces no es extraño pensar en una limitación efectiva de tales intervenciones superficiales e inútiles. Se trata, por tanto, de manipulación del cuerpo. De modificación, alteración y transformación.

También el caso de la operación en el menor sería en este sentido envuelto positivamente por una situación similar: puesto que la decisión de los menores, en cuanto incapaces de actuar, corresponde a los padres; pero puesto que es frecuentemente difícil, para estos últimos, entender cuando verdaderamente la petición del menor sea legitimada por exigencias efectivas, o bien no, en este modo las intervenciones serían legitimadas sólo en el caso de necesidad efectiva testificada como tal.

Se piense en el caso de las orejas prominentes, donde la petición de la intervención está seguramente fundada, porque es frecuentemente dirigida a eliminar los actos de *bullying* que son realizados contra el menor afectado por semejante patología. Pero pensemos también en el caso de la intervención requerida por el padre con el fin de modificar los rasgos somáticos de su propio hijo *down* para hacerlo parecer normal. En el primer caso, la petición sería seguramente legitimada; en el otro, al contrario, debería ser prohibida, porque comporta riesgos y contrastes difícilmente superables.

Ni una simple reconstrucción llevaría a limitaciones efectivas en el ámbito de la cirugía así entendida: el progreso tecnológico podría seguir dando sus pasos, en un contexto semejante, no siendo definible, *a priori*, qué cosa en el futuro creará problemas psicológico-estéticos, y qué cosa no. Lo importante sería definir qué cosa sirva, efectivamente, en el caso concreto al paciente enfermo, evitando mezclar lo necesario con lo inútil, el médico al voluntario, la cosmética a la estética quirúrgica.

No se quiere criticar, de por sí, el cuidado del propio cuerpo; simplemente, “se quiere evitar que se vuelva el dato que polarice la

atención”⁶⁴ y que, aun siendo extrema, llegue a usar medios médicos que, en realidad, es justo que queden propios sólo de las enfermedades efectivamente reconocidas –por quien es competente– como tales.

Solamente en este caso, entonces, se podría eventualmente llegar a hablar de financiamiento y de subsidio. Pero sería necesario actuar también una importante mutación de terminología, en este sentido; y llegar a reconocer (*rectius*, actualizar) un así llamado *derecho al mejoramiento*, más bien que un derecho a la belleza. Un derecho a sanar mejorándose estéticamente; no en la óptica de alcanzar lo bello, que es subjetivo, sino en la óptica del mejoramiento de salud, de un mejoramiento psíquico estrechamente dependiente del físico, pero que es percibido como tal sólo por quien vive el diálogo interior en modo patológico, aun pudiendo ser reconocido *ex ante* por especialistas del sector.

Si la cuestión fuese impuesta así, difícilmente se podría objetar a la postura; nada podría decirse de negativo respecto a una intervención que ayude al sujeto a sanar de una enfermedad, cuando sea quirúrgicamente eliminable.⁶⁵

Cuidarse no puede, no debe querer decir modificarse a toda costa, e incluso, despersonalizarse, entrar en crisis consigo mismo sin ya reconocerse. Un cuerpo cuidado es valorado, no ridiculizado o, aún peor, descompuesto en piezas de refacción.

Referencias bibliográficas

¹ Así se expresa HELZEL PB. *Il rapporto medico-paziente tra principi etici e norme giuridiche*. Le Corti Calabresi 2007; 3: 611-625, p. 618.

² Sobre el tema se reenvía desde ya, a: ANDORLINI I., MARCONE A. *Medicina, medico e società nel mondo antico*. Firenze: Mondadori Education; 2004; GOUREVITCH D. *Le triangle hippocratique dans le monde gréco-romain*. Parigi-Roma: École française de Rome; 1984; MAZZARELLO P. *Rapporto terapeutico in occidente: profili storici* en LENTI L., PALERMO E., ZATTI P. *I diritti in medicina* en RODOTÀ S., ZATTI P. (dirigido por). *Trattato di Biodiritto*. Milano: Giuffrè; 2012: 3 y ss.; MONTANARI VERGALLO G. *Il rapporto medico paziente. Consenso informato tra libertà e respon-*

sabilità. Milano: Giuffrè; 2008; ENGELHARDT IH. *La relazione fra medico e paziente: ieri, oggi e domani*. Medicina e Morale 1999; 2: 265-299; TRABUCCHI M. *L'ammalato e il suo medico. Successi e limiti di una relazione*. Bologna: Il Mulino; 2009.

³ Como prueba de ello, se vea cuanto sucede, hoy, en el caso de la telemedicina.

⁴ Cfr.: SPINSANTI S. *Chi decide in medicina*. Roma: Zadig Editore; 2002: 92.

⁵ Cfr. sobre este punto: NUSSBAUM MC. *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui e persone*. Bologna: Il Mulino; 2002.

⁶ Cfr.: PASINELLI G. (curador). *Il consenso informato. Una svolta nell'etica medica*. Roma: Franco Angeli; 2004: 59-60. A este respecto, MALTA R. *Etica e chirurgia estetica*. Bioetica e Cultura 1999; VIII (1): 89-99, p. 93 escribe que, en el caso de la cirugía estética, la relación médico-paciente está invertida: es casi siempre el paciente quien pide la aplicación de una semejante práctica quirúrgica.

⁷ "Se ha perdido la visión holística y ecológica del hombre como ser viviente con todas sus interacciones". Así tenemos, CELANI T. *Arte medica-Tecnica medica; aspetti psicologici e social della medicina* en CAPRIOLA E., CELANI T. *Rapporto medico-paziente. Evoluzione storica di un incontro*. Napoli: Pozzi Edizioni; 1989: 14.

⁸ El surgimiento y el descubrimiento de una enfermedad que no se sabe diagnosticar y afrontar, escribe OREFICE S. *La sfiducia e la diffidenza*. Milano: Cortina Raffello; 2002: 3, "de por sí desarma la mente (...)." *La desesperación puede ya parcialmente reducirse sabiendo que habrá un doctor capaz de ayudar*.

⁹ "La escucha es fundamental para comprender el verdadero significado que aquella alteración reviste para aquel paciente, en un determinado momento, permitiéndole sentirse verdaderamente curado una vez que el problema se ha resuelto". Así se lee en, CELANI. *Arte medica-Tecnica medica...*, p. 20.

¹⁰ *Ibid.*, p.22.

¹¹ Cfr. MALTA. *Etica e chirurgia estetica...*, p. 94: "La medicina del deseo caracteriza a este último final de siglo: prevalece en ella el aspecto positivo de la controversia, el 'se puede hacer' y por tanto la decisión ('lo hago')".

¹² Cfr.: LARGHERO E., ZEPPEGNO G. *Da parte della vita. Itinerari di bioetica*. Torino: Effetà Editrice; 2008: 315.

¹³ Cfr.: RUSSO G. *Bioetica. Manuale per teologi*. Roma: LAS Editrice; 2005: 300.

¹⁴ A este respecto, HELZEL P.B. *La valorizzazione-mercificazione del corpo tra Etica ed Economia* en MARTINES SICLUNA Y SEPULVEDA C. (curador). *L'etica del mercato*. Padova-Milano: Cedam; 2011: 63-90, p. 72, escribe que "la técnica ha abreviado, si no del todo anulado, los tiempos de la naturaleza, un tiempo cíclico en el cual no hay futuro que no sea la pura y simple repetición del pasado que el presente reafirma".

¹⁵ "La técnica se ha impuesto en la sociedad y el recurrir a ella representa un lugar común personal en el ámbito de un ethos social que impone sus leyes y nos hace menos libres. La técnica es instrumento de un estilo que lleva al pragmatismo y al materialismo. Las posibilidades técnicas condicionan nuestro actuar, y las motivaciones a su recurso. Hoy gran parte de la sociedad vive asumiendo que

“aquello que es técnicamente posible realizar, es lícito hacerlo”. Cfr.: MALTA. *Etica e chirurgia estetica...*, p. 97.

¹⁶ Así HELZEL. *La valorizzazione-mercificazione del corpo tra etica ed economia...*, p. 75. En otro punto del mismo texto (p. 83) el autor escribe que las “partes de cuerpo, al igual que piezas de refacción, pueden ser compradas y vendidas”.

¹⁷ Cfr. CIARAMELLI F. *Incremento della tecnica e proliferazione dei desideri en AAVV. Nuove frontiere del diritto. Dialoghi su giustizia e verità*. Bari: Edizioni Dedalo. 2001: 81-104, p. 83

¹⁸ *Ibid.*, p. 83

¹⁹ WEBER M. *Il lavoro intellettuale come professione*. Torino: Einaudi; 1988: 20.

²⁰ “*Las invenciones de la técnica y la producción de máquinas activan este deseo, lo crean. (...) El hombre busca superarse a sí mismo inventando exósmosis, duplicados de su cuerpo, dotados de una potencia multiplicativa. Nace entonces el deseo de funcionar como funcionan las máquinas que él ha creado. Es ésta la hybris del hombre, que puede impulsarlo a identificar su propio cuerpo como la potencia de una máquina*”. Cfr.: CHASSEGUET J., SMIRGEL. *Il corpo come specchio del mondo*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2005: 10.

²¹ Cfr.: ZANUSO F. *Neminem laedere*. Padova: Cedam; 2005: 8: “*No me parece que puedan surgir dudas sobre la obligatoriedad de la búsqueda de un límite; si acaso, ha de sondearse plenamente la posibilidad por parte de la razón humana de reconocer uno auténtico*”. El autor se expresa de este modo porque con la intención primaria de confutar todos aquellos límites que, de tanto en tanto, las interpretaciones histórico-filosóficas han buscado –y están buscando– proponer, avala la así llamada *limpieza de la tela*, en ocasión de la cual, eliminadas las incrustaciones peligrosas de las cuales somos frecuentemente prisioneros, se pueda volver a actualizar un óptimo debate bioético hecho de encuentro dialógico.

²² Cfr.: GALIMBERTI U. *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*. Milano: Feltrinelli; 1999: 352.

²³ Cfr.: JONAS H. *Il principio di responsabilità*. Torino: Einaudi; 1990: 13.

²⁴ “*El homo faber que ha progresivamente pretendido reducir el mundo natural a mero conjunto de fenómenos dominables y manipulables a la luz de una finalidad utilitarista y edonista, comprende ya no ser el protagonista de la obra de transformación y de ser reducido a fenómeno entre fenómenos*”. Así vemos en, ZANUSO. *Neminem...*, p. 2.

²⁵ Esta reacción del hombre ante los límites de la técnica, escribe ZANUSO *Neminem...*, p. 2 es perfectamente comprensible, porque el hombre se siente amenazado en su desnudez. Sin embargo, observa la autora, hacer prevalecer tales sentimientos de miedo y desconcierto resulta ser, sin ninguna duda, ingenuo e improductivo: es necesario, de hecho, evitar tanto una actitud apocalíptica como una actitud apologética en relación con algo que podría sí espantar, pero no debe aterrorizar. En este sentido se vea también D'AGOSTINO F. *Bioetica nella prospettiva della filosofia del diritto*. Torino: Giappichelli; 1998: 78s.

²⁶ PALAZZANI L. *Il concetto di persona tra bioetica e diritto*. Torino: Giappichelli; 1996: 5.

²⁷ Cfr.: TUNDO FERENTE L. *La bioetica fra agire etico e agire tecnico*, en *Etica della vita: le nuove frontiere*. Bari: Edizioni Dedalo; 2006: 10 e ss.

²⁸ Cfr.: ZATTI P. *Il corpo e la nebulosa dell'appartenenza*. Nuova giur civ comm. 2007. 1: 1-18. Sobre este punto se vea también TALLACCHINI M. *Il corpo e le sue parti. L'allocatione giuridica dei materiali biologici umani*. *Medicina e Morale* 1998. 3: 499-544, p. 506, donde el autor declara: "La primera paradoja del cuerpo consiste en el hecho de que es tanto el lugar y el medio de la subjetividad –el cuerpo– sujeto, en el cual el "sujeto es el cuerpo"– sea el objeto de actos con los cuales el sujeto dispone de sí –el cuerpo objeto, en el cual el "sujeto tiene el cuerpo"–, y, como objeto de sí, en tales actos el sujeto puede disponer de su propio cuerpo como totalidad de sí –de su propia vida–, o bien puede disponer de las partes de aquel". Así, el sujeto-cuerpo puede disponer de la totalidad de sí tomando decisiones en orden a su propia salud, o bien "comercializando su propia actividad física o intelectual, su propia imagen o algunas otras facultades (la voz)".

²⁹ Cfr.: D'AGOSTINO F. *Bioetica*. Torino: Giappichelli. 1998: 128.

³⁰ Desde el siglo XX, definido como un dogmático exceso de confianza en las posibilidades de extender con éxito los métodos científicos fuera de sus ámbitos naturales. Según las tesis del Convencionalismo y del Constructivismo, indica una carencia de conciencia del hecho, apoyado por el estudio de las grandes revoluciones científicas, que todo el acercamiento epistemológico de la ciencia, sus métodos, sus contenidos y el mismo paradigma dominante en una determinada época histórica están sujetos a continuas variaciones, y no pueden ser fijados de una vez por todas.

³¹ Cfr.: AZZONI F. *L'arbitrarietà del corpo umano* en D'AGOSTINO F (curador). *Corpo esibito, corpo violato, corpo venduto, corpo donato*. Milano: Giuffrè. 2003: 57-89, p. 57.

³² Cfr.: MARIANI A (curador). *Corpo e modernità*. Milano: Unicopli. 2004: 10-11.

³³ Cfr.: SARSINI D. *Il corpo in occidente*. Roma, 2003: 7.

³⁴ Cfr.: HELZEL. *La valorizzazione...*, p. 76.

³⁵ Cfr. *Ibid.*, p. 83. El autor escribe que, en esta óptica, estamos frente a una verdadera y propia mercantilización del cuerpo, con el agravante de que la "sobreproducción y conservación de material biológico, ha determinado el alarmante fenómeno del biomercado o "supermercado de cuerpos". Cfr. también BERLINGUER G. *Bioetica quotidiana*. Firenze: Carocci Editore; 2000: 122, en el cual el autor puntualiza que en esta óptica, aun las mismas enfermedades se vuelven fuentes de ganancia.

³⁶ Cfr.: HELZEL P.B., CALABRÒ G.P. *Il sistema dei diritti e dei doveri*. Torino: Giappichelli; 2007: 215.

³⁷ *Ibid.*, p. 216.

³⁸ Sobre este punto, se me permita reenviar a POSTERARO N. *Vanità, moda e diritto alla salute: problemi di legittimazione giuridica della chirurgia estetica*. *Medicina e Morale* 2014; 2: 275-302.

³⁹ Cfr. HELZEL. *La valorizzazione...*, p. 76.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 77.

⁴¹ Respecto a las relaciones entre cuerpo, identidad y el otro, MALTA. *Etica e chirurgia estetica...*, p. 97, como prueba del intercambio que debe existir entre identidades ajenas, afronta un tema interesante ligado a la confrontación entre amantes y cirugía estética: la intervención de mejoramiento estético, escribe, “es decisión de la pareja más que del individuo, no como burocrática autorización, sino como resultado del compartir. Vivida así, se relanza una acción sinérgica en lugar de una conflictiva”.

⁴² PESSINA A. *Bioetica. L'uomo sperimentale*. Milano: Mondadori; 1999: 43.

⁴³ Cfr.: JONAS H. *Tecnica medicina ed etica*. Torino: Einaudi; 1997: 112: “si hemos dicho que la regla para determinar la finalidad del arte médico es la naturaleza, ahora es necesario agregar que hoy incluso fines que van más allá de dicha regla, aun aquellos que van en su contra, reclaman para sí el arte médico, y algunos médicos están de hecho a su servicio. Va más allá de la regla de la naturaleza, por lo menos prescindiendo de ella, la cirugía plástica, por ejemplo, para embellecer o esconder los signos de la vejez”.

⁴⁴ Cfr.: GHIGI R. *Per piacere. Storia culturale della chirurgia estetica*. Bologna: Il Mulino; 2008: 140-141.

⁴⁵ El progreso acrecienta, inevitablemente, el poder del médico, pero le acrecienta, consecuentemente también las responsabilidades (cfr.: INTRONA F. *Un paradosso: con il progresso della medicina aumentano i processi contro i medici*. Riv It med Leg. 2001, 23: 879-927: 289 e ss.). “El progreso (...) ejerce una influencia no indiferente sobre la misma configuración de la responsabilidad. Crea aquello que ha sido definido la paradoja de la medicina. A los esporádicos hechos dañinos relacionados con la imprudencia, impericia y negligencia del médico, se sustituye hoy, una serie continua y regular de incidentes estadísticamente previsibles y asegurables”. Escribe así: PRINCIGALLI M. *La responsabilità del medico*. Napoli: Jovene. 1983: 6.

⁴⁶ “La belleza es una navaja, cierto, pero de doble filo. El poder que de ella se deriva acarrea indudables beneficios sociales, pero tiene la consecuencia nefasta de inducir a quien la goza a pensar que la fascinación y la beldad sean los únicos instrumentos que le están reservados, y a pensar que tenga el deber de gozar de ello”. Escribe así, GHIGI. *Per piacere...*, p. 172.

⁴⁷ Afronta la cuestión desde un punto de vista diferente, pero interesante, CONSOLI G. *Il giudizio estetico: una prospettiva cognitiva*. Iride 2013, 2: 283-306.

⁴⁸ Cfr.: GUIDANTONI I. *Chirurgia estetica e culto della bellezza nella società contemporanea*. Medicina e Morale 1995; 1: 59-90, p. 82. Sobre el concepto amplio de salud, se nos permita reenviar a: POSTERARO N. *Evoluzione del diritto alla salute tra tecnologia, personalizzazione e crisi valoriale*. Dike kai nomos 2013, 4: 115-142.

⁴⁹ Es interesante, a este respecto, el análisis propuesto en HAMERMESH D.S. *Beauty Pays. Why attractive people are more successful*. Princeton: Princeton University Press. 2011. Aquí el autor ha demostrado precisamente cuánto la belleza pueda ayudar en una oficina, porque aumenta la autoestima y cataliza la atención de los otros. El economista ha calculado que las mujeres bellas y los hombres guapos ganan respectivamente el ocho por ciento y el cuatro por ciento más que

sus colegas menos avenientes; y que los hombres, si son feos, sufren una penalización del trece por ciento en su pago. Él agrega que tales discriminaciones existen también en un ámbito insospechable como el de la universidad, donde los estudiantes valoran mejor y frecuentan con más gusto los cursos de profesores de bello aspecto. Entonces, según el economista, para tutelar a los feos, sería necesario hacer uso de las leyes que, actualmente, protegen a los minusválidos. “*Pienso que sea erróneo una ayuda estatal para quien es feo, pero indudablemente el problema existe explica. (...) ¿por qué no pensar en un resarcimiento moral para quien nace malquerido por Venus?*” En su propuesta, sin embargo, él ha excluido el recurso a la cirugía estética: es todo inútil, dado que por cada dólar gastado para mejorar el aspecto, el retorno económico es de apenas cuatro centavos. Debemos resignarnos a vivir –a obtener– especifica él, con aquello que la madre naturaleza nos ha dado (o quitado). El problema del ingreso del mito de la belleza y del estilo del mundo profesional es un fenómeno analizado con mucha precisión (gracias a un válido apoyo de testimonios) con evidente argucia también WOLF N. *Il mito della bellezza*. Milano; 1983. Aquí la autora se refiere sobre todo al universo femenino y utiliza narraciones de casos concretos para probar cuánto el mito de la belleza represente un freno puesto para marginar la avanzada de las mujeres en lo profesional y en el éxito: una especie de reacción al feminismo.

⁵⁰ Cfr.: WILDE O. *Il ritratto di Dorian Gray*. Milano: Feltrinelli. 2005: 35.

⁵¹ Así se expresa ARIEMMA T. *Contro la falsa bellezza. Filosofia della chirurgia estetica*. Genova: Il nuovo Melangolo; 2010: 8.

⁵² Cfr.: TAGLIABUE C. *Appena ho 18 anni mi rifaccio*. Roma: Bompiani. 2009.

⁵³ A este respecto ARIEMMA. *Contro la falsa bellezza...*, p. 16, escribe: “la cuestión es íntima, personal. Abarca sólo a ti y tu cuerpo, reafirma. (...) la cirugía estética necesita un falso individualismo, escondido en el imperativo contemporáneo del estar bien consigo mismos. (...) el aislamiento es ilusorio. Estamos encerrados en una esfera creyendo que no exista ningún otro: en realidad aquello que hacemos, lo hacemos para los otros, antes que para nosotros”.

⁵⁴ Cfr.: EDMONDS A. A “*necessary vanity*”. The New York Times 2011: 13. ID. *The poor have the right to be beautiful*. The journal of the royal anthropological institute 2007; 13 (2): 363-381; ID. *Pretty Modern: Beauty, Sex, and Plastic Surgery in Brazil*. USA: Duke University Press. 2011.

⁵⁵ Así lo define Catherine Hakim, describiendo la belleza como aquel capital capaz de estimular en los otros la sensación lo bello, de placer, de satisfacción sexual (Cfr.: HAKIM C. *Erotic Capital. The Power of Attraction in the Boardroom and the Bedroom*. New York: Basic Books; 2011).

⁵⁶ Cfr., en este punto, FUSASCHI M. *Designer Vagina, immaginari dell'indecenza o ritorno all'età dell'innocenza*. Genesis, numero monografico Plastiche, X (1): 63-84, p. 66; ID. *Noi protagoniste, voi vittime e carnefici... o dell'uso strumentale del corpo delle altre* en SIMONE A (curador). *Sessismo democratico. L'uso strumentale delle donne nel neo-liberismo*. Milano: Mimesis. 2012: 130-155.

⁵⁷ Alguno, apoyándose sobre la idea de la posible constitucionalización del derecho a la felicidad, ha llegado a apoyar la hipótesis del subsidio necesitado afe-

rrándose a la estrecha relación existente entre la belleza estética y la óptica del *interés colectivo* para ser felices. Porque si es verdad que la felicidad constituye el estado subjetivo de plena satisfacción de los propios deseos a los cuales cualquiera tiene derecho de anhelar desde el momento de su propio nacimiento, y que el Estado liberal tiene la tarea de garantizarlo, entonces la belleza se pone verdaderamente como necesaria para el fin de satisfacer este tipo de interés constitucional apto para asegurar el desarrollo del individuo en el contexto social. Es la visión del concepto *aristotélico* de la felicidad, aquel aspecto que proyecta la felicidad como tensión hacia aquello que ayuda en las relaciones sociales; y que, por tanto, incluye también el concepto del “estar bien con los otros” en el momento comunicativo relacionado con la belleza. Se habría de poner en duda el necesario acercamiento de tal derecho a las garantías presentadas por el Estado Social: si es verdad que existen, paralelamente, un lenguaje de necesidades, y un lenguaje de derechos, y que hay un proceso histórico que traduce cada vez más las necesidades en derechos, entonces es evidente cómo la necesidad de mejorarse estéticamente se vuelva en serio un derecho a reconocer necesariamente como propio del individuo por medio de su contextualización al interior del más amplio catálogo del derecho a la felicidad (en el cual aquél se inserta y del cual constituye prolongación). En otros términos, negar al individuo la posible explicación de una *estética necesaria*, aun reconociéndola como tal legitimándola generalmente, querría decir negarle las posibilidades de extender su propia felicidad. Por tanto, relegarlo a un plano de diferenciación injustificada respecto a quien es feliz por naturaleza (incluso, gracias a la naturaleza). La perspectiva, después de todo, parecería estar apoyada, a los ojos de los autores del concepto, por el segundo apartado del artículo 3 de la Constitución; que debiéndose la República obligarse, por sí misma, a garantizar un mismo estado de pertenencia a sujetos diversos, aun en los momentos no iguales de su explicación vital, entonces es plausible que el Estado intervenga incluso económicamente para restablecer la igualdad de oportunidades también en el plano estético. Para alguno, la cuestión del derecho a la belleza sería equiparable a aquel otro tipo de derecho a la belleza que, en tema de ambiente salubre y armónico, es normal querer reconocer como tutelable. En realidad, en el primer caso nos vemos impulsados a reconocerlo como colectivo, por tanto signo del desarrollo personal; en el segundo, en cambio, intentamos individualizarlo reconociendo el egoísmo para luego incidir negativamente, esta vez, sobre la colectividad de referencia. En otros términos, en tema ambiental, el derecho a la belleza es el derecho a dejar que la naturaleza, así como se propone, continúe a sorprendernos positivamente valorando nuestra explicación; y no lo propio para modificarla en modo tal de hacerla a toda costa presentable y perfecta. Y por tanto el aspecto contrario a aquel que está en juego en el pretendido derecho a la belleza hecho efectivo por medio de los tratamientos estéticos (cfr. CENDON P. *Il risarcimento del danno non patrimoniale. Parte speciale*. Torino: UTET. 2009). En realidad, no es tan clara la individualización de un derecho a la felicidad en el interior de nuestra Constitución; por tanto, sería difícil circunscribir el ámbito y el contenido. Solamente así, de hecho, sería posi-

ble lograr probar cuánto el alcance de la belleza y de la perfección física puedan verdaderamente revelarse útiles para el fin de la satisfacción concreta de tal derecho. En caso contrario, parece difícil poder mirar a una acción como plausible sin que, *ex ante*, exista la posibilidad de colocarla ciertamente como necesaria y fundamental para el fin de la obtención de un bien específico que es en sí mismo indefinido. En concreto, faltando la definición puntual principal de un semejante lábil derecho, es muy complicado poderlo poner como fundamento base de semejante abstracta nueva pretensión. Correríamos el riesgo de deber legitimar todo aquello que, en abstracto, pueda constituir un instrumento de satisfacción del derecho; con eso avalando cualquier tipo de pretensión –incluso ilógica– sólo por ser contemplable como potencialmente útil para el fin de la satisfacción plena del ánimo humano. Sin olvidar que luego, aun admitiendo que fuese posible circunscribirlo, por tanto definirlo, quedaría siempre por resolver, aun, otro ulterior problema definitorio: el de la belleza, que de por sí permanece relativa y abstracta y por tanto, aun si en algunos casos paradójicamente objetiva, de algún modo nunca absolutizable y difícilmente contextualizable uniformemente en el tiempo. La indeterminación de los conceptos –y el contrasentido de la investigación– no puede –*rectius* no debe– ser propia del derecho. Y querer sujetar la idea de la voluntad a la de la legislación, querría decir quizá apoyarse en una apertura forzada del catálogo de los derechos de los cuales se habla en el artículo 2 constitucional; sin reconocer que una apertura del derecho (o, mejor, de la interpretación jurídica) a la nueva catalogación de necesidades nuevas, no puede cambiarse en banalización de prácticas médicas. La referencia se hace al artículo 2 porque en relación con esta disposición normativa que, quienes sostienen el derecho a la felicidad, buscan quererlo a toda costa reconocer como constitucionalizado.

⁵⁸ El hecho de que el pobre pueda usufruir de un subsidio estatal para intervenir sobre su propio cuerpo, le da seguramente la posibilidad de escoger cirujanos y prácticas que nunca, si no fuese ayudado, podría elegir. Él, espantado por las cifras, se verá impulsado a dirigirse al cirujano menos caro, o bien a elegir un tipo de operación incluso no garantizada como las otras, pero seguramente menos dispendiosa y más adecuada a sus subjetivas posibilidades económicas.

⁵⁹ Aun si fuese posible corregir una concretización de elección, sería muy complicado entender quién sea el necesitado al cual otorgar el beneficio económico, y quien sea, en cambio, el supuesto necesitado que en la óptica de la evasión, se aproveche de una disposición estatal para realizar sus exigencias personales por medio de engañosos *subterfugios*.

⁶⁰ Y, todavía peor, la valoración sobre la responsabilidad del cirujano no podría suceder, al contrario de cuanto podría verificarse en el caso de ausente recuperación, sobre la base de efectivos análisis realistas de realidades malogradas; sino debería volver a la idea de belleza –subjetiva– que quien juzga tenga, en el momento en el cual valore la responsabilidad del médico llamado a responder; o bien, a aquel perito técnico (¿cuál?) que establezca –sin ningún parámetro de referencia– cuál fuese el standar de belleza perseguible en aquel caso específico, cosa todavía más ridícula, sería necesario confiarse completamente a las lamen-

taciones del interesado insatisfecho, por tanto a su concepto de belleza, es decir a su exigencia de estética, que podría llevarlo a lamentar una «estética negativa» aun cuando, admitiéndola, sea objetivamente reconocible como inaceptable, su insatisfacción no esté ligada efectivamente a la operación en sí, sino a otras diversas problemáticas psicológicas que lo llevarían siempre a lamentarse, aun ante un resultado óptimo de la modificación (ya que, por ejemplo, se trata de problemas psicológicos no resueltos con la técnica de la cirugía estética).

⁶¹ Así escribe, GHIGI. *Per piacere...*, p. 202.

⁶² Queriendo, obviamente, apoyarse en una actividad psicológica perfectamente realizada, o bien, con márgenes de error relativamente bajos.

⁶³ El análisis previo subrayaría la necesidad terapéutica de la intervención; la obligación sería seguramente, como en todos los casos de cirugía ordinaria, de medios (excepto en el caso de un resultado eventualmente prometido, o bien si es dañino no proyectado como abstractamente concretizable y luego, en cambio, verificado); el sujeto no sería modificado en el yo, perdiendo subjetividad, además que en la forma: la modificación, incluso, incidiendo en aspectos psicológicos internos, iría a valorar su crecimiento interior y la personalidad, ya que iría a incidir positivamente también en la relación con los otros.

⁶⁴ Cfr.: MALTA. *Etica e chirurgia estetica...*, p. 99.

⁶⁵ En este contexto se coloca la decisión de la Corte de los Conti n. 171/2007 (sección jurisdiccional para la Región Toscana) que ha condenado a un cirujano estético por haber realizado intervenciones de cirugía estética poniéndolos a cargo del SSN: los jueces, antes de declarar la culpa del médico, han puntualizado que, en el caso concreto, se trataba de intervenciones meramente estéticas verdaderamente voluntarias; por tanto desligadas de cualquier tipo de necesidad terapéutica. Con esto, la Corte subraya que, ahí donde haya signos de necesidad de salud, las intervenciones habrían sido justamente cargadas al Servicio de Salud Nacional porque estaban ligadas a exigencias terapéuticas de tipo psicológico. *Se ha perduto la visione olistica y ecológica del hombre como ser viviente con todas sus interacciones*. Así tenemos, CELANI T. *Arte medica-Tecnica medica; aspetti psicologici e social della medicina* en CAPRIOLA E, CELANI T. *Rapporto medico-paziente. Evoluzione storica di un incontro*. Napoli: Pozzi Edizioni; 1989: 14.

Medical Act, depersonalization and cosmetic surgery. The birth of the new right to beauty

*Nicola Posterato**

Summary

The relationship between doctors and their patients becomes increasingly aseptic. The patient asks the doctor the full realization of his/her desires; the doctor tries to realize his/her request and contributes to the dehumanization of medicine.

The technical progress affects this process of desecration of medicine. In this context, it is relevant to the field of cosmetic surgery: beauty becomes a value.

Men and women are turning to surgery to conform to the rules dictated by the media. Cosmetic surgery is de-legitimized and raises the need for new, unimaginable rights, such as the right to be beautiful.

Why does society hope for this new dangerous right? Is its insertion in our legal system perhaps theoretically plausible? How should the law intervene to put a stop to such dangerous requests?

Key words: salud, disgusto psíquico, paternalismo, cirugía estética, belleza, cuerpo.

* Candidate for Doctor in Research in Legal Disciplines (Curr. Dir. Amm), Department of Jurisprudence, Universidad de los Estudios de Roma Tres, Roma (E-mail: nicola.posteraro@uniroma3.it)

Original title: «Atto medico, spersonalizzazione e chirurgia estetica. La nascita del nuovo diritto alla bellezza». Published in the magazine *Medicina e Morale* 2014/5, pages 847- 873. Translation was not reviewed by the author.

Key words: health, psychological disease, paternalism, cosmetic surgery, beauty, body.

Premise

Today the doctor-patient relationship is suffering a strong depersonalization due to the process of dehumanization of medicine and the impoverishment of the communicative process of the health process has resulted in a relevant decrease in responsibility on the part of the doctors and the ethical and legal relationship between the doctor and the patient² has become profoundly «*aseptic*».¹

The main cause of this gradual dehumanization is linked to behavioral problems that include both the doctors and the patients. The former from the beginning have- erroneously- received the problem of the beneficiary's consent in rather formal and reductive terms: most of them have always considered it as a mere dogmatic practice rather than a necessary discussion process and nevertheless they accept it, just like a tiresome obligation to be fulfilled in order to inform the patient about the treatments to be carried out. In this acceptance, informed consent loses relevance and remains void of moral significance: it becomes a mere mandatory act, a mere behavioral obligation that, when carried out, frees the doctor from the commitment of a possible a future health complication, acting as a formula that protects physician from possible legal proceedings. In this perspective, the doctor-patient relationship is redirected to an ordinary commercial relationship regulated by laws with precise rules of professional correctness (skill, truth, fidelity to the facts) and the patient becomes a simple client, a common consumer; it is the so-called defensive medicine, that which is verified when the doctors not only prescribe examinations, procedures diagnoses or visits but avoid high-risk patients or treatments, nevertheless, mainly (although not exclusively) to reduce their exposure to malpractice liability proceedings.

As for the patients, with time they have taken the importance attributed to informed consent to extremes. They are ever more convinced that they can do without the doctor, regarding him as someone who merely owes them a service for their personal satisfaction; they have assumed the role of a sick person who, from the modern point of view, has the ability and the courage not to have himself treated as a hetero-determined person but instead takes upon himself the weight and responsibility of the decisions that involve him.

The doctor-patient La relación médico-paciente está invadida de un fuerte alejamiento:² en este sentido, aquello que debería ser el encuentro entre dos polos, se vuelve confrontación; y la –ausente– comunicación se vuelve un «diálogo de sordos, que se traduce en una relación lejana, fría y llena de sospechas; la información, traducida en la práctica del consentimiento informado, se vuelve la caricatura de sí misma».³

The doctor-patient relationship is invaded with a strong detachment:³ in this sense, that which should be the meeting between two poles becomes a confrontation; and the –absent- communication becomes a «dialogue between the deaf, which translates into a distant, cold relationship full of suspicion; the information translated into the 'practice of informed consent becomes a caricature of itself».⁴

The rescission of these important bonds between interested subjects is the symptom of an erroneous and excessive use of the much discussed health freedom, which ends up being crushed on the pretension of the ontological absolutism of individuality⁵

Thus, the autonomist model runs the risk of attributing the power to decide to just one of the extremes of the relationship and it considerably disturbs the need to communicate, which increasingly finds greater difficulty of expression inside the clinical relationship⁶

This custom, even though it guarantees the full and free participation of the –sole- patient in the clinical decisions, clashes with the medical practice that day by day demonstrates, on the contrary, how necessary it is for the patient to talk specifically with the at-

tending physician.⁴ In spite of his broad autonomy of choice, in fact the patient needs the physician throughout the whole course of treatment and must of necessity create a relationship of trust with him on the basis of which he can choose and get advice.⁵

However, the patient, very often supported in this by the attitude of the attending physician, refuses to recognize the necessary communicative interrelationship and is happy with the mere formal relationship to be able to drive himself more and more beyond the simple request for treatment projecting himself towards the more general therapy of need; it is the point of view of comfort, convenience and interdependence.⁶

The autonomy of the individual and the new technologies: the identity crisis and the depersonalization of the medical act in the era of the medicine of desires

Present-day medicine loses its historical connotation of medical art to assume, on the other hand, that more depersonalizing connotation of medical technique: which today must face pressing external requirements from a «*sophisticated public*»,⁷ a public that knows what it wants and is seeking to obtain that specific result.

From this point of view, the doctor must frequently respond to requests that do not always correspond to true, strict human needs but rather represent just the dreams of the patient.

The exacerbated culture of autonomous health in fact tends towards the active pursuit of wellbeing; and the new demands that the patients present to the doctor no longer primarily imply an exclusive need for therapy but go beyond the «mere» necessary treatment: this is where we put the so-called *medicine of desires*,⁸ the medicine of the new social projects,⁹ the medicine that helps to give us back what we desire thanks to a new body and a «*new emotional capacity*». ¹⁰

The technical-scientific process has definitely corrupted us, allowing us to aim more and more towards fully achieving our ambitions, which at one time seemed unattainable ¹¹ and were just impossible dreams.¹² We have «*taken a liking to the idea of being able to*

*change the pieces of our body when they no longer work or even when we no longer like them*¹³ and the technique that so captivates us, «embodies the immediate realization and the complete satisfaction of everything that the human desires promise and predict»¹⁴ It opens up a complete, fulfilled and satisfied future based on the categorical imperative of the immediate fulfillment of every one of our *DESIDERATA* (desires); it innovates, programs and intervenes biologically on the life of man and his being: this is the reason for its «great seductiveness».¹⁵

Weber, comparing the figure of the savage man with that of the contemporary man, synthesizes our present technological mentality in the expression «disenchantment with the world»: in such a dimension of full satisfaction you only need to want, to be able to do everything. «The progressive intellectualization and rationalization of the society in which in addition to «reason» the «technical media» exercise a dominant function has led to the emancipation of faith in the divinity and in the magical-realistic sphere. Explains the philosopher,¹⁶ It is the age of reason, he says, of a reason that aspires, programs, chooses, desires and accomplishes.¹⁷

The main problem is that the technique in itself is capable of knowing the conformity of the means with regard to the ends, but in fact it doesn't know which ends –and if they are those– should or not be achieved. It is not possible to establish a valid absolute limit,¹⁸ therefore the unjustified extension of the desire to do/become is confused with the «being able to be in the eyes of the other».

The technique that in its former vision was the mediator between the man-nature relationship has become in its modern version «the horizon inside which man and nature are modified by the requirements that the technical possibilities promote»¹⁹ and in that way represent the unlimited progressive impulse of the human species, the most important enterprise it has, as its final destiny, the dominion «over things and over man».²⁰

Man desires and aspires to the realization of his dream because he knows that there is a technique ready to carry it out.

The excessive autonomy recognized in the individual, together with the power that technology and the scientific discoveries have given him, puts the *homo faber*²¹ in serious conditions of difficulty, making him a slave to a scientific progress which he can no longer do without: in this altered state, man runs the risk of becoming divided, treated as a thing, reduced to a mere object of a knowledge that, born from him, is apparently on his side but is substantially against his true nature as a human being. In the age of the so-called bioethics, the human being perceives feelings of fear and aggravation,²² fearing that said general condition can surely have a negative effect on his essence as a (human) citizen of the world. At the same time, however, he perceives feelings of satisfaction and power in relation to a universe that fascinates him and leaves ever wider spaces of decisional autonomy;²³ in this way he abandons himself to the spasmodic desire to surpass his own limits and to see himself completely fulfilled in the context of his own –absurd– desire for happiness.

In the most varied sectors of medicine today we are witness to the birth and development of «ambitions on the borderline of the bizarre, of illusions of omnipotence and dreams of immortality».²⁴ And it is precisely in that problematic perspective that we find the much discussed relationship that is being created today between a person who desires and a human body to act upon.²⁵

The body, per se, represents the medium through which man enters into communication with other men. This is the primary role of «medium of communication and therefore the intersubjectivity of recognition, of otherness»,²⁶ it becomes the anchorage of the reality that surrounds us and assumes the characteristics of a device capable of producing, although pro tempore, the psychophysical unity of man.

In this perspective of risky *scientism*,²⁷ however, the body becomes an object of acquisition, change, discard and modification and, as such, can be used, manipulated, attacked and sold. It is considered the property of the man, subject to his *arbitrium*, to his

decision and his will.²⁸ The person concerned reduces it to a simple commodity to be traded,²⁹ a not very significant appendix of existence: in that sense, the body is no longer an integral part of man but it becomes a project to work on, a commercial and marketable object, a set of cells that as a whole can be subdivided, sectioned, uncovered and remixed.

The body, which has always acted as *«a mirror for a certain condition of the world»*,³⁰ becomes a (dangerous) object in the hands of man.³¹ And, in the context of this absurd commercialization,³² emerges a very complicated problem that refers to the identity of the individual and his social recognition; to manipulate the body, making it the thread between reality and desire involves a not indifferent manipulation of the identity, of being themselves in the viewpoint of the recognition: *«from the reduction of the bodily nature to the artificial reduction of the identity is a short step»*.³³

Wishing to manipulate the identity disintegrating it to the point of making it artificial, create the impossibility of opening to the other, with the result of the incorporation of the other in the self. This means erasing *«the differences between the «me» and the other and making the other identical to me or me identical to the others»*.³⁴

In this sense, medicine tends to go beyond its traditional boundaries to turn into a true and proper technological instrument (of power) capable of modifying the man and/or meeting expectations and desires that can even be contrasted precisely with some of those moral principles once considered the foundations of medical deontology itself.

Exacerbated beauty, absolutization of the models and cosmetic surgery: the interchangeable body

The evident concretization of this whole complicated process is represented, beyond all doubt, by the so-called cosmetic surgery, the medical sector, clearly the order of the day, that masterfully

exemplifies the inevitable connection between illness, desire, science, progress, objectification and fear.³⁵

Today, modifying the body to improve it is no longer an exception to the rule of intangibility, it even belongs to the normality of life: a body can be modified to safeguard health or even just remodeled for an «*ephemeral aesthetic taste*».³⁶ In the generalization of its objectification it is changed into a «thing» plastically available at its own desire, in an attire that in the context of the prevailing consumer culture of the commercial product is worn to show off to others, to become accepted by others and which ends up as «*a foreign identity*».³⁷ The physical structure of the man loses the place of the identity of the ego and dematerializes in the face of the demands of appearance that prevail over the needs of confrontation: the identity is exteriorized and no longer represents that character that each of us has as an unmistakable individual but instead it becomes the reflection of the external modification of the body as a project, of the remodeled body, of the body he would like.³⁸

The excessive familiarity with the products of the technology blurs the necessary distinction between what is natural and that which is artificial;³⁹ and if up to now the doctor has been a healer, now he is an artist of the body,⁴⁰ a magical craftsman of dreams with uncertain objectives, still to be defined.

All of this leads to an extremely aestheticizing vision of life and a total de-responsibilization of man who adapts badly to the moral code innate to every being⁴¹ the exigency of wishing to prevail over that of simple power.⁴²

Never as at this historical moment has beauty come to place itself as the primary indispensable value to face a «healthy» relational life.⁴³ It has become the fundamental value of our society, the only one on the basis of which the ability, strength, passion, intelligence and attractiveness of a person can be built;⁴⁴ we have made it the primary objective of our existence and have even made it coincide with our (already very broad) concept of health.⁴⁵ We have come to make social discriminations on the basis of beauty, pla-

cing it as the basis of decisions that have very little to do with it. Also, in the work environment the person's image becomes functional (and instrumental) for the activity to be engaged in.⁴⁶

The aesthetic dimension has become a value and all of us, driven by the growing fear of losing it, are living more than ever in symbiosis with our bodies, which, in this perspective, must of necessity be beautiful, healthy and eternal.

So the image becomes the fastest and most direct medium of communication between people and «*only superficial people don't pay attention to appearances*».⁴⁷

«*Cosmetic surgery is born as an exceptional, painful and risky operation, to make us even today the gift of somebody who is coming of age*».⁴⁸

In this specific fashion of trivialization and inflation, therefore, the cases of pure uselessness and extreme superficiality of the requests for intervention are ever more frequent:⁴⁹ the requirement to improve oneself aesthetically to achieve beauty and overcome psychological problems eventually related to this condition of imperfection, gives way to the requirement to model oneself aesthetically to be in fashion, not as a requirement.

In this context, therefor, is put the ethical-deontological problem related to the trivialization of the surgical technology and its unjustified inflation and the problem of its spasmodic and inconsiderate use because very often it is not linked to a need to improve health:⁵⁰ in a world in which what counts is full personal fulfillment (and better, attaining beauty en general) resorting to the scalpel represents the extreme frontier between unshared freedom and individual responsibility, the limit between the licit and the illicit, the thin line between natural reality and (de) formed artificiality.

In that way, cosmetic surgery has been ethically and legally accepted by the majority only when it has been recognized as having a certain therapeutic valence. Before that it was considered to be a cosmetic practice only useful for satisfying the capricious requirements of the patients in particular.

This was treated badly by the ethics because it created serious problems on the subject of depersonalization and identity crisis; but it was also considered legally illicit since it went against article 5 of the civil code in that it was a non-medical act contrary to good morals and capable of causing a possible and unjustified permanent harm to the patient's physical wellbeing.

This idea of poor acceptance of cosmetic surgery changed when in article 32 of the Italian Constitution it does not exclusively protect just physical health but also refers to mental health.

Thanks to this broadening of the concept of health, it is considered that this activity can be accepted pacifically: ethically, because from this point of view it does not depersonalize, it helps to solve psychological problems and to create relationships between the one who recovers from the dissatisfaction and the person who interacts with him every day; legally, because like all other therapeutic activities it is explicitly legitimized by the Carta Fundamental in how much (and when) it is oriented to healing the patient with psychological afflictions.

In this context, the contrast between this practice and article 5 of the civil code is generally considered to have been overcome; in fact it is said that the provision of the code is not absolutely applicable, in general, to the cases in which the individual has control over his own body – even though harming himself- to meet health objectives. And, therefore, having also included said surgical practice in the therapeutically oriented operations, it is evident that today said civil limit must also be considered inapplicable to it.

In the face of the spasmodic use of this practice, it is normal for ethics and laws to ask questions. In other words, if the suitable therapeutic basis to legitimize it is missing, how can the ethical and legal problems of depersonalization and illegality be resolved?

When the cosmetic surgery loses the valence of health and becomes just a fad of the moment, then the ethical and legal legitimacy is reduced. And problems will not be long in appearing in the everyday debate.

The problem of the right to beauty

All the difficulties become worse in the face of that encounter that implies values and legislations, the individual's aspirations and positive action by the social State.

We think of the problem of the so-called *right to beauty*, of that new right that, according to the English anthropologist Edmonds should now find evident acceptance in our legal systems.⁵¹

Edmonds, analyzing the socio-cultural situation in Brazil, has launched this powerful provocation basing himself on an obviously delicate aspect such as that of poverty, relating the deteriorated economic situation of the patient who wishes to improve with that of the medical act that is not voluntary but in these terms absolutely necessary.

In view of the fact that present day society lives by aesthetics and that an agreeable exterior appearance helps in relationships as well as in social advancement, what happens to the *ugly* patient when, being unable to afford cosmetic surgery because it is too expensive, he is obliged to live with a physical discomfort that distresses him and therefore forgo an improvement of his own relational life?

For Edmonds the solution is promptly intuitive: in these cases it is necessary for the State, taking charge of the individual's discomfort, to help him in the effective explanation of his own will and to support him –by means of economic subsidies- in the process of restoring his health.

The desire for recovery is obviously no longer merely a whim; but it becomes a true and proper social *status*, a *conditio sine qua non* of the vital moment, an essential aspect, a true and proper *necessary vanity*.

«*Is beauty a right, which like education or health care, could be realized with the help of public institutions and expertise?*» Edmund asks.

The critical point of the question is in the fact that Edmonds does not make a difference between merely necessary (although

therapeutically legitimate) operations and operations that are purely voluntary and capricious (for that reason falsely linked to psychology or otherwise useless from the health point of view because they are not capable of resolving anything about psychology, that from the outside, really has an influence).

And he does not do so precisely because his first intention is to discuss beauty in the strict sense, about aesthetics in a particular way, about willfulness in an explicit way: what is financed is the decision of the person who, being *ugly*, wants to become *beautiful*; disregarding the underlying motivations that led to that decision. Real therapeutic necessity, mere whim, fad of the moment, adaptation to the stereotypes; the difference is not very important; what counts from this point of view is the concretization of vanity; the possible impulse towards the desire for a complete improvement of the *self* and his own physique.

In the absence of a delimitation of this right to beauty in cases that are really necessary for therapeutic reasons, this proposal of Edmonds' also arouses suspicion because in reality the beauty he is talking about is, fundamentally, a possible commodity.

«For the poor, beauty is often a form of capital that can be exchanged for other benefits, however small, transient, or uncondusive to collective change»; beauty, defined as erotic capital,⁵² is capable in the first place of ensuring the person who possesses it the accumulation of another future capital –this time completely material- strictly related to the same.

In other words, that which is beautiful can aspire to greater earnings during its existence, supporting itself on that with which it is naturally (physically) endowed.

The erotic capital, from this point of view, becomes comparable to that of education; just as it is fair that anybody without means should have the chance to study to accumulate the second, so is it fair if you continue to reason in the same way, in terms of subsidy/necessity, in relation to this argument.

There are those who from the viewpoint (plausible, but erroneously coinciding with the anthropologist's idea) of physical reconstruction as psychologically necessary, have clearly supported the idea of regulation, backing the insertion of a new right as an explanation of the socio-cultural path of society on which it could find full self-satisfaction; and those who on the contrary have eliminated those grounds from the beginning, basing themselves on evidently more practical aspects and reminding us that the costs of these operations would be intolerable for the public health system in an already generally very high tax situation.⁵³

In reality the expression right to beauty already separates the true private rights that are in danger, manipulating the same concept of rights, evolution of duty and fruit of the dictatorship of ownership. There is an imbalance that leads to investing in one's own appearance to respond to a categorical imperative that takes away the freedom to be as you are.⁵⁴

Because a right of that kind could maybe help overcome the problems related to low-cost surgery,⁵⁵ and since it is true that a state subsidy would undoubtedly provide protection, the psychology of a poor patient who is suffering but unable (economically) to hope for a cure; it would remain to understand how the subject in need of the operation could be chosen and on what bases and therefore the start plan would be executed, if not on the erroneous bases of the subjectivity of the individual. Lacking an objectification of the concept, *on the contrary* it is even normal to affirm that the concept of *ugly* is undoubtedly also missing and therefore a subject who needs to become agreeable. So how could we really detect who is really objectively destined to benefit from that subsidy and who not?

Therefore problem is reposed forcefully: it ends up defining something that still has no definition, it's something very difficult since it is impossible, at least for the time being and also useless.⁵⁶

In other words we will end up subsidizing any kind of operation wanted by anybody who is economically disadvantaged,

without being able to give an opinion about the need for the beautifying. To guarantee the beauty of everyone would mean excessively increasing health expenditure.

And, even worse, with the inclusion of a right of that kind, it will result in the interested party being able to request the operation at all times and we will oblige the surgeon to operate always just to achieve the specific result that from the planned operation that the subject himself expects: in other words we will go back to configuring the so-called *obligation of the result*. What is necessary here is that it needs to be substantiated, just how the right is understood, it is not the modification in and by itself (therefore the good result of the operation); but the creation of beauty, the full satisfaction of the patient's desire, that he wants to look *ex post* (after the fact) as he fervently wanted to be *ex ante* (before the fact). The doctor could also configure, in a diagnosis, the possible verification of harmful events; but in any way he has to act operating due to the subjective will of the patient and is obliged to achieve, in that sense, at all costs, that final result of abstract beauty that animates the imagination and desire of the unsatisfied subject. Therefore he could be called to answer both in the case of a harmful final event, even though it was reported as foreseeable (because the patient could lament a state of ugliness derived not so much from the unfortunate event- foreseen and accepted as verifiably risky – but more due to the end result itself as aesthetically unsatisfactory as a whole) even in the case of an event technically well done (that is to say lacking any technically unfortunate event) but subjectively disappointing.

In other words, the right to beauty would come to be substantiated as a right to healing in ordinary surgery; a weak right with no clear limits that would make the doctor guilty always, even when the patient considers him to be, disregarding the information and the diligently performed activity.⁵⁷

From the politico-economic point of view it would be very difficult to understand on the one hand how this appraisal decision

could be justified in the eyes of the rest of the taxpayers, who have been embezzled, in the present condition, due to extremely difficult economic situations; on the other hand, how to balance such an interest with various other rights – perhaps much more prominent – that today have been overlooked too many times and therefore not safeguarded in the context of the Social State.

Who establishes the limits of need? Where does the whim start and end? Surely there is no lack of more serious «rights» that still do not have adequate protection, the «right to beauty» means nothing. The rights are «without loss or gain» that is to say for every concession of protection of a right another right is equally important: therefore, is it fair to give economic weight to the recognition of that right on potentials «against the interested»?

From the right to beauty to aesthetic improvement: the possible response to the right

At present, the only way we have at our disposal to see the cases of extreme recomposition even when it is not due, is to hope that there care professional aesthetic surgeons capable of (*rectius*, honest in it) recognizing the superfluity of the operation, rejecting the medical activity when they realize that it is not exactly related to a health necessity.

But in a regime of free-professional activity ruled more by the laws of return than by those of ethics, which rarely happens.

Frequently the plastic surgeon does not know very well if the reason is of the medical order (also including the psychological aspects) or cosmetic.

So, the psychological discomfort noted before the operation in reality continues to persist even after the surgical act has obtained the predetermined objectives (this is the case of the so-called dysmorphism); and the cases of persons who after a brief period of time require the intervention of the doctor for other completely

useless corrections in the face of a supposed new psychic discomfort are by no means exceptional.

It may happen that the surgeon acts flippantly and considers that the sole and simple request for the aesthetic operation by his client is automatically and for all its effects justification for the operation. Nothing could be less true in so far as the decision and the operation constitute therapeutic acts for which the doctor assumes full responsibility.

The aesthetic surgeon cannot accept lying down to operate on subjects that are obstinately seeking to cure their neurosis and insecurities by means of various and continuous surgical improvements, on the contrary, he should be obliged to direct the patients to a psychiatrist to try to solve the problems of specific interest.

The suggestion in the specialized literature for the aesthetic surgeon is to invite the patient to better go to a psychologist in the case of doubt. However, this advice is rarely followed. *«Rejecting a patient or suggesting he should first see a psychologist can be too high a cost for a professional, particularly at the beginning of his career, and this means that he almost always accepts all kinds of patients, naturally with the risk of also operating on the problematic ones».*⁵⁸

Resorting to the practice of cosmetic surgery in this situation is not illegal in itself but maybe exaggerated when it crosses the threshold of the physiological and of a mature decision.

It is necessary to take care of the body but only if it is supported by a psychological subsidy (or at least by the awareness of the true identity of the aesthetic problem). The real illness to cure is the weakness of the person who lives in a state of disability as the consequence of an aesthetic defect.

Therefore it is clear how the first talk with the patient takes on a critical role: the surgeon must not intervene merely as one who carries out the surgery but also as the one who evaluates in the light of objective encounters at the physical and psychological level the need for the operation required by the patient.

The underlying problem therefore is in the recognition of the lack of a regulatory situation that demands an obligatory prior psychological consultation by an expert in the matter, on the subject of cosmetic surgery; because if it is true that the problems related to legitimacy may very well be overcome from the point of view of an operation necessary for the health of the patient (also for his mental health), then it is also true that the treatments that are not linked to any type of therapeutic motivations and are merely related to the vanity of the moment should be considered illegitimate and therefore absolutely useless and (also legally unjustified).

Therefore it is opportune to add some situations of the regulatory type that will have the capacity to limit the phenomenon of the useless operations and give back to the cosmetic surgery the dignity of medical therapy, penalizing operations of the exclusively vanity type (forbidding them), since it is for strictly health reasons that this type of surgery has been justified from the beginning.

Therefore, it should be decided to subject the complicated cosmetic surgery operation to a psychological analysis that previously (or otherwise in the context of the preliminary talk between the interested party and his surgeon) is carried out by specialists in the matter and certify the need for the operation: by means of a dialogic encounter, the psychologist can in fact perceive what his patient's needs are and therefore direct him towards psychological treatments (when he verifies that the desire for reconstruction comes from a more serious psychological problem- such as dysmorphism – that could be overcome by means of treatment from the psychologist rather from the use of a scalpel). Or otherwise send him to the surgical operation when it is necessary for his psychology (the patient's) who lives with a disease that cannot be cured in any other way.

In other words, discourse is of no use for modifying the theorizations on the subject of exoneration and the importance of the consent of the person eligible for the benefit, nor is it worth anything to have a negative influence on the professionalism of the

aesthetic surgeon; the psychologist cannot look at the cosmetic surgery operation as an urgent activity and therefore prescribe it as *necessary*; because here, more than in other cases, it is the subject who must choose how – and if – to intervene, even if somebody has previously determined the need.

His task, therefore, will be solely that of certifying, in essence, a disease of the psychophysical type at the request of the person who requires it, therefore closely linked to mere aesthetics but which, by means of a modifying type of surgical operation, he considers it could be adequately overcome.

But it will always be up to the surgeon, on the basis of the recognized need for the operation, to expedite, with the instruments available to him, the possible good result (in terms of the usefulness of the procedure) of the operation and therefore the effective possibility of a prompt recovery from the disease or otherwise its surgical usefulness (understood as the inadequacy of the instruments with regard to the possibility of the healing of the psyche). In other words, the last word (about the executability of the operation; because with respect to the execution in the strict sense, it will always be the autonomous patient who has to decide) would always correspond to the doctor, as is only right: he is the one who knows on which terms and in in which ways it is appropriate to operate using very precise operating techniques. And it would always correspond to him in the face of a positive evaluation with respect to the possible execution of the operation to inform the patient of the risks and advantages of the necessary and feasible operation.

From this point of view therefore, the psychologist solely has the task of verifying the legitimacy of the operation, the surgeon, on the other hand, must direct towards its effective usefulness and channel it to the psychotherapist precisely when he realizes that the operation is not feasible (that is, not technically suitable for avoiding the disease), or otherwise when the patient, knowing the risks advantages, must decide to forego the surgery autonomous-

ly: respecting the patient's wishes means not only supporting them, without judging them, with professional competence and honesty.

In this context, an adequate verification of the psychic component of the case is necessary as the essential preventive evaluation of that act of modifying the body to which the subject appears to be determined to submit: the study of the personality profile of the applicant can never be overlooked in the whole evaluation of the feasibility of the operation, and it should receive no less attention that that devoted to the patient's general physical conditions.

If this were so, all the problems that on the subject of the legitimacy of the operation that the cosmetic surgery implies ethically and legally would certainly fall;⁵⁹ the surgery would become an ordinary one, unpleasant crises of identity would be avoided and the obligation assumed by the doctor would be of means: the doctor is not operating to achieve the aesthetic result wanted by the patient but to cure him of his illness.⁶⁰

Most probably not even the autonomy of the individual would be limited, because the patient would continue to be autonomous in the choice of *whether* to have the operation or continue to live with his disease, in the face of the technical explanation of the risks and advantages made by the surgeon; and also this time the problems of the relationship between the right to decide over your own body and the limits of the same in article 5 of the civil code would no doubt be overcome; and in the healthy context of the operation it could be possible to find the application of the disregard for the civil article on the subject of therapeutic activity.

On the other hand, it would act positively on one of those aspects that legally makes it very appropriate to limit the «optional cosmetic surgery» that goes against the provision of article 5 of the civil code; let's think about an unnecessary breast enlargement operation; the absence of any therapeutic advantages could not justify the bad result of the operation leading to the problem of breastfeeding: couldn't it be defined as a violation of the body, maybe? Therefore provision against the freedom of disposal? We can

also see the case of hymenoplasty which causes a problem in the reproductive system: if it is true that *dominus membrorum suorum nemo videtur*, (nobody is the owner of his own limbs) then it is not surprising to think of an effective limitation to those superficial and useless operations. Therefore it is a case of the manipulation of the body. Of modification, alteration and transformation.

Also in the case of the operation on the underage child, in this sense it would be positively involved in a similar situation: since the decision of minors, in that they are unable to act, corresponds to the parents; but since it is often difficult for the latter to understand when the young person's request is legitimized by effective demands, or not, in this way the interventions shall be legitimized only in the case of certified as such.

It is thought in the case of prominent ears, where the request for the operation is no doubt well-founded, because it is frequently aimed at eliminating acts of bullying that are carried out against the child affected by this problem. But let us also think of the case of the operation requested by the father in order to modify the somatic features off his own son with Down syndrome to make him look normal. In the first case the request would surely be legitimized; in the other, however, it should be forbidden because it involves risks and contrasts that are difficult to overcome.

Not even a simple reconstruction would lead to effective limitations in the field of surgery understood in that way: technological progress could continue to advance in such a context it not being possible to define, a priori, what will create psychological-aesthetic problems in the future and what will not. The important thing will be to define what is really useful and in the concrete case to the sick patient, avoiding mixing the necessary with the useless, the doctor with the volunteer, the cosmetic with cosmetic surgery.

We don't want to criticize per se care for one's own body; simply «we want to avoid it becoming the fact that polarizes attention»⁶¹ and, even though it is extreme, it uses medical means that,

in reality it is only fair that they should be reserved just for the really recognized illnesses – by who is competent – as such.

Only in this case then could we eventually speak of financing and subsidy. But it would also be necessary to make an important mutation of terminology in this sense and come to recognize (*rectius*, update) a so-called *right to improvement*, rather than a right to beauty. A right to heal improving aesthetically; not in the sense of achieving beauty, which is subjective, but from the point of view of improving health, of a psychic improvement depending on the physical, but which is perceived as such only by the person who lives the internal dialogue in a pathological manner, even when it can be *ex ante* by specialists in the sector.

If the question were posed in that way, it would be difficult to object to the point of view; nothing negative could be said about an operation that helps the subject to recover from an illness, when it is surgically eliminable.⁶²

Looking after oneself cannot and must not mean modifying oneself at all costs, and even depersonalizing oneself, entering into a crisis with oneself no longer recognizing oneself. A cared for body is valued, not ridiculed or even worse, broken down into disparate parts.

Works cited

As expressed by HELZEL PB. *Il rapporto medico-paziente tra principi etici e norme giuridiche*. Le Corti Calabresi 2007; 3: 611-625, p. 618.

² On the subject it also refers to: ANDORLINI I, MARCONE A. *Medicina, medico e società nel mondo antico*. Florence: Mondadori Education; 2004; GOUREVITCH D. *Le triangle hippocratique dans le monde gréco-romain*. Paris-Rome: École française de Rome; 1984; MAZZARELLO P. *Rapporto terapeutico in occidente: profili storici* in LENTI L, PALERMO E, ZATTI P. *I diritti in medicina* in RODOTÀ S, ZATTI P (directed by). *Trattato di Biodiritto*. Milano: Giuffrè; 2012: 3 y ss.; MONTANARI VERGALLO G. *Il rapporto medico paziente. Consenso informato tra libertà e responsabilità*. Milan: Giuffrè; 2008; ENGELHARDT IH. *La relazione fra medico e paziente: ieri, oggi e domani*. *Medicina e Morale* 1999; 2: 265-299; TRABUCCHI M. *L'ammalato e il suo medico. Successi e limiti di una relazione*. Bologna: Il Mulino; 2009.

- ¹ Como prueba de ello, se vea cuanto sucede, hoy, en el caso de la telemedicina.
- ² Cfr.: SPINSANTI S. *Chi decide in medicina*. Roma: Zadig Editore; 2002: 92.
- ³ «*The holistic and ecological vision of man as a living being with all his interactions has been lost*». Here we have CELANI T. *Medical art-Medical technique; aspetti psicologici e social della medicina* in CAPRIOLA E, CELANI T. *Rapporto medico-paziente. Evoluzione storica di un incontro*. Naples: Pozzi Edizioni; 1989: 14.
- ⁴ The emergence and discovery of a disease that you do not know how to diagnose and tackle, writes OREFICE S. *La sfiducia e la diffidenza*. Milan: Cortina Raffello; 2002: 3, «*in itself disarms the mind (...)»The desperation can be partially reduced by knowing that there will be a doctor capable of helping*».
- ⁵ «Listening is fundamental to understanding the true meaning that the alteration has for that patient at a given time, allowing him to feel truly cured once the problema has been resolved» according to CELANI. *Arte medica-Tecnica medica...*, p. 20.
- ⁶ *Ibid.*, p.22.
- ⁷ Cf. MALTA. *Etica e chirurgia estetica...*, p. 94: «*Medicine of desire characterizes the end of this last century: in it the positive aspect of the controversy prevails, the «it can be done» and therefore the decisión («I'll do it»)*».
- ⁸ Cf.: LARGHERO E, ZEPPEGNO G. *Da parte della vita. Itinerari di bioetica*. Turin: Effetà Editrice; 2008: 315.
- ⁹ Cfr.: RUSSO G. *Bioetica. Manuale per teologi*. Rome: LAS Editrice; 2005: 300.
- ¹⁰ In this respect, HELZEL PB. *La valorizzazione-mercificazione del corpo tra Etica ed Economia* in MARTINES SICLUNA Y AND SEPULVEDA C (curador). *L'etica del mercato*. Padua-Milan: Cedam; 2011: 63-90, p. 72, says that «the technique has shortened if not completely annulled the times of nature, a cyclical time in which there is no future that is not the pure and simple repetition of the past that the present reaffirms».
- ¹¹ «*The technique has imposed itself on society and recurring to it represents a personal cliché in the ambit of a social ethos that lays down its laws and makes us less free. The technique is the instrument of a style that leads to pragmatism and materialism. The technical possibilities condition our actions and the motivations to resort to it. Today a large part of society lives under the assumption that «if something is technically possible, it's all right to do it»*. Cf.: MALTA. *Etica e chirurgia estetica...*, p. 97.
- ¹² Así HELZEL. *La valorizzazione-mercificazione del corpo tra etica ed economia...*, p. 75. In another point in the same text (p. 83) ethe autor writes that the «parts of the body, just like spare parts, can be bought and sold».
- ¹³ Cf. CIARAMELLI F. *Incremento della tecnica e proliferazione dei desideri* en AAVV. *Nuove frontiere del diritto. Dialoghi su giustizia e verità*. Bari: Edizioni Dedalo. 2001: 81-104, p. 83
- ¹⁴ *Ibid.*, p. 83
- ¹⁵ WEBER M. *Il lavoro intellettuale come professione*. Turin: Einaudi; 1988: 20.
- ¹⁶ «*The inventions of the technique and production of machines activate this desire but do not create it (...) Man seeks to better himself inventing exosmosis, du-*

plicates of his body, endowed with a multiplicative power. Then comes the desire to work like the machines he has created. The is man's hybris that can drive him to identify his own body as the power of a machine». Cf.: CHASSEGUET J, SMIRGEL. *Il corpo come specchio del mondo*. Milan: Raffaello Cortina Editore; 2005: 10.

¹⁷ Cfr.: ZANUSO F. *Neminem laedere*. Padua: Cedam; 2005: 8: «*I don't think any doubts can arise about the obligatory nature of seeking a limit; at the most the possibility of human reason recognizing an authentic one must be looked into fully*». The autor expresses himself in this way because with the primary intention of refuting all those limits that, from time to time, the historical-philosophical interpretations have sought –and are seeking– to propose, he supports the so-called *cleaning of the slate*, when having eliminated the dangerous residues of which we are often prisoners, we can once again update an optimum bioethical debate from a dialogic encounter.

¹⁸ Cf.: GALIMBERTI U. *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*. Milan: Feltrinelli; 1999: 352.

¹⁹ Cfr.: JONAS H. *Il principio di responsabilità*. Turin: Einaudi; 1990: 13.

²⁰ «*The homo faber that has progressively aimed to reduce the natural world to a mere collection of controlable and manipulable phenomena in the light of a utilitarian and hedonist objective, understands that he is no longer the protagonist of the work of transformation and is reduced to a phenomenon among phenomena*». As we can see in ZANUSO. *Neminem...*, p. 2.

²¹ This reaction of man in the face of the limits of technology, writes ZANUSO *Neminem...*, p. 2 is perfectly understandable because a man feels threatened in his nakedness. However, the author observes, making these feelings of fear and bewilderment prevail is, undoubtedly, ingenuous and unproductive: in fact it is necessary to avoid both an apocalyptic attitude and an apologetic attitude in relation to something that could be frightening but not terrifying. In this sense, also see D'AGOSTINO F. *Bioetica nella prospettiva della filosofia del diritto*. Turin: Giappichelli; 1998: 78s.

²² PALAZZANI L. *Il concetto di persona tra bioetica e diritto*. Turin: Giappichelli; 1996: 5.

²³ Cf.: TUNDO FERENTE L. *La bioetica fra agire etico e agire tecnico*, in *Etica della vita: le nuove frontiere*. Bari: Edizioni Dedalo; 2006: 10 e ss.

²⁴ Cf.: ZATTI P. *Il corpo e la nebulosa dell'appartenenza*. Nuova giur civ comm. 2007. 1: 1-18. On this point also see TALLACCHINI M. *Il corpo e le sue parti. L'allocazione giuridica dei materiali biologici umani*. Medicina e Morale 1998. 3: 499-544, p. 506, where the autor declares: «*The first paradox of the body consists of the fact that it is both the place and the médium of subjectivity –the body– subject, in which the «subject has the body» – a primera paradoja del cuerpo consiste en el hecho de que es tanto el lugar y el medio de la subjetividad –el cuerpo– sujeto, en el cual el «sujeto es el cuerpo» –is the object of acts with which the subject is at its own disposal– the body object, in which the «subject has the body» and, as object of itself, in such acts the subject can have its own body at its disposal as the whole of itself –of its own life–, or otherwise make use of its par-*

ts». Thus, the subject-body can make use of the whole of itself making decisions regarding its own health or otherwise «commercializing its own physical or intellectual activity, its own image or any other faculties (the voice)».

²⁵ Cf.: D'AGOSTINO F. *Bioetica*. Torino: Giappichelli. 1998: 128.

²⁶ Since the XX century, defined as a dogmatic excess of confidence in the possibilities of successfully extending the scientific methods beyond their natural limits. According to the theories of Conventionalism and Constructivism, it indicates a lack of consciousness of the fact, supported by the study of the great scientific revolutions, that the whole epistemological approach to science, its methods, its contents and the same dominant paradigm in a particular historical period are subject to continual variations and cannot be fixed once and for all.

²⁷ Cf.: AZZONI F. *L'arbitrarietà del corpo umano* in D'AGOSTINO F (curator). *Corpo esibito, corpo violato, corpo venduto, corpo donato*. Milan: Giuffrè. 2003: 57-89, p. 57.

²⁸ Cf.: MARIANI A (curator). *Corpo e modernità*. Milan: Unicopli. 2004: 10-11.

²⁹ Cf.: SARSINI D. *Il corpo in occidente*. Rome:, 2003: 7.

³⁰ Cf.: HELZEL. *La valorizzazione...*, p. 76.

³¹ Cf. *Ibid.*, p. 83. The author says that, from this point of view, we are facing a true and proper commercialization of the body, with the additional problem that the «overproduction and conservation of biological material has brought about the alarming phenomenon of the biomarket or «body supermarket»». Cf. also BERLINGUER G. *Bioetica quotidiana*. Florence: Carocci Editore; 2000: 122, in which the author points out that in this context even the diseases themselves become sources of income.

³² Cf.: HELZEL PB, CALABRÒ GP. *Il sistema dei diritti e dei doveri*. Turin: Giappichelli; 2007: 215.

³³ *Ibid.*, p. 216.

³⁴ On this point, I am forwarding POSTERARO N. *Vanità, moda e diritto alla salute: problemi di legittimazione giuridica della chirurgia estetica*. *Medicina e Morale* 2014; 2: 275-302.

³⁵ Cf. HELZEL. *La valorizzazione...*, p. 76.

³⁶ *Ibid.*, p. 77.

³⁷ With regard to the relationships between body, identity and the other, MALTA. *Etica e chirurgia estetica...*, p. 97, is as a proof of the exchange that must exist between foreign identities, faces an interesting issue linked to the confrontation between lovers and cosmetic surgery; the intervention of aesthetic improvement, he says, «is the decision of the couple more than that of the individual, not as bureaucratic authorization but as the result of sharing. Lived in that way, a synergic action is relaunched instead of a conflictive one».

³⁸ PESSINA A. *Bioetica. L'uomo sperimentale*. Milan: Mondadori; 1999: 43.

³⁹ Cfr.: JONAS H. *Tecnica medicina ed etica*. Turin: Einaudi; 1997: 112: «if we have said that the rule to determine the objective of medical art is nature, now it is necessary to add that today even ends that go beyond that rule, even those that go against it, demand medical art for themselves and some doctors are in fact at its

service. Plastic surgery, for example, at least dispensing with it, to beautify or to hide the signs of old age».

⁴⁰ Cf.: GHIGI R. *Per piacere. Storia culturale della chirurgia estetica*. Bologna: Il Mulino; 2008: 140-141.

⁴¹ Progress inevitably increases the power of the doctor, but consequently it also increases his responsibilities (Cf.: INTRONA F. *Un paradosso: con il progresso della medicina aumentano i processi contro i medici*. Riv It med Leg. 2001, 23: 879-927: 289 e ss.). «Progress (...) has a significant influence on the same configuration of responsibility. It creates that which has been defined as the paradox of medicine. Today the sporadic harmful events related to the lack of skill and negligence of the doctor are replaced by a continuous, regular series of statistically foreseeable and insurable incidents». According to : PRINCIGALLI M. *La responsabilità del medico*. Naples: Jovene. 1983: 6.

⁴² «Beauty is a knife, undoubtedly, but with a double edge. The power that derives from it brings unquestionable social benefits, but it has the terrible consequence of inducing the person who enjoys it to think that fascination and beauty are the only instruments reserved for him and to think that he has a duty to enjoy it». According to GHIGI. *Per piacere...*, p. 172.

⁴³ It approaches the problem from a different but interesting viewpoint, CONSOLI G. *Il giudizio estetico: una prospettiva cognitiva*. Iride 2013, 2: 283-306.

⁴⁴ Cf.: GUIDANTONI I. *Chirurgia estetica e culto della bellezza nella società contemporanea*. Medicina e Morale 1995; 1: 59-90, p. 82. On the broad concept of health we return to: POSTERARO N. *Evoluzione del diritto alla salute tra tecnologia, spersonalizzazione e crisi valoriale*. Dike kai nomos 2013, 4: 115-142.

⁴⁵ Interesting in this respect is the analysis proposed in HAMERMESH DS. *Beauty Pays. Why attractive people are more successful* Princeton: Princeton University Press. 2011. Here the author has demonstrated precisely how much beauty can help in an office because it increases self-esteem and catalyzes the attention of the others. The economist has calculated that the beautiful women and handsome men respectively earn eight percent and four percent more than their less attractive colleagues and that the men, if they are ugly, suffer a penalty of thirteen percent of their pay. He adds that these types of discrimination also exist in an unsuspected environment such as the university, where the students value more and attend more frequently and enjoy more the courses given by good looking professors. So, according to the economist, to protect the ugly it would be necessary to use the laws that at present protect the handicapped. «*I think that state aid for ugly people would be a mistake, but undoubtedly the problem exists*» he explains «(...) why not consider a moral compensation for those born unloved by Venus? In his proposal, however, he has rejected resorting to cosmetic surgery: it's all useless, given that for every dollar spent on improving your looks the economic return is only four cents. We must resign ourselves to living –and obtaining– with what Mother Nature has given us (or taken away) he says. The income problem of the beauty myth and the style of the professional world is a phenomenon that has been analyzed very precisely (thanks to valid support from witnesses) with evident

subterfuge as well WOLF N. *Il mito della bellezza*. Milan; 1983. Here the author refers above all to the feminine universe and uses stories of concrete cases to prove how much the beauty myth acts as a brake to marginalize the advance of women in their professional life and in success: a kind of reaction to feminism.

⁴⁶ Cf.: WILDE O. *Il ritratto di Dorian Gray*. Milan: Feltrinelli. 2005: 35.

⁴⁷ This is what is said by ARIEMMA T. *Contro la falsa bellezza. Filosofia della chirurgia estetica*. Genova: Il nuovo Melangolo; 2010: 8.

⁴⁸ Cf.: TAGLIABUE C. *Appena ho 18 anni mi rifaccio*. Rome: Bompiani. 2009.

⁴⁹ In this respect ARIEMMA. *Contro la falsa bellezza...*, p. 16, write: «the question is intimate, personal. It only concerns you and your body, he reasserts. (...) cosmetic surgery needs a false individualism hidden in the contemporary imperative to feel good about ourselves (...) the isolation is illusory. We are shut inside a sphere believing that there is nobody else: in reality we do what we do for others rather than for ourselves».

⁵⁰ Cf.: EDMONDS A. A «*necessary vanity*». The New York Times 2011: 13. Id. *The poor have the right to be beautiful*. The journal of the royal anthropological institute 2007; 13 (2): 363-381; Id. *Pretty Modern: Beauty, Sex, and Plastic Surgery in Brazil*. USA: Duke University Press. 2011.

⁵¹ This is how it is defined by Catherine Hakim, describing beauty as that capital capable of stimulating in others the sensation of the beautiful, pleasure and sexual satisfaction (Cf.: HAKIM C. *Erotic Capital. The Power of Attraction in the Boardroom and the Bedroom*. New York: Basic Books; 2011).

⁵² Cr., on this point, FUSASCHI M. *Designer Vagina, immaginari dell'indecenza o ritorno all'età dell'innocenza*. Genesis, numero monografico Plastiche, X (1): 63-84, p. 66; Id. *Noi protagoniste, voi vittime e carnefici... o dell'uso strumentale del corpo delle altre* in SIMONE A (curator). *Sessismo democratico. L'uso strumentale delle donne nel neo-liberismo*. Milan: Mimesis. 2012: 130-155.

⁵³ Someone, based on the idea of the possible constitutionalisation of the right to happiness, has come to support the hypothesis of the necessary subsidy sticking to the close relationship existing between aesthetic beauty and the point of view of the *collective interest* to be happy. Because if it is true that happiness constitutes the subjective state of full satisfaction of one's own desires to which anybody has the right to yearn for from the time they are born, and that the liberal State has the duty to guarantee it, then beauty becomes truly necessary in order to satisfy this type of constitutional interest capable of ensuring the individual's development in the social context. It is the vision of the Aristotelian concept of happiness, that aspect that projects happiness as tension towards the person who helps in social relationships; and therefore it also includes the concept of «getting on well with others» in the moment of communication related to beauty. It would be necessary to cast doubt on the necessary approximation of said right to the guarantees presented by the Social State: if it is true that a language of needs and a language of rights exist parallelly and that there is a historical process that increasingly translates the needs into rights, then it is evident how the need to improve aesthetically really becomes a right to be recognized of necessity as belonging to the individual

through its contextualization inside the broadest catalog of the right to happiness (in which it is included and of which it constitutes prolongation). In other words, to deny the individual the possible explanation of a *necessary aesthetics*, even recognizing it as such generally legitimizing it, it would mean denying respect to whoever is happy by nature (even thanks to nature). The perspective, after all, would seem to be supported, in the eyes of the authors of the concept, by section two of article 3 of the Constitution; that since the Republic should itself undertake to guarantee the same state of ownership to different subjects, even in unequal moments of its vital explanation, then it is plausible that the State may intervene even economically to restore the equality of opportunities also at the aesthetic level. For some people the question of the right to beauty will be comparable to that other type of right to beauty that in the context of a healthy and harmonious environment it is normally recognized as subject to protection. In fact, in the first case we are prompted to recognize it as collective, due to so many signs of personal development; in the second, however, we try to individualize it recognizing the egoism to then have a negative effect, this time, on the aforementioned collectivity. In other words, with regard to the environment, the right to beauty is, as is proposed, the right to let nature continue to surprise us positively, valuing our explanation; and not to do what is necessary to modify it so as to make it presentable and perfect at all costs. And therefore the opposite to what is at stake in the intended right to beauty made effective by means of aesthetic treatments (cf. CENDON P. *Il risarcimento del danno non patrimoniale. Parte speciale*. Turin: UTET. 2009). In reality the individualization of a right to happiness inside our Constitution is not so clear and therefore it would be difficult to circumscribe the environment and the content. Only in that way in fact would it be possible to prove how much the scope of beauty and physical perfection can really be considered useful for the ends of the concrete satisfaction of said right. Otherwise, it seems difficult to be able to see an action as plausible unless, *ex ante*, there exists the possibility of positioning it certainly as necessary and fundamental for the purpose of obtaining a specific asset that is in itself indefinite. Specifically, lacking the principal precise definition of such a fragile right, it is very complicated to be able to put it as the basic grounds of such an abstract new pretension. We would run the risk of having to legitimize everything that, in abstract, could constitute an instrument of satisfaction of the right; with that endorsing any kind of pretension- even illogical- just because it can be considered potentially useful for the purposes of the full satisfaction of the human spirit. Without forgetting that then, even if it were possible to circumscribe it, by defining it so much, it would always be necessary to resolve another subsequent problem of definition: that of beauty, which per se remains relative and abstract and therefore, even if in some cases it is paradoxically objective, in some way it can never be pinned down and is difficult to contextualize uniformly in time. The indetermination of the concepts –and the inconsistency of the research– cannot –*rectius* must not– be characteristic of the right. And wanting to subject the idea to the will of the legislation would mean perhaps relying on a forced opening of the catalogue of the rights referred to in constitutional article 2;

without recognizing that an opening of the right (or, better, the legal interpretation) of the new cataloging of new needs cannot be changed into the trivialization of medical practices. The reference is made to article 2 because in relation to this regulatory provision that those who support the right to happiness seek to want recognized as constitutional at all costs.

⁵⁴ The fact that the poor person can benefit from a state subsidy for an operation on his own body no doubt gives him the possibility of choosing surgeons and practices that he would never be able to choose if he were not receiving aid. Being horrified by the costs, he will be driven to approach the least expensive surgeon or otherwise choose a type of operation that is possibly not guaranteed like the others but certainly less expensive and more suitable for his subjective economic means.

⁵⁵ Even if it were possible to correct a choice that has been made, it would be very complicated to understand who is the person in need to which the economic benefit should be granted and who is, on the other hand, the supposed needy person who from the point of view of evasion takes advantage of a state provision to carry out his personal desires by means of tricky *subterfuges*.

⁵⁶ And, even worse, the assessment of the responsibility of the surgeon is not possible, contrary to how much it can be assessed in the case of lack of recovery on the basis of effective realistic analyses of failed realities; but it should return to the idea of beauty –subjective– held by the one who judges, at the time at which he assesses the responsibility of the doctor who is called to answer; or otherwise, that technical expert (which?) who establishes –without any reference parameter– what was the standard of beauty pursuable in that specific case, which is even more ridiculous, it would be necessary to trust completely the complaints of the dissatisfied interested party and therefore his concept of beauty, that is to say his aesthetic demand that could lead him to lament a «negative aesthetics» even when, admitting it, it is objectively recognizable as unacceptable, his dissatisfaction is not linked effectively to the operation itself but to various other psychological problems that will always cause him to complain, even in the case of the optimum result of the modification (since, for example it is a question of psychological problems that are not solved with the technique of cosmetic surgery).

⁵⁷ According to, GHIGI. *Per piacere...*, p. 202

Atención del adulto mayor con enfermedades crónicas: dilemas éticos de los agentes sociales

*José Enrique Gómez Álvarez**

Resumen

El artículo expone los problemas derivados de las enfermedades crónicas en México. Se hace después énfasis en las categorías de John Elster acerca de la distribución de cargas necesarias y derechos cuando los recursos son limitadas. Éstas se sugieren como criterios axiológicos que pueden servir de criterios operacionales de decisión (qué es actividad propia de la bioética) en temas de intervención gerontológicos.

Abstract

This article exposes the problems of chronic diseases in Mexico. I suggest the use of John Elster's categories on the distribution on necessary burdens and rights, when resources are limited. These are suggested as axiological criteria, that can serve as operational decision criteria (a basic activity of bioethics) in gerontological intervention issues.

Palabras claves: Justicia distributiva, justicia conmutativa, cuidados, prevención, gerontología, enfermedades crónicas.

Key words: Distributive justice, Commutative justice, care, prevention, gerontology, cronic diseases.

* Doctor en Filosofía por la Universidad de Navarra. Gerontólogo social. Profesor investigador del CISAV. (E mail: jegomezalvarez@yahoo.com)

I. Introducción

El presente trabajo tiene como objeto reflexionar sobre prácticas de atención y cuidado en la atención de los adultos mayores con enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión) con una visión integral y multidimensional,¹ para facilitar los protocolos de intervención social (empoderar sobre todo agentes intermedios) dentro de un marco del principio de la justicia.

II. El envejecimiento y la enfermedad²

Para citar lo complejo de la situación, tanto del envejecimiento de la población (envejecimiento demográfico) como el de la transición epidemiológica (pasar de la predominancia de las enfermedades infecto-contagiosas a las crónico-degenerativas), el artículo segundo de la Segunda Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento indica:

Artículo 2³

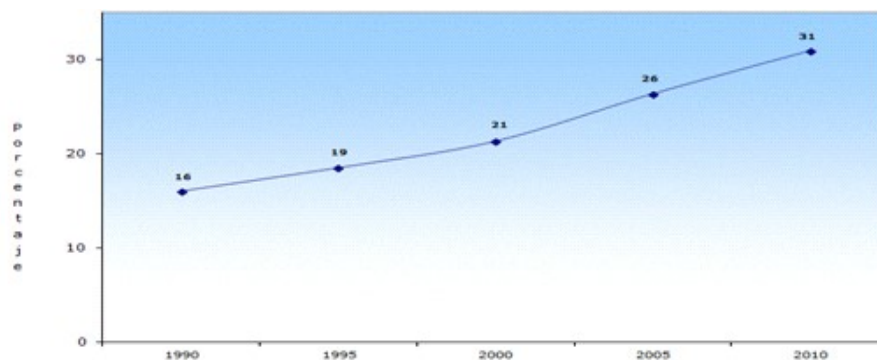
Celebramos el aumento de la esperanza de vida en muchas regiones del mundo como uno de los mayores logros de la humanidad. Reconocemos que el mundo está experimentando una transformación demográfica sin precedentes y que, de aquí a 2050, el número de personas de más 60 años aumentará de 600 millones a casi 2,000 millones, y se prevé que el porcentaje de personas de 60 años o más se duplique, pasando de 10 a 21%. Ese incremento será mayor y más rápido en los países en desarrollo, donde se prevé que la población de edad se multiplique por cuatro en los próximos 50 años. Esa transformación demográfica planteará, a todas nuestras sociedades, el reto de aumentar las oportunidades de las personas, en particular las oportunidades de las personas de edad de aprovechar al máximo sus capacidades de participar en todos los aspectos de la vida.

Según los datos del INEGI –en 2015– había en México aproximadamente 6'950,000 personas que tenían 65 años o más de un total

de 119'530,753 personas.⁴ Las proyecciones de esperanza de vida en México es otro factor a considerar en este tipo de enfermedades. Según la CONAPO, en México:

... las esperanzas de vida... aumentarían de 74.0 años en 2000 (71.5 para hombres y 76.5 para mujeres) a 76.6 (74.2 y 79.1) en 2010, 79.8 (77.5 y 82.1) en 2030 y, finalmente, a 81.3 años (79.0 para hombres y 83.6 para mujeres) en 2050, es decir, que la vida media de los mexicanos al final del horizonte de la proyección será similar a la observada en Japón en fechas recientes (77.2 para hombres y 84.0 para mujeres en 1998), el país que registra en la actualidad el nivel de mortalidad más bajo del mundo.⁵

Las gráficas muestran este incremento en el índice de envejecimiento de la población en México:



Fuente: INEGI. Consultado el 12 de mayo de 2014, en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/temasv2/contenido/DemyPob/epobla41.asp?s=est&c=29256>

Como lo muestran los datos estadísticos, las enfermedades de juventud han quedado rezagadas, respecto a las crónico-degenerativas. Según los datos del INEGI en 2015, en México, en orden, las tres primeras causas de defunción fueron: 1) enfermedades del corazón, 2) diabetes y 3) tumores. Estas enfermedades no sólo llevan a la muerte, sino que en el proceso mismo producen diversos tipos de incapacidades.⁶

Por supuesto esta problemática no es exclusiva de México, sino que está presente en toda Latinoamérica.^{7 y 8}

El envejecimiento de la población sumado a la pobreza de nuestros países lleva aparejado graves problemas de salud pública.⁹

Las enfermedades crónico-degenerativas poseen, como una de sus características, el deterioro progresivo y suele ser de largo tiempo de evolución, y trae como consecuencia el deterioro en su funcionalidad,¹⁰ lo que implica una atención tanto familiar como institucional relativamente largo. Y que a su vez traduce una enorme afeción tanto afectiva como económica por parte de quien se hace cargo de sus necesidades (cuidador primario), y de las instituciones de asistencia médica y de rehabilitación.¹¹ Brevemente se esboza en la siguiente sección.

III. Diabetes e hipertensión en México

México presenta una incidencia alta en diabetes y problemas de hipertensión en todas las clases sociales. Las personas mayores también son afectadas de una manera sobresaliente por estos males (véase Tabla 1).

	Total	50-59	60+	Total	50-59	60+
	% Mean (SD)	% Mean (SD)	% Mean (SD)	% Mean (SD)	% Mean (SD)	% Mean (SD)
Self reported health						
Excellent	3.0	3.1	2.9	2.9	3.5	2.3
Very good	5.9	7.9	4.3	2.8	3.2	2.4
Good	34.0	39.9	29.5	26.8	29.6	24.4
Fair	47.5	44.5	49.9	52.4	52.9	52.0
Poor	9.6	4.7	13.4	15.1	10.9	18.9
Health conditions						
Hypertension	15.5	11.1	18.8	21.9	17.2	26.0
Diabetes	16.8	14.1	18.9	21.8	18.6	24.6
Cancer	1.1	0.2	1.7	2.4	2.8	2.0
Lung disease	4.2	3.6	4.7	5.9	5.7	6.1
Heart attack	3.5	1.4	5.1	2.7	2.1	3.1
Stroke	2.7	1.9	3.3	1.8	1.6	2.0
Arthritis	7.7	4.5	10.1	17.1	12.4	21.2

Tabla 1. Incidencia de diabetes e hipertensión en México.

Fuente: Wong *et al.* (2005), p. S84.

México, en cuanto a la obesidad, ocupa el primer lugar en obesidad infantil y segundo en adultos.¹² Asimismo, parece haber una correlación entre la obesidad con el incremento de la diabetes entre la población. Así, en México, esta enfermedad se ha convertido básicamente en una epidemia.¹³

Debido a la naturaleza de la diabetes, ésta suele aparecer (la tipo 2) en la edad adulta y, en muchos casos, ya en adultos mayores. Asimismo la diabetes se presenta junto con las comorbilidades de estas etapas. Es común, en consecuencia, un adulto con hipertensión y osteoporosis, o un adulto mayor con etapas de Parkinson y diabetes. Por tanto, el tratamiento no farmacológico, entre ellos la nutrición, constituye una estrategia de concientización, prevención, valoración de sí mismo y autocuidado.

La nutrición es un buen ejemplo de área en donde se compaginan las responsabilidades individuales y sociales en conjunto.

Estos elementos cuantitativos junto con la intervención cualitativa en los estilos de vida, puestos a disposición de las personas involucradas en los cuidados, profesionales o *de facto* lo sean, que tengan como eje “sigamos activos para envejecer bien” en donde el énfasis se haga en evitar y/o paliar enfermedades, creando así el mayor estado posible de un envejecimiento saludable o dicho de otro modo *calidad de vida en la justicia*, cómo podríamos denominar el eje conductor.

IV. Bioética: la distribución de cargas necesarias y deberes

La calidad de vida se aborda desde la categoría de justicia local de John Elster.¹⁴ Aunque la teoría de Elster suele asociarse en el utilitarismo, sus análisis de los conceptos bioéticos lo hacen compatible con análisis más amplios de la bioética, como podría ser el personalismo mismo. Esto es así ya que Elster está consciente que los criterios de decisión no pueden ser sólo de cálculo de consecuencias.

Los principios de la “justicia local” y los “actores” de la misma, nos permiten señalar los mecanismos que las políticas públicas deberían fomentar para lograr un mejor equilibrio entre las obligaciones y responsabilidades de los actores de primer orden¹⁵ y los de tercer orden.¹⁶ Estos actores se enfrentan a problemas especiales del envejecimiento cuando se presentan factores discapacitantes como las enfermedades ya señaladas. La pregunta ética se plantea así: ¿en qué medida utilizando los principios y criterios de la justicia¹⁷ se puede deslindar la proporción adecuada que le corresponde a cada actor en el cuidado y fomento a la salud de los adultos mayores?

Un modo de plantear estos problemas es usando una serie de principios de intervención y compararlo con las posibles acciones de las entidades públicas y sus receptores o actores de tercer orden. Estos criterios nos sugieren diversas problemáticas que pueden esquematizarse así:

Principios/ Actores	Primer orden	Tercer orden
Igualdad	¿Cuáles deben ser los posibles criterios que logren una distribución de recursos para la atención del paciente con enfermedad de Parkinson sin resultar igualitaria?	¿Qué pautas deben tener las campañas para fomentar una cultura de responsabilidad (justicia distributiva) para la atención del paciente con enfermedades crónicas entre familiares?
Posición	¿Cómo podrían diferenciarse criterios alternos en las políticas públicas según la perspectiva de género?	¿Qué diferencias de género existen que sean significativas para la atención del paciente con enfermedades crónicas?
Necesidad	¿Qué criterios públicos pueden utilizarse para distribuir recursos según las prioridades de los pacientes?	¿Qué categorías pueden establecerse para determinar la distribución de obligaciones y necesidades de apoyo a las familias que interactúan con esta problemática?
Eficacia	¿Cómo y hasta qué punto es posible respetar las necesidades de los pacientes estableciendo así límites y alcances de la injerencia estatal de modo que las necesidades “locales” no queden supeditadas a un criterio de eficacia “global”?	¿Qué pautas de autorregulación deben fomentar en el paciente y sus familias para equilibrar la autonomía del paciente con la terapéutica más eficaz?
Mérito	¿Hasta qué punto la participación activa previa del paciente y o sus aportaciones sociales pueden utilizarse como criterio de atención?	

Compaginación y análisis de conflictos entre los principios

Así, en las enfermedades como la diabetes, al utilizar el principio de la igualdad, nos plantea la difícil tarea de hacer campañas públicas en donde no se discrimine, a su vez, que se plantee el papel responsable del adulto mayor en su cuidado. Una campaña nutricional así, no “funciona” cuando se cae en los extremos desproporcionados de “individualismo” o de “autonomía”: Yo ofrezco y no regulo productos nocivos, bebidas muy azucaradas y lo dejo en la mera decisión del paciente, sencillamente se produce una epidemia. Si se hace un sobreénfasis en el control gubernamental, elimina la responsabilidad de las personas con su propia dieta, en donde ajuste desde la compra y preparación de los alimentos. La proporcionalidad así, retomando las categorías de Elster, implica equilibrar cargas necesarias y derechos. El Estado proporciona estructura de salud, campañas y medicamentos, pero el deber de cuidarse y aceptar los costos de la mala decisión, también son asunto de cada persona concreta y de su entorno. Una intervención en donde sólo se atiende al paciente, resulta ineficaz si la familia o sus redes sociales en general no se involucran de algún modo con ese deber. Además en el ámbito gerontológico se complica por la aparición de otros síndromes que dificultan el autocuidado: el deterioro cognitivo y el desgaste del cuidador primario. Dicho en términos de los principios aducidos: “Necesidad”.

V. A modo de conclusión

La bioética busca señalar directrices de comportamiento: plantear una propuesta de atención a este segmento de la población adulta, por medio de estrategias de ética decisional (síntesis teórico-práctica).¹⁸ En una perspectiva de una bioética integral y personalista, además de tomar en cuenta los factores señalados de los actores de justicia, debe fortalecerse fuertemente a los actores de tercer nivel o dicho de otro modo:

La fortaleza más importante que tiene el país, en oposición a sus grandes debilidades, es el soporte familiar; que de hecho ya se está haciendo cargo de la situación, pero que requerirá apoyos muy importantes para continuar haciéndolo. En las propuestas sobre políticas públicas, la familia está considerada como el eje central de la estrategia para la atención del adulto mayor, pero también como plataforma para el enriquecimiento de los proyectos de vida de todos sus miembros, y por ende de la sociedad. Cabe destacar que la familia extensa, y acoplada en forma multigeneracional aparece como la figura más apropiada para construir las mejores redes sociales de apoyo para el envejecimiento, sobre todo en el caso de los sectores más empobrecidos. Destacable también es el hecho de que son múltiples las formas en las que las instituciones públicas, privadas, filantrópicas, no gubernamentales, de iglesia y otras, pueden brindar soportes para conseguir la consolidación y el desarrollo de esta conformación familiar. A diferencia de lo que podría pensarse, quienes más requieren apoyo para afrontar el envejecimiento que se nos viene, son las nuevas generaciones, que en su haber tendrán tantos dependientes adultos como hijos, para luego quedarse en medio de una sociedad envejecida, que difícilmente les dará las atenciones que hayan podido brindar. Parece destacarse la necesaria búsqueda de una mayor autonomía, para aquellos que vivirán durante la segunda mitad del siglo venidero cuando una de cada cuatro personas alcanzarán edades adultas.¹⁹

Este fortalecimiento va aparejado con una armonía de las políticas públicas y de los compromisos de los países con respecto a la atención de los ancianos. Dentro de estos compromisos, por señalar uno relevante, se encuentran los “Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad”.²⁰ Algunos de ellos resaltan implícitamente el papel de la familia y otros actores de tercer nivel, por ejemplo:

1. Tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuadas, mediante la provisión de ingresos,

el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia... 5. Tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a la evolución de sus capacidades.²¹

Para convertir esos en verdaderos principios éticos de acción, es fundamental el trabajo en el nivel de los actores de tercer caso; de modo que los mismos adultos mayores y personas involucradas tengan real de incidir en los actores de primer nivel y así coordinar mejor la atención de las políticas públicas sin atentar contra la autonomía, cultura y creencias de los grupos involucrados, a pesar de que esto no siempre entre en una lógica de la racionalidad de Estado.²²

En suma, el análisis decisional aplicado a los límites de la intervención sobre la vida (bioética), permitiría perfeccionar y/o corregir una cultura de respeto a los adultos mayores, en la medida que se logre su inculturación y no sólo como principios ajenos, externos a los involucrados en la atención de esta problemática.

Bibliografía

¹ Ortiz, Dolores y Morales, Juan José. "Epidemiología". *Geriatría*. Mc Graw-Hill Interamericana, México, 2004.

² Organización de las Naciones Unidas. *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. A/CONF.197/9, Nueva York.

³ Encuesta intercensal 2015. INEGI En: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/doc/eic2015_resultados.pdf [Consultado el 21 de febrero de 2016].

⁴ Proyecciones de la población de México, 2000-2050, *Consejo Nacional de Población*, 2002.

⁵ En: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>

⁶ Herrera Nuño, Eugenio. "Políticas públicas y procesos de envejecimiento en México" en: http://www.iigov.org/documentos/?p=4_0111 [Consultado el 5 de mayo de 2014].

⁷ *Boletín Demográfico No. 69. América Latina y el Caribe: Estimaciones y proyecciones de Población. 1950-2050.*

⁸ *Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030, CONAPO México*, abril 2014.

⁹ Encinas Reza, Jaime (Tesis). "Problemas de ética decisional: El confinamiento implicado en el Adulto Mayor". Maestría en Bioética. (Facultad de Bioética), Universidad Anáhuac México Norte, 2006.

¹⁰ Elster, Jhon y Herpin, Nicolas. *La ética de las decisiones médicas*. Gedisa Editorial, Barcelona, 2000.

¹¹ Elster, Jhon. *Justicia local. De qué modo las instituciones distribuyen bienes escasos y cargas necesarias*. Gedisa Editorial, Barcelona, 1992, pp. 77-129.

¹² Organización de las Naciones Unidas. *Resolución 46/91 del 16 de diciembre de 1991*. Fuente: <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/esiyoppo.htm> [Consultado el 6 de mayo de 2004].

¹³ Secretaría de Salud *Protocolo para orientación nutricional en la prevención y control de las enfermedades crónicas*. México: Secretaría de Salud, 2008.

¹⁴ Wong, R. *et al.* Progression of aging in Mexico the Mexican Health and Aging Study (MHAS) 2012. *Salud pública de México*, 57, 2015.

Referencias bibliográficas

¹ Véase Ortiz, Dolores y Morales, Juan José. "Epidemiología". *Geriatría*. Mc Graw-Hill Interamericana, México, 2004, pp. 3-13.

² "El peso de la enfermedad y la incapacidad puede apreciarse mejor por la capacidad que tiene sola, o con ayuda, para ejecutar las actividades básicas de la vida diaria". (Epidemiología, *Op. Cit.*, p. 6).

³ Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. A/CONF.197/9, Publicación de las Naciones Unidas, Nueva York.

⁴ Encuesta intercensal 2015. INEGI En: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/doc/eic2015_resultados.pdf [consultado el 21 de febrero de 2016].

⁵ "Proyecciones de la población de México, 2000-2050, *Consejo Nacional de Población*, 2002, p. 15. "Las diferentes velocidades de crecimiento traerán consigo una continua transformación de la estructura por edad. Durante el horizonte de la proyección, la participación relativa de los niños en edades preescolares (0 a 5 años) se habrá reducido de 13.2 por ciento en 2000 a 11.2 en 2005, 10.1 en 2010, 7.9 en 2030 y 6.6 por ciento en 2050; la de aquellos que se hallen en edades escolares (6 a 14 años) disminuirá de 20.2 por ciento a 18.9, 16.5, 12.4 y 10.2 por ciento en los mismos años, respectivamente. En cambio, la población en edad de trabajar (15 a 59 años) y los adultos mayores (60 años o más) abarcarán cada vez mayores proporciones de la población total: la concentración de la pri-

mera aumentará de 59.8 por ciento en 2000 a 62.3 en 2005 y 64.5 en 2010, para descender a 62.2 por ciento en 2030 y 55.3 por ciento en 2050; la del grupo de mayor edad se incrementará de 6.8 por ciento a 7.7, 8.8, 17.5 y 28.0 por ciento en los mismos años, respectivamente". (*Ibid.*, p. 22).

⁶ En: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>

⁷ Cf. Herrera Nuño, Eugenio. "Políticas públicas y procesos de envejecimiento en México" en http://www.iigov.org/documentos/?p=4_0111 [Consultado el 5 de mayo de 2014].

⁸ Cf. *Boletín Demográfico No. 69. América Latina y el Caribe: "Estimaciones y proyecciones de Población. 1950-2050"*. p. 38. El reto principal del envejecimiento demográfico radica en la necesidad de implementar políticas públicas referentes a los servicios de salud, dado que habrá una demanda creciente de atención por enfermedades crónico-degenerativas, sin dejar de lado la atención a los otros grupos de edad. El envejecimiento poblacional puede tener impactos económicos, pues cada vez veremos más personas de 65 y más años de edad pasar a la inactividad económica, sumados al contingente de población que por distintas razones se encuentra sin empleo. Si relacionamos con este hecho la notoria reducción de los grupos de edad jóvenes, veremos igualmente una merma de la capacidad productiva en la sociedad que, inevitablemente, afectará la capacidad de transferencias intergeneracionales para los cuidados y servicios públicos que se habrán de requerir a la edad de retiro (*Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030*, CONAPO, México, n: (abril 2014: 39).

⁹ "El envejecimiento en América Latina y el Caribe se caracteriza, en contraste a lo observado en los países desarrollados, por el rápido crecimiento, la pobreza generalizada y la heterogeneidad de sus habitantes, amén de que están muy acentuadas las inequidades económicas y de género... De hecho, el envejecimiento que hasta ahora hemos enfrentado y que se inició alrededor de 1970 corresponde a un envejecimiento de los estratos socioeconómicos más altos; pero conforme nos acerquemos al año 2020, el envejecimiento de los estratos socioeconómicos más pobres será el responsable del engrosamiento en el número de adultos mayores. La transición demográfica no sólo tiene distintas etapas de caracterización para los países; también las hay, tal vez no suficientemente estudiadas, por zonas de residencia y por estratos socioeconómicos. Ciertamente la supervivencia es cada día menos un privilegio de los más ricos. Sin embargo, para el pobre la ganancia en esperanza de vida normalmente significa una vida laboral más pronunciada o una mayor discapacidad causada por una o más enfermedades crónicas". (*Ibid.* El subrayado es mío).

¹⁰ Tesis "Problemas de ética decisional: El confinamiento implicado en el Adulto Mayor", para obtener el grado de Maestro en Bioética por Jaime Enrique Encinas Reza. Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac México Norte. Marzo 2006. pp. 20-21.

¹¹ *Ibid*, pp. 27-28.

¹² Secretaría de Salud, *Protocolo para orientación nutricional en la prevención y control de las enfermedades crónicas*. México: Secretaría de Salud, 2008, p. 7.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Por “justicia local” se está entendiendo el problema de asignación de recursos escasos o la adjudicación de tareas necesarias pero incómodas con relación a las instituciones intermedias que ayudan o realizan parte de la asignación de estos recursos y tareas. (C. Elster, Jhon. “La ética de las decisiones médicas”. En Elster, Jhon y Herpin Nicolas. *La ética de las decisiones médicas*. Gedisa Editorial, Barcelona, 2000, pp. 10-31. Cf. Elster, Jhon. *Justicia local. De qué modo las instituciones distribuyen bienes escasos y cargas necesarias*. Gedisa Editorial, Barcelona, 1992, pp. 77-129.

¹⁵ Las decisiones de <<primer orden>> fijan el montante total de los recursos escasos con vistas a su distribución... (*Ibid.*, p. 22).

¹⁶ “Los receptores potenciales o los candidatos pueden denominarse actores de <<tercer orden>>” (*Ibid.*, p. 24).

¹⁷ Por “justicia” se está suponiendo la definición de Ulpiano: “*Constans, & perpetua voluntas ius suum unicuique tribuendi*”.

¹⁸ Es decir, buscar un sano equilibrio entre una ética centrada en las virtudes y una ética centrada en los procedimientos.

¹⁹ Herrera Nuño, Eugenio. *Op. cit.*

²⁰ Resolución 46/91 del 16 de diciembre de 1991. Fuente: <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/esiyoppo.htm> [consultado el 6 de mayo de 2004].

²¹ *Ibid.*, <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/siyoppo.htm#Independencia>

²² Cf. Elster, John. *Op. cit.*, pp. 18-19, en donde se plantea que a veces la actuación médica, ejemplificado en los trasplantes, actúa en consonancia con los principios médicos y no sobre la base de criterios de planificación global a pesar de que se produzcan “desperdicios de recursos”.

Care of the elderly with chronic diseases: ethical dilemmas of social actors

José Enrique Gómez Álvarez

Abstract

This article exposes the problems derived from chronic diseases in Mexico. Emphasis is placed on the use of Jhon Elster's categories regarding the distribution of necessary burdens and rights when resources are limited. These are suggested as axiological criteria that can serve as operational decision criteria (the very activity of Bioethics) in gerontological intervention issues.

Key words: Distributive justice, commutative justice, care, prevention gerontology, chronic diseases.

I. Introduction

The objective of this study is to reflect on care and care practices for older adults with chronic diseases (diabetes and hypertension), with a comprehensive and multidimensional perspective,¹¹ to facilitate social intervention protocols (mainly to empower intermediate agents) within a framework of the principle of justice.

* Master in Social Gerontology, Ph.D. Doctor en Filosofía por la Universidad de Navarra. Gerontólogo social. Profesor investigador del CISAV.
E mail: jegomezalvarez@yahoo.com

II. Ageing and illness²

To cite the complexity of the situation of population aging (demographic aging) and epidemiological transition (from the predominance of infectious-contagious diseases to chronic-degenerative diseases), the second article from the Second World Assembly on Ageing states:

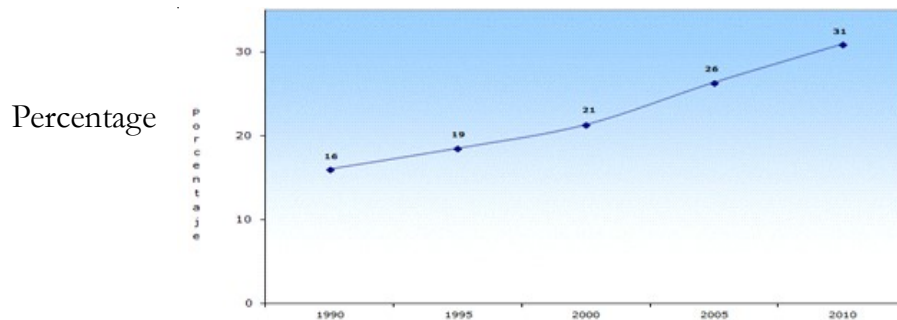
Article 2³

We celebrate rising life expectancy in many regions of the world as one of humanity's major achievements. We recognize that the world is experiencing an unprecedented demographic transformation and that by 2050, the number of persons aged 60 and over will increase from 600 million to almost 2 billion and that the proportion of persons aged 60 and over is expected to double from 10 to 21 per cent. The increase will be greatest and most rapid in developing countries where the older population is expected to quadruple during the next 50 years. This demographic transformation challenges all of our societies to promote increased opportunities, particularly in particular opportunities for older persons to realize their potential to participate fully in all aspects of life.

According to data from INEGI (National Institute of Statistics and Geography of Mexico, *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*) –in 2015– there were approximately 6'950,000 persons in Mexico aged 65 or older out of a total of 119'530,753 persons.⁴ The projection for life expectancy in Mexico is another factor to consider for these types of diseases. According to CONAPO (National Population Council of Mexico, *Consejo Nacional de la Población*), in Mexico:

... life expectancy... will increase from 74.0 years in 2000 (71.5 for men and 76.5 for women) to 76.6 (74.2 and 79.1) in 2010, 79.8 (77.5 and 82.1) in 2030, and finally, to 81.3 years (79.0 for men and 83.6 for women) in 2050, which means that the average life expectancy for Mexicans at the end of the projection horizon will be similar to that recently observed in Japan (77.2 for men and 84.0 for women in 1998), the country that currently has the lowest mortality rate in the world.⁵

The graph shows this increase in the population-aging index for Mexico:



Source: INEGI. Consulted on May 12, 2014, at:
<http://www.inegi.org.mx/sistemas/temasv2/contenido/DemyPob/epobla41.asp?s=est&c=29256>

As statistical data shows, adolescent diseases lag behind chronic degenerative diseases. According to INEGI's data from 2015, the top three causes of death in Mexico, in order, were: 1) heart disease, 2) diabetes and 3) tumors. These diseases not only lead to death but in the process itself produce various types of disabilities.⁶

Of course, this problem is not exclusive to Mexico but is present throughout Latin America.⁷ and ⁸

The aging of the population, coupled with poverty in our countries, leads to serious public health problems.⁹

One of the characteristics of chronic degenerative diseases is progressive deterioration, which usually has a long evolutionary period and brings about a deterioration in functionality,¹⁰ implying relatively long family and institutional care. This in turn translates into an enormous economic impact for whoever is the primary caregiver and for medical assistance and rehabilitation institutions.¹¹ This is briefly outlined in the following section.

III. Diabetes and hypertension in Mexico

Mexico has a high incidence of diabetes and hypertension problems across all social classes. Older persons are also notably affected by these illnesses (see Table 1).

	Total			60+		
	% Mean (SD)	% Mean (SD)	% Mean (SD)	% Mean (SD)	% Mean (SD)	% Mean (SD)
Self reported health						
Excellent	3.0	3.1	2.9	2.9	3.5	2.3
Very good	5.9	7.9	4.3	2.8	3.2	2.4
Good	34.0	39.9	29.5	26.8	29.6	24.4
Fair	47.5	44.5	49.9	52.4	52.9	52.0
Poor	9.6	4.7	13.4	15.1	10.9	18.9
Health conditions						
Hypertension	15.5	11.1	18.8	21.9	17.2	26.0
Diabetes	16.8	14.1	18.9	21.8	18.6	24.6
Cancer	1.1	0.2	1.7	2.4	2.8	2.0
Lung disease	4.2	3.6	4.7	5.9	5.7	6.1
Heart attack	3.5	1.4	5.1	2.7	2.1	3.1
Stroke	2.7	1.9	3.3	1.8	1.6	2.0
Arthritis	7.7	4.5	10.1	17.1	12.4	21.2

Table 1. Incidence of diabetes and hypertension in Mexico. Source: Wong *et al* (2015), p. S84.

In terms of obesity, Mexico occupies first place in childhood obesity and second in adults.¹² Likewise, there seems to be a correlation between obesity and the increase in diabetes among the population. In Mexico, this disease has basically become an epidemic.¹³

Due to the nature of diabetes, it usually appears (Type 2) in adulthood and in many cases in older adults. Diabetes presents

along with other comorbidities in these stages. Consequently, it is common to have an adult with hypertension and osteoporosis. Or an older adult with some stage of Parkinson's and diabetes. The non-pharmacological treatment, including nutrition, is a strategy of awareness, prevention, self-assessment and self-care.

Nutrition is a good example of an area where individual and social responsibilities are combined.

These quantitative elements along with qualitative intervention in lifestyles, made available to the persons involved in care, whether professional or *de facto*, are based on “remaining active to age well”, where the emphasis is on avoiding and/or palliating diseases, thus creating the highest possible state of healthy aging or, in other words, *quality of life in justice*, what we might call the guiding principle.

IV. Bioethics: the distribution of necessary burdens and duties

Quality of life is addressed from Jon Elster's local justice classification.¹⁴ Although Elster's theory is often associated with utilitarianism, his analyses of bioethical concepts make it compatible with broader analyses of bioethics, such as personalism itself. This is because Elster is aware that the decision criteria cannot be only a calculation of consequences.

The principles of “local justice” and its “actors” allow us to highlight the mechanisms that public policies should promote in order to achieve a better balance between the obligations and responsibilities of first-order actors¹⁵ and third-order actors.¹⁶ These actors face special problems of aging when there are disabling factors such as the diseases already mentioned. The ethical question arises as follows: to what extent can we use the principles and criteria of justice to determine the adequate proportion of each actor in the care and enhancement of health in older adults?

One way of posing these problems is to use a series of principles of intervention and compare them with possible actions of public entities or their recipients or third-order actors. These principles suggest several problems that can be described as follows:

Principles / Actors	First Order	Third Order
Equality	What should be the possible criteria that achieve a distribution of resources for the care of a patient with Parkinson's disease without being egalitarian?	What should the guidelines be for campaigns to promote a culture of responsibility (distributive justice) for the care of patients with chronic diseases by relatives?
Position	How can alternative criteria be differentiated in public policies according to gender perspective?	What gender differences exist that are significant for the care of patients with chronic diseases?
Need	What public criteria can be used to distribute resources according to patients' priorities?	What categories can be established to determine the distribution of obligations and support needs for families that interact with this problem?
Effectiveness	How and to what extent is it possible to respect the needs of patients, establishing limits and scope of the state's intervention so that "local" needs are not subject to a "global" criterion of effectiveness?	What self-regulatory guidelines should be encouraged in the patient and their families to balance the patient's autonomy with the most effective therapy?
Merit	To what extent can the patient's previous active participation and/or social contributions be used as a criterion of care?	

Combination and analysis of conflicts between principles

Therefore, in diseases such as diabetes, when using the principle of equality, we are faced with the difficult task of constructing public campaigns in which there is no discrimination while at the same time raising the issue of an older adult's responsibility in their own care. Such a nutritional campaign does not "work" when it falls into the disproportionate extremes of "individualism" or "autonomy": I provide and do not regulate harmful products, very sugary drinks, and I leave it to the patient's discretion, simply produces

an epidemic. If an emphasis is placed on government control, it eliminates a person's responsibility for their own diet where they adjust everything from the purchase of products to food preparation. Proportionality brings back Elster's categories and implies balancing necessary burdens and rights. The state provides health facilities, campaigns and medicine, but the duties of self-care and accepting the costs of a poor decision are also a matter for each individual person and their environment. Therefore, an intervention in which only the patient is cared for is ineffective if the family or their own social networks in general are not somehow involved with that duty. The gerontological field is also complicated by the appearance of other syndromes that hinder self-care: cognitive impairment and wear and tear on the primary caregiver. Stated in terms of the principles cited: "Need".

V. In conclusion

Bioethics seeks to articulate behavioral guidelines: to make a proposal for caring for this segment of the adult population through strategies of decisional ethics (theoretical-practical synthesis).¹⁷ With a perspective of integral and personalist bioethics and taking into account the factors pointed to by justice actors, third-order actors must be greatly strengthened, or stated another way:

The country's most important strength, as opposed to its greatest weaknesses, is family support, which is already taking charge of the situation but will require very important assistance to continue doing so. In proposals for public policies, the family is considered the backbone of a strategy for eldercare but also a platform to enrich the life projects of all its members and of society. It should be noted that the extended family, in multigenerational form, appears as the most appropriate figure to build the best social support networks for the aging, especially in the

most impoverished sectors. Also noteworthy is the fact that there are many ways in which public, private, philanthropic, nongovernmental, religious and other institutions can provide support for the consolidation and development of this family composition. Contrary to what might be thought, those who require the most support to cope with aging are the younger generations, who will have as many adult dependents as children and will be caught in the middle of an aging society and barely able to give the care that they should provide. For those that will be alive during the second half of the century ahead, when one in every four persons will reach adult age, it seems necessary to seek greater self-sufficiency.¹⁸

This strengthening is coupled with a harmony of public policies and countries' commitments to caring for the elderly. Among these commitments, the "United Nations Principles for Older Persons"¹⁹ is relevant. Some of the principles highlight the role of the family and other third-level actors:

1. Have access to adequate food, water, housing, clothing and health care through the provision of income, the support of families and the community and their own self-help... 5. Be able to live in environments that are safe and adaptable to personal preferences and changing capacities.²⁰

In order to translate these principles into true ethical principles of action, it is essential to work at the level of third-order actors so that older adults and those involved with them have a real impact on first-order actors and, therefore, be better able to coordinate the focus of public policies without undermining the autonomy, culture and beliefs of the groups involved, although this does not always enter into the State's logic.²¹

In conclusion, the decisional analysis applied to the limits of intervention in life (bioethics), would allow a culture of respect for

older adults to be perfected and/or corrected, to the extent that its enculturation is achieved rather than seen as principles for those involved in dealing with the problem.

Bibliography references

- ¹ See Ortiz, Dolores. Morales, Juan José. "Epidemiología". Geriatria. McGraw-Hill Interamericana, México, 2004, pp. 3 13.
- ² "The burden of illness and disability can be best evaluated by the capacity to perform basic activities of daily living, alone or with help". Epidemiología, *Op. Cit.*, p. 6).
- ³ Report to the Second World Assembly on Ageing. Madrid, April 8 to 12, 2002. A/CONF.197/9, Publication of the United Nations, New York.
- ⁴ Intercensal Survey 2015. INEGI at: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/doc/eic2015_resultados.pdf [Consulted on February 21, 2016]
- ⁵ "Proyecciones de la población de México, 2000-2050, Consejo Nacional de Población, 2002, p. 15. Different velocities of growth will bring with them a continuous transformation of the structure by age. Over the projection horizon, the relative participation of children of preschool ages (0 to 5 years) will have decreased from 13.2 per cent in 2000 to 11.2 in 2005, 10.1 in 2010, 7.9 in 2030 and 6.6 per cent in 2050; that of school age (6 to 14 years) will decrease from 20.2 per cent to 18.9, 16.5, 12.4 and 10.2 per cent for the same years, respectively.
- ⁶ At: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- ⁷ Cf. Herrera Nuño, Eugenio. "Políticas públicas y procesos de envejecimiento en México" at http://www.iigov.org/documentos/?p=4_0111 [Consulted on May 5, 2014).
- ⁸ Cf. *Boletín Demográfico No. 69. América Latina y el Caribe*: "Estimaciones y proyecciones de Población. 1950-2050. p. 38. The main challenge of demographic aging lies in the need to implement public policies related to health services, given that there will be an increasing demand for care for chronic-degenerative diseases, without neglecting other age groups. Population aging can have economic impacts, as we will see more and more people aged 65 and over move to economic inactivity, together with the population that, for different reasons, is unemployed. If we relate to this fact the well-known reduction of the young age groups, we will also see a reduction in the productive capacity of society that will inevitable affect the capacity of intergenerational transfers for public care and services that will be required at retirement age. (*Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030*, CONAPO México, n: (April 2014: 39).
- ⁹ "Aging in Latin America and the Caribbean, unlike in more developed countries, is characterized by rapid growth, widespread poverty and the heterogeneity of its

inhabitants, in addition to the fact that economic and gender inequities are quite marked.... In fact, the aging that we have faced up to now and which began around 1970 corresponds to an aging of the highest socioeconomic strata; but as we approach the year 2020, the aging of the poorest socioeconomic strata will be responsible for the increase in the number of older adults. The demographic transition not only has different stages of characterization by country, but also by areas of residence and socioeconomic strata, although these are perhaps not sufficiently studied. Survival is less and less a privilege of the wealthy. However, for the poor, gaining life expectancy usually means a longer working life or a greater disability caused by one or more chronic diseases." (*Ibid.* My underlining).

¹⁰ Thesis "Problemas de ética decisional: El confinamiento implicado en el Adulto Mayor", to obtain the degree of Master in Bioethics by Jaime Enrique Encinas Reza. Faculty of Bioethics, Anáhuac México Norte University, March 2006, pp. 20-21.

¹¹ *Ibid.*, pp. 27-28.

¹² Ministry of Health *Protocolo para orientación nutricional en la prevención y control de las enfermedades crónicas*. Mexico: Ministry of Health, 2008, p. 7.

¹³ *bid.*

¹⁴ "Local justice" is understanding the problem of allocation of scarce resources or the allocation of necessary but uncomfortable tasks in relation to the intermediate institutions that help or carry out part of the allocation of these resources and tasks. (C. Elster, Jhon. "The ethics of medical choice". In Elster, Jhon and Herpin Nicolas. *The ethics of medical choice*. Gedisa Editorial, Barcelona, 2000, pp. 10-31. Cf. Elster, Jhon. *Local Justice. How institutions allocate scarce goods and necessary burdens*. Gedisa Editorial, Barcelona, 1992, pp. 77-129.

¹⁵ Decisions of the "first order" set the total amount of scarce resources with a view to their distribution... (*Ibid.*, p. 22).

¹⁶ "Potential recipients or candidates may be called actors of the 'third order'" (*Ibid.*, p. 24).

¹⁷ That is, seek a healthy balance between ethics centered on virtues and ethics centered on procedures.

¹⁹ Herrera Nuño, Eugenio. *Op. cit.*

²⁰ Resolution 46/91 of December 16, 1991. Source: <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/esiyouppo.htm> [Consulted May 6, 2004].

²¹ *Ibid.*, <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/esiyouppo.htm#Independencia>

²² Cf. Elster, Jhon. *Op. cit.*, pp. 18-19. where it is argued that sometimes medical intervention, exemplified in transplants, acts in accordance with medical principles and not on the basis of overall planning criteria despite the occurrence of "wasted resources".

La bioética de Potter: la búsqueda de la sabiduría en el origen de la bioética y de la ética ambiental

*Luca Valera**

Resumen

La bioética y la ética ambientales están unidas por raíces profundas. En el presente escrito se intentará demostrar la validez de tal afirmación, tomando como punto de partida la obra del padre de la bioética, Van Rensselaer Potter, y el padre de la ética ambiental, Arne Næss. Las dos disciplinas, además, comparten la misma historia, ya que se configuran como la respuesta filosófica más interesante a los problemas originados con los recientes desarrollos tecnológicos. La necesidad de una ciencia de la supervivencia (Potter), que sepa finalmente dirigir las nuevas acciones humanas y el conocimiento que las acompaña, debe estar, según la perspectiva de Potter (y también de Næss), siempre acompañada por el desarrollo de la virtud de la sabiduría y de la prudencia.

Abstract

Bioethics and environmental ethics share deep common roots. In this paper we will attempt to demonstrate this statement, inspired by both the work of the father of bioethics, Van Rensselaer Potter,

* Facultad de Filosofía y Centro de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Región Metropolitana, Chile.

Correspondencia: Luca Valera, Facultad de Filosofía y Centro de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Región Metropolitana, Chile, email: luvalera@uc.cl

Título original: La bioetica di Potter: la ricerca della saggezza all'origine della bioetica e dell'etica ambientale. Publicado en la Revista *Medicina e Morale* 2016/6, páginas 719-731. La traducción no fue revisada por el autor.

and the father of environmental ethics, Arne Næss. The two disciplines even share a common history, since they constitute the most interesting philosophical answer to the problems originated by the recent technological developments. The need for a science of survival (Potter), which can finally guide the new human actions and the knowledge that goes along with them, must be, from Potter's (and also Næss') perspective, always accompanied by the development of the virtues of wisdom and prudence.

Palabras clave: Van Rensselaer Potter, Arne Næss, ética ambiental, ecosofía, sabiduría.

Keywords: Van Rensselaer Potter, Arne Næss, environmental ethics, ecosophy, wisdom.

1. Una introducción histórica necesaria: nacimiento de la bioética y de la ética ambientales

No es casualidad que el “padre de la bioética”, Van Rensselaer Potter, en las primeras páginas del libro que lo ha consagrado como fundador de tal disciplina, hable de ecología. La tesis que se intenta sostener en este escrito, que quizá no es original sino que es necesario recuperar para redescubrir las raíces de la bioética y el fin que ha impulsado al famoso “especialista sobre el cáncer”¹ [1, p. 41] a la creación de una nueva disciplina orientada al futuro de la especie humana (y del ecosistema entero), es que la bioética y la ética ambiental (como rama de la filosofía de la ecología) surjan con la misma intención y que compartan las mismas motivaciones. Demasiado frecuentemente, en los ambientes académicos –y no sólo en ellos– se tiende a identificar a la bioética con la ética médica, olvidando la idea originaria de Potter expresada por el término “bioética global”² [2], o sea la de una disciplina que tenga que ver con la relación del ser humano consigo mismo, y, al mismo tiempo, con el ecosistema.

Si ésta es entonces la idea de Potter, expresada así claramente tanto en el inicio de *Bioethics. Bridge to the Future*, cuanto en *Global Bioethics*, parece del todo evidente la unión entre la bioética y la ecología, entre una preocupación por el hombre y una preocupación por el ambiente. Los puntos de contacto a nivel conceptual entre las dos serán afrontados posteriormente en el texto: por ahora nos parece necesario intentar trazar una breve historia del nacimiento de la bioética y de la ética ambiental, con el fin de mostrar que incluso a nivel histórico –y etiológico– existe una continuidad entre las dos disciplinas.

Si es verdad que es comúnmente reconocido Van Rensselaer Potter como el padre de la bioética, por otra parte es ya muy conocido que el término no fue acuñado por él: la primera aparición del término “*bio-ethik*” se remonta a 1927, y lleva la firma del pastor protestante Fritz Jahr³ [4]. En esa misma ocasión Jahr pone las bases para una relación fecunda entre bioética y ética ambiental, recordando que la bioética, justamente, invita a la «aceptación de compromisos morales», no sólo hacia el hombre, sino hacia todo ser viviente. Hablando de bioética no hablamos, objetivamente, de un descubrimiento actual. Como ejemplo interesante del pasado podemos citar precisamente la figura de San Francisco de Asís (1182-1226), que ha experimentado un gran amor por los animales y un respeto por todos los seres vivientes, anticipando por algunos siglos la pasión de Rousseau por la naturaleza». Y continúa: “Nuestra auto-educación ha hecho muchos progresos, pero debemos continuar sobre esta línea, a modo de adoptar como modelo de índole bioética para nuestra conducta el siguiente principio: ¡Considera a todo ser viviente como fin en sí mismo y, si es posible, trátalo en cuanto tal!” [4].

Un interés por la relación humana con los otros seres vivientes parece estar, por tanto, ya presente tanto en los albores de la bioética como de la ética ambiental. En el ya citado *Global Bioethics*, de hecho, el mismo Potter menciona entre los pioneros de la bioética “ecológica”, a Aldo Leopold, Rachel Carson, Lewis Mumford, Eu-

gene P. Odum, Garrett Hardin, Paul Ehrlich, Barry Commoner, Lester R. Brown, Richard Falk, Paul Shepard y Arne Næss [2, p. xiv], o sea pensadores adjudicables al ámbito de los estudios sobre el ambiente, más que a aquéllos sobre la salud humana. ¿Por qué motivo, por tanto, la bioética, como disciplina, ha abandonado ese impulso inicial para asimilarse rápidamente a la ética médica? Ciertamente el nacimiento de algunos importantes centros de bioética estadounidenses [12, pp. 6-13; 13, p. 12] ha favorecido esta tendencia, que respondía quizá también a la exigencia de salvaguardar la dignidad humana frente a algunas situaciones no deseables, fruto del rápido desarrollo de la medicina y de las tecnologías a ella conexas [14].

Si quisiésemos, sin embargo, por un momento regresar a los orígenes de la bioética, más allá de sus evoluciones históricas, y prefijándonos el objetivo de captar sólo su profundidad conceptual, deberíamos reconocer que el objetivo privilegiado de estudio de la bioética no es tanto el *bios* en cuanto característico de lo humano, sino el *bios* en cuanto característico de todo sistema viviente. Es solamente a la luz de este énfasis que se vuelve posible captar la potente analogía potteriana que abre el segundo capítulo de *Global Bioethics*: “La Tierra como organismo”. La idea de que el hombre sea «cáncer del planeta» [1, p. 41; 2, pp. 31-35; 15], es hija de esta analogía, que hunde sus raíces en las ideas de James Lovelock y en la *Hipótesis Gaia* [16. p. 154].

Las afinidades, sin embargo, no son sólo de tipo conceptual, sino también histórico-etiológico: las causas y los eventos históricos que impulsaron a los pensadores del siglo pasado a reconsiderar nuestra relación con el ser viviente, a partir de las perspectivas de la ética ambiental y de la bioética, son, de hecho, las mismas. Entre éstas recordamos: el rapidísimo desarrollo tecnológico, la posibilidad de cambio radical de la naturaleza (y de la naturaleza humana), la capacidad de producir acciones con un efecto permanente en el tiempo, el temor que tal poder ha generado, la sobrepoblación del planeta y el agotamiento de los recursos, el cambio climá-

tico, y así sucesivamente. Con imágenes ya sabidas y palabras ampliamente conocidas, el filósofo alemán Hans Jonas describe esta trayectoria común para la bioética y la ética ambiental: “La sumisión de la naturaleza dirigida a la felicidad humana ha lanzado con su desmesurado éxito, que abarca ahora también a la naturaleza misma del hombre, el más grande desafío que le haya jamás venido al ser humano por su propio actuar. [...] La aventura de la tecnología con sus iniciativas arriesgadas hasta el extremo, obliga a asumir el riesgo de una reflexión llevada al límite. [...] En cuanto a la tecnología [...] la ética tiene que ver con acciones (incluso no sólo del sujeto individual) que tienen un alcance causal sin igual, acompañadas por un conocimiento del futuro que, aun sí incompleto, va igualmente más allá de cualquier otro saber precedente. A ello se añade la escala de las consecuencias a largo plazo y frecuentemente también su irreversibilidad” [17. Prefacio].

Efectivamente, nos parece posible reconducir la ética ambiental y la bioética a un origen común, o sea al “pecado”⁴ conocido por los científicos por medio del abuso de la tecnología, que coincide con la posibilidad de la destrucción, tanto humana cuanto del entero planeta. La posibilidad de la modificación radical de la naturaleza prevé de hecho la alternativa igualmente radical de su destrucción, o sea el emerger del “problema metafísico” jonasiano [18, pp. 33-36]. Aquello que Jonas llama el “potencial apocalíptico de la técnica” –y que nosotros llamaremos el ‘potencial apocalíptico de la tecnología’⁵– consiste justamente en la “capacidad de poner en peligro la supervivencia del género humano o de dañar su incolumidad genética, de modificarla arbitrariamente o incluso de destruir las condiciones que permiten una vida superior sobre la tierra” [18, p. 33]: de aquí surge la pregunta sobre la necesidad de la existencia misma de la humanidad, y, con ella, de la vida en general.

Si de esto se trata cuando se habla de pecado –en sentido filosófico y en el contexto del nuevo poder adquirido por el ser humano– es necesario también reconstruir el surgimiento de la conciencia de tal pecado, desde el momento que ésa no se manifiesta de manera

unívoca en los últimos años de enormes desarrollos tecnológicos. Los textos de Potter son, de hecho, sólo el síntoma de una conciencia latente de la humanidad del último siglo: como oncólogo que era, él ha en efecto reconocido un sentimiento que el hombre tecnológico se estaba echando encima. La imagen del hombre como “cáncer del planeta” es, por tanto, la síntesis de una historia que recorre la segunda mitad del siglo XX, desde el fin de la Segunda Guerra Mundial (recordemos el discurso de Oppenheimer al MIT–1947) a la publicación del *Global Bioethics*, en 1988. En este espacio de potenciamientos tecnológicos y de reflexiones esbozadas, de alternancia entre creación de problemas y búsqueda de soluciones; emergen los primeros pensamientos hacia una ética ampliada (“*Land Ethic*”) de Aldo Leopold (1949) [20], las admoniciones de Rachel Carson con *Silent Spring* (1962)⁶ [21], los textos de Potter de 1970 y 1971, el Club de Roma con las primeras declaraciones sobre la sostenibilidad (1972) [22, p. 678], el manifiesto de la ecología profunda por obra de Arne Næss [23] y la publicación de la *Hipótesis Gaia* (1967-1974), por obra de James Lovelock y Lynn Margulis [24-26], sólo por citar algunos eventos importantes. El hilo rojo que los une es, junto a la conciencia del pecado descrita en precedencia, la necesidad de una consiguiente redención, que en la bioética y en la ética ambiental ha tomado el nombre de la “exigencia de la supervivencia”.

2. La ciencia de la supervivencia

El primer texto de Potter a propósito de la cuestión bioética caracteriza tal disciplina como “la ciencia de la supervivencia” [27], o sea como la respuesta más eficaz a la crisis ecológica generada por los desarrollos tecnológicos. Dos cuestiones están evidentemente implicadas en la definición dada por Potter –complementarias a la otra definición de bioética, quizá más famosa: “puente hacia el futuro”– o sea la identidad misma de la bioética (“ciencia”) y el fin al

cual esa mira (“la supervivencia”). Por razones de economía del texto preferimos concentrar nuestros esfuerzos sobre la segunda parte de la definición: ¿qué significa “supervivencia”? En *Global Bioethics* Potter especifica: «La idea de la supervivencia no es un concepto filosófico inventado por los eticistas modernos. El puente entre el conocimiento del “ser” y la sabiduría del “deber” es el programa integrado en cualquier entidad biológica, que la hace luchar más allá de la generación existente. El mecanismo de la supervivencia está basado sobre la habilidad de una especie de adaptarse a su ambiente» [2, p. 5]. Por cuanto escribe Potter, por tanto, la cuestión de la supervivencia encuentra su sede más adecuada precisamente en el espacio entre el ser y el deber, entre el “aquello que es” y “aquello que ha de hacerse”. En este sentido, la supervivencia no se caracteriza ya solamente como un instinto primordial que define a todo ser viviente –quedando por tanto fuera de cualquier connotación/consideración ética– sino como un preciso deber que acompaña una nueva forma de conocimiento: «Un *instinto* para la supervivencia no es suficiente. Debemos desarrollar la ciencia de la supervivencia, y esa debe iniciar con un nuevo tipo de ética – la bioética» [1, p. 42]. Cuando habla de supervivencia, por tanto, Potter está afirmando algo más profundo de la simple “permanencia del ser”: ¿a cuál tipo de supervivencia se está refiriendo? El mismo Potter aclara que existen al menos cinco significados distintos de supervivencia (“mera supervivencia”, “supervivencia miserable”, “supervivencia idealista”, “supervivencia irresponsable” y “supervivencia aceptable”) [2, pp. 43-52]⁷ entre los cuales ha de preferirse el último: una supervivencia aceptable es un tipo de vida sostenible, tanto a nivel de población cuanto de uso de los recursos. Se apela, una vez más, a hacer un uso responsable y adecuado de los medios a nuestra disposición, que sepa incorporar una ética de la tierra (Leopold) [2, p. 52], caracterizada como una consideración ampliada de nuestro ambiente.

Al interior de dicho trasfondo conceptual se inserta la reflexión sobre la tecnología. La bioética de Potter no corre el riesgo de ser

catalogada apresuradamente como anti-tecnológica, como sucedido a muchos pensadores en el ámbito de la ecología [16, pp. 203-204], en cuanto parte justamente de una reflexión realista sobre el contexto de vida contemporáneo, necesariamente en un diálogo con los últimos productos del desarrollo tecnológico. En este sentido, la bioética de Potter para hacer proficuamente memoria de la famosa lección de Hölderlin, ya considerada por otros pensadores contemporáneos: “Ahí donde existe el peligro, crece también aquello que salva” [28, p. 22]. En el prefacio de la edición italiana de *Bioetica*, Potter recuerda que la misma tecnología podría, quizá, “albergar la solución al problema creado del hombre”,⁸ revelándose la fuente de una nueva riqueza inesperada: “Se puntualizaría que, mientras la tecnología ha sido utilizada para explotar los recursos naturales y alimentar un consumismo materialista, la tecnología y la ciencia juntas pueden contribuir válidamente a la supervivencia. El ingrediente necesario es la bioética, una moralidad por desgracia ausente en 1971, y aun dolorosamente necesaria en los años 90” [1, p. 29].

Una búsqueda de la supervivencia ajena a la situación contemporánea, por tanto. La solución potteriana a la crisis ecológica —porque aquí efectivamente tienen origen las preocupaciones del oncólogo— no se configura como un retorno a un tiempo mítico y a-histórico de contacto primordial hombre/naturaleza, una especie de Época de Oro precedente a una caída, sino como una toma de conciencia de las posibilidades humanas: ¿cómo el hombre puede utilizar sus propios conocimientos —y sus propios medios— para alcanzar su propio fin? La “solución” de Potter reside de hecho en la sabiduría. El puente buscado por el oncólogo se construye sobre el “conocimiento de cómo usar el conocimiento para el bien social” [2, p. 3], o sea sobre una nueva concientización, dictada por los límites y por las potencialidades humanas actuales: “La bioética, según mi parecer, intentaría generar sabiduría, el conocimiento de cómo usar el saber para el bien social, partiendo de una erudi-

ción realista de la naturaleza biológica del hombre y del mundo biológico” [1, p. 63].

La pregunta que surge inmediatamente, a la luz de la precedente afirmación es la siguiente: ¿por qué motivo sentimos la necesidad de un buen uso de tal conocimiento, si la sabiduría es en sí éticamente neutra? El mismo Potter responde con el concepto de “conocimiento peligroso”: «Cuando hablamos de conocimiento peligroso, debemos admitir que el conocimiento en sí mismo no puede ser totalmente bueno o malo. Lo que ha dado fe en el concepto de conocimiento peligroso es que el conocimiento es poder, y una vez que el conocimiento está disponible, será usado para el poder toda vez que sea posible. Una vez ganado, el conocimiento no puede nunca ser abandonado y caerle polvo en una biblioteca o ser en-cerrado con éxito en una cripta. Nadie se preocupa del conocimiento que no es usado. Son los usos que del conocimiento se hacen, que lo hacen peligroso o inútil». Y también: «Una vez que hemos tomado la decisión de abrir la caja de pandora del conocimiento, no podemos volver a poner dentro el contenido, y la humanidad debe seguir buscando para siempre la sabiduría que es necesaria para afrontar la avalancha de un nuevo conocimiento que está sobre nosotros» [1, p. 106].

Los años setenta del siglo pasado han insistido varias veces en el miedo –y en el tema del peligro– como origen y causa de un nuevo conocimiento. Potter, de hecho, con la famosa imagen del hombre como cáncer, Jonas con la nota eurística del miedo, y Næss con la denuncia de un acercamiento superficial a la naturaleza, fuertemente orientado a una instrumentalización de la misma; han trazado las principales líneas de desarrollo de la bioética y de la ecología en los años venideros. El miedo, sin embargo, no es, en los autores citados, la respuesta definitiva al problema de la crisis –una crisis ecológica que es, al mismo tiempo, existencial [29, pp. 15-21]– al contario de cuanto las tendencias catastrofísticas contemporáneas intentan hacernos creer [30-31]:⁹ se trata de un motor para la investigación de nuevas soluciones. El miedo, en este sentido, no es

nunca freno, o sea, no genera una parálisis, sino, al contrario, es principio de movimiento y de acción: «Sabemos qué cosa está en juego sólo si sabemos qué está en juego. De hecho es natural que la percepción del *malum* nos resulte infinitamente más fácil del conocimiento del *bonum*; ése es más inmediato, más plausible, mucho menos expuesto a divergencias de opiniones y sobre todo no intencional» [17, p. 35]. El miedo –o para ser más precisos– una toma de conciencia del miedo puede ser un motivo para generar nuevas formas de conocimiento y de sabiduría. Y es precisamente éste uno de los puntos de encuentro entre la especulación filosófica de Arne Næss y la de Van Rensselaer Potter.

3. Bio-ética y eco-sofía: la sabiduría como raíz común

La conciencia de una “peligrosidad del conocimiento” genera, por tanto, la necesidad de reconsiderar el acercamiento a tal conocimiento la necesidad, precisamente, de un “saber de cómo usar el conocimiento”. Antes de analizar, sin embargo, las características de esta nueva forma de conocimiento, es necesario comprender el motivo por el cual a nivel teórico haya nacido el así llamado «conocimiento peligroso». Potter mismo reconoce –como ya los filósofos del siglo XX que lo han precedido¹⁰– una especie de disociación peligrosa entre las “ciencias humanas” (las ciencias que ponían como tema la cuestión del “valor”) y las así llamadas “ciencias duras o experimentales” (las ciencias que tenían que ver con “hechos biológicos”), y por esto recuerda la necesidad de construir un puente entre las dos áreas del saber. Tal disociación encuentra probablemente su expresión más conocida a través de la obra de Charles Percy Snow, *The two cultures*, la cual pone justamente como tema un «grave motivo de crisis de nuestra civilización», que está dado por la «fractura que se exagera cada día, y amenaza transformarse en un verdadero muro de incomprensión, más profundo y nefasto de toda otra subdivisión»¹¹ [35, prefacio].

La respuesta de Potter a la amenaza cognocitiva está constituida, por tanto, por un nuevo conocimiento, o, para ser más precisos, por una nueva manera de usar el conocimiento, o sea de un conocimiento práctico. Emerge aquí la pregunta acerca de la naturaleza de tal “instrumento” de la razón: ¿se trata de la sabiduría? ¿O del conocimiento? ¿Hacia qué dimensión humana nos están llevando los padres de la bioética y de la ecología profunda? La pregunta no es ociosa, desde el momento en que está en juego justamente la supervivencia del ser humano y del planeta, que para nuestros dos autores está directamente unida a una cierta manera de entender el conocimiento y la acción humana. No es sorprendente, por tanto, siendo estos dos los factores en juego (conocimiento y acción), que el punto de encuentro sea la prudencia (o sabiduría humana):¹² La prudencia ha constituido el engranaje tradicional entre el conocimiento y la acción [38, p. 53].

Se impondría así el pensamiento que cuando Potter habla de la sabiduría como panacea para el conocimiento peligroso se esté refiriendo a la exigencia de un conocimiento práctico, una *phronesis* con connotados aristotélicos, pero no es así: «Aristóteles formula una distinción entre sabiduría teórica y sabiduría práctica. La sabiduría práctica, dice él, se refiere a los intereses personales: la sabiduría teórica combina el conocimiento científico con la razón intuitiva sobre «cosas que son las más altas por naturaleza». Si nosotros podemos equiparar su sabiduría filosófica con un apropiado equilibrio entre el mejor bien para la sociedad actual y futura, está claro que la sabiduría a la cual hago referencia es cercana a la sabiduría teórica de Aristóteles» [1, p. 102].

La interpretación de Potter de la diferencia aristotélica entre *phronesis* y *sophia* deja por lo menos algunas dudas, contra todo tentativo de justificar el intento del oncólogo¹³: él utiliza categorías filosóficas con la agilidad propia de quien no es filósofo, perdiendo a veces la “gravedad” de las distinciones. El punto importante, aquí es, sin embargo, buscar comprender a cuál realidad Potter se esté refiriendo, y nos parece que aquello sea deducible sólo a la luz

del fin que motiva al padre de la bioética: buscar instrumentos que permitan superar la crisis que bloquea al científico contemporáneo (y que daña, al final, las generaciones futuras). Tal instrumento es, a los ojos de Potter, una vía de acción, generada por una nueva forma de conocimiento: “el conocimiento de cómo usar el conocimiento”. Reconociendo, por tanto, que la acción lleva consigo siempre una conciencia (la *praxis* no es totalmente ajena a la *theoresis*), que brota de una reflexión sobre la experiencia (hechos y valores) y que sea capaz de prever, antes que nada, las consecuencias y los efectos de nuestro actuar [40, p. 54]. Eso es también justificado por el hecho de que el mismo Potter distingue entre el «conocimiento del “ser” y la sabiduría del “deber”» [2, p. 5] y de un necesario pasaje entre los dos ámbitos: «Comprender el “ser” del ambiente natural conduce a juicios de valor sobre el “debe” de la especie humana, o sea, a una bioética ecológica. Como humanos interesados, “debemos” considerar el “ser” de la capacidad de carga de la tierra y cómo ésta se pueda mejorar y preservar» [2, p. 59]. En este sentido, la exigencia expresada por Potter podría ser reformulada con las palabras que justamente describen la virtud de la sabiduría: «La razón que se perfecciona en el conocimiento de la verdad debe hacerse en forma y regla íntima de los deseos» [41, p. 107].

Del mismo modo, al entrecruce entre *praxis* y *teoresis*, parece surgir también la filosofía de la ecología,¹⁴ así como es expresada por Arne Næss: «Con el término ecosofía entiendo una filosofía de la armonía o del equilibrio ecológico. Una filosofía entendida como una forma de Sofía, de sabiduría, es declaradamente normativa y contiene tanto normas, reglas, postulados, aserciones de prioridad valorial; como hipótesis referentes al estado de cosas de nuestro universo»¹⁵ [23, p. 99]. La idea contenida en la definición de Næss expresa la necesidad de una circularidad entre la *praxis* y la teoría, desde el momento en que una actividad sin un conocimiento previo es por lo menos insensata, así como una teoría sin acción es estéril e ineficaz: «La ecosofía se refiere, por

tanto, a la sabiduría en relación con el fundamento de la vida sobre la tierra. La ecología en cuanto ciencia no dice aquello que haremos, debemos o deberemos hacer. Por tanto la ecosofía no tiene un fundamento exclusivamente ecológico. La ecología define hipótesis demostrables sobre aquello que sucede realmente a la riqueza y a la diversidad de la vida en nuestro maravilloso planeta. Pero aquello no implica la conservación. Desde un punto de vista meramente científico, es bastante interesante observar nuevos cambios particulares causados por las gigantestas empresas humanas. Lo que hoy es necesario, en primer lugar, no es tanto recoger ulteriores datos acerca de los efectos de las actividades humanas sobre el cambio climático, por ejemplo, sino tomar más seriamente el dicho “mejor prevenir que lamentar”. [...] Aquello de lo que tenemos necesidad es de un acercamiento más intenso a la comprensión y a la sabiduría. Dicho esto, estamos en capacidad de actuar con decisión, y esto es aquello de lo cual tenemos necesidad –no hay excusas para postergar [42, pp. 100-101]. A los ojos de Næss, por tanto, la filosofía no puede no ser práctica, o, para ser más precisos: una visión del mundo que no encuentre una adecuada encarnación en las actividades humanas– o sea una “filosofía de la vida”, como la llama el mismo filósofo noruego pierde algo de su misma razón de ser filosofía. En este sentido, «la filosofía es la búsqueda de la sabiduría, la integración de reflexión y acción, y no es una simple búsqueda de conocimientos» [43, p. 217].

El mismo Næss parece caer en el error ya realizado por Potter acerca de la dificultad de distinguir la dimensión práctica de la sabiduría de la teórica (prudencia, y sabiduría); sin embargo, fuera de toda interpretación rigorista de los términos (si bien necesaria), nos parece posible reconocer que ambos autores captan la necesidad de un retorno a una sabiduría práctica como dimensión para sanar la herida interna a la ciencia y a la ética –y, todavía más, de los científicos y de los eticistas. La fractura que Potter y Næss procuran sanar, de hecho, no es propia solamente de las ciencias en cuanto producto de “quien hace la ciencia”, sino de los (en los)

científicos mismos: las convicciones de una época reflejan las percepciones de las personas que han constituido aquella misma época. Por este motivo, la propuesta que emerge de los dos autores no es tanto una propuesta de tipo “científico” o únicamente “cognitivo”, cuanto más bien “valorial”: se trata de volver a crear actitudes y disposiciones en los actores implicados en la crisis ecológica. Por otra parte, el dominio de los actores cubre— con diferencias de grado y responsabilidad, naturalmente en línea potencial a la humanidad entera: en cuanto los seres humanos tenemos todos la capacidad de adaptar el ambiente a nuestras necesidades y deseos, y somos por tanto capaces de deteriorar (o de hacer reflorar) el planeta.

Es en el trasfondo de tal marco teórico que es posible comprender la exhortación de Næss, que lleva a cumplimiento la idea potteriana de un puente (interno a la ciencia y a los científicos): debemos trabajar sobre las inclinaciones y sobre las actitudes humanas, que son el fruto de un cierto tipo de conocimiento de la realidad (recordemos la idea de la sabiduría práctica). Escribe así: «El punto es que en las cuestiones ambientales deberemos quizá intentar, en primera instancia, influenciar a la gente en la dirección de las bellas acciones. Trabajar sobre sus inclinaciones, más que sobre la moralidad. Desafortunadamente, la moralización misma al interno del ambientalismo ha dado al público la falsa impresión de que les pedimos, en primer lugar, sacrificarse, de mostrar mayor responsabilidad, más interés, moralidad mejor. Por como la veo, tenemos necesidad de la inmensa variedad de recursos de gozo, aflorados mediante una crecida sensibilidad hacia la riqueza y la diversidad de la vida y de los paisajes de la naturaleza selvática. Todos podemos contribuir a ello individualmente, pero es también una cuestión de políticas, locales y globales. Parte del gozo se origina por la conciencia de nuestra relación íntima a algo más grande que nuestro ego, algo que ha perdurado millones de años y es merecedor de una vida prolongada por millones de años» [44, p. 118]. El filósofo noruego se está refiriendo, por tanto, a un primado de la virtud so-

bre el valor¹⁶, de acuerdo con una filosofía que esté orientada tanto a la generación de una visión del mundo cuanto a comportamientos mayormente conscientes y profundos, de acuerdo con esta visión.

Concordes sobre esta necesidad de generar formas prácticas de vida y de conocimiento, los dos autores disienten, sin embargo, sobre cuál tipo de conocimiento sea necesario para desarrollar estas mismas formas de vida, desde el momento en que el noruego duda sobre el hecho de que la misma “ciencia dura” pueda ofrecer criterios para un nuevo conocimiento, siendo esa estructuralmente reductiva [16, pp. 25-33]; por otra parte, Potter se imagina en cambio un nuevo conocimiento que nazca de la profundización del conocimiento, fruto de un diálogo fecundo entre dos áreas disciplinares irremediabilmente separadas (las ciencias duras y las ciencias humanas), pero que, en buena sustancia, permanece siempre un conocimiento científico en sentido estricto. La génesis del conocimiento es por tanto, para Potter, científica; en un segundo momento, se podrá debatir sobre aquel conocimiento, también a nivel de valores (“cómo usar el conocimiento”): pero la biología permanece, a nivel epistemológico, siempre biología.¹⁷ Comenta de hecho Gensabella Furnari: «Del aumento y de la profundización del conocimiento científico, que debería permitirnos ver las cosas así como son, puede, según Potter, partir la misma sabiduría que nos indica cómo actuar, cómo modificar nuestro comportamiento si queremos continuar, adaptándonos al ambiente; viviendo» [39, 13-14]. Para Næss es el acercamiento mismo el que cambia: insatisfechos por la explicación del mundo ofrecida por la ciencia, debemos llegar a una comprensión más profunda –que incluya nuevas fuentes de conocimiento– de nuestra experiencia, irreducible al mero dato de hecho [46, p. 65].

Esto no quita que ambos padres de las dos disciplinas –y con ellos las disciplinas mismas– descubran un punto de encuentro, entre los muchos que se han mostrado, en la búsqueda de una sabiduría práctica como forma de supervivencia a la crisis actual. Si la

bioética nace en el seno de la ecología [47, pp. 394-396], como subraya Potter; por otra parte, la ecología, como ciencia de las relaciones entre el hombre y el ambiente, nace con Haeckel en el surco de la filosofía [48]. Es aquí que la exigencia de sabiduría encuentra su cumplimiento más adecuado. Y es a este significado al que la bioética debe volver a aspirar, si no quiere traicionar sus orígenes y su alcance global, como es deseado por Potter.

Bibliografía

- ¹ POTTER V.R. *Bioetica. Ponte verso il futuro*. Messina: Sicania; 2000.
- ² POTTER V.R. *Global Bioethics. Building on the Leopold Legacy*. East Lansing: Michigan State University Press; 1988.
- ³ REICH W. *The Word "Bioethics": The Struggle Over Its Earliest Meanings*. Kennedy Institute of Ethics Journal 1995; 5 (1): 19-34.
- ⁴ JAHR F. *Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze*. Kosmos. Handweiser für Naturfreunde 1927; 24 (1): 2-4.
- ⁵ SASS H.M. *Fritz Jahr's 1927 Concept of Bioethics*. Kennedy Institute of Ethics Journal 2007; 17 (4): 279-295.
- ⁶ SASS H.M. *Asian and European Roots of Bioethics: Fritz Jahr's 1927 Definition and Vision of Bioethics*. Asian Bioethics Review 2009; 1 (3): 185-197.
- ⁷ SASS H.M. *El pensamiento bioético de Fritz Jahr 1927-1934*. Aesthethika. Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte 2011; 6 (2): 20-33.
- ⁸ LOLAS STEPKE F. *Bioethics and animal research. A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr*. Biological Research 2008; 41: 119-123.
- ⁹ LIMA N.S., Y FARIÑA J.J.M. *Fritz Jahr y el Zeitgeist de la bioética*. Aesthethika. Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte 2009; 5 (1): 4-11.
- ¹⁰ LIMA N.S., CAMBRA BADI I. *La bioética según Fritz Jahr: Idea y cosmovisión*. Referencias contextuales y narrativas del surgimiento del concepto. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2013.
- ¹¹ PESSINI L. *En la cuna de la Bioética: el encuentro de un credo con un imperativo y un principio*. Revista Colombiana de Bioética 2013; 8 (1): 8-31.
- ¹² SGRECCIA E. *Manuale di Bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica*. Milano: Vita e Pensiero; 2007.
- ¹³ PESSINA A. *Bioetica. L'uomo sperimentale*. Milano: Mondadori; 2000.
- ¹⁴ REICH W. *La bioetica negli Stati Uniti*. en: VIAFORA C. (curador). *Vent'anni di Bioetica*. Padova-Roma: Libreria Gregoriana Editrice; 1990: 129-175.
- ¹⁵ VALERA L. *Un nuovo cancro per il pianeta? Natura ed essere umano nell'etica ambientale contemporanea*. Teoria. Rivista di filosofia 2014; 2: 175-192.

- ¹⁶ VALERA L. (curador). ARNE NÆSS. *Introduzione all'ecologia*. Pisa: Ets; 2015.
- ¹⁷ JONAS H. *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*. Torino: Einaudi; 2007.
- ¹⁸ JONAS H. *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*. Torino: Einaudi; 1997.
- ¹⁹ FABRIS A. *Etica delle nuove tecnologie*. Brescia: La Scuola; 2012.
- ²⁰ LEOPOLD A. *A Sand Country Almanac and Sketches Here and There*. New York: Oxford University Press; 1949.
- ²¹ CARSON R. *Primavera silenziosa*. Milano: Feltrinelli; 1999.
- ²² VALERA L., Y MARCOS A. *Desarrollo humano sostenible: una visión aristotélica*. Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política 2014; 51: 671-690.
- ²³ NÆSS A. *The shallow and the deep, long range ecology movement. A summary*. Inquiry. An Interdisciplinary Journal of Philosophy 1973; 16 (1-4): 95-100.
- ²⁴ LOVELOCK J.E. *Gaia as seen through the atmosphere*. Atmospheric Environment 1967; 6 (8): 579-580.
- ²⁵ LOVELOCK J.E., MARGULIS L. *Biological Modulation of the Earth's Atmosphere*. Icarus 1974; 21: 471-489.
- ²⁶ LOVELOCK J.E., Y MARGULIS L. *Atmospheric homeostasis by and for the biosphere: the gaia hypothesis*. Tellus 1974; 26 (1-2): 2-10.
- ²⁷ POTTER V.R. *Bioethics, the Science of Survival*. Perspectives in Biology and Medicine 1970; 14 (1): 127-153.
- ²⁸ HEIDEGGER M. *La questione della tecnica*. en: HEIDEGGER M. *Saggi e discorsi*. Milano: Mursia; 1976.
- ²⁹ VALERA L. *Ecologia umana. Le sfide etiche del rapporto uomo/ambiente*. Roma: Aracne; 2013.
- ³⁰ CASCIOLI R., Y GASPARI A. *2012: Catastrofismo e fine dei tempi*. Milano: Piemme; 2010.
- ³¹ LARCHER L. *Il volto oscuro dell'ecologia. Che cosa nasconde la più grande ideologia del XXI secolo?*. Torino: Lindau; 2009.
- ³² NÆSS A. *The Arrogance of Antihumanism?* Ecophilosophy 1984; 6: 8-9.
- ³³ HUSSERL E. *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Milano: Il Saggiatore; 2008.
- ³⁴ HEIDEGGER M. *L'abbandono*. Genova: il Melangolo; 1998.
- ³⁵ GEYMONAT L. *Prefazione*. en: SNOW CP. *Le due culture*. Milano: Feltrinelli; 1964.
- ³⁶ BONTADINI G. *Appunti di filosofia*. Milano: Vita e Pensiero; 1996.
- ³⁷ BRACCI S.L. *Bioethics: A "New" Prudence for an emerging Paradigm?* Argumentation and Advocacy 2002; 38 (3): 151-168.
- ³⁸ MARCOS A. *Principio de precaución: un enfoque (neo)aristotélico*. en: GONDEK P. (ed.). *Man, Culture, Security*. Lublin (Polonia): Fundacja Szkoła Filozofii Chrześcijańskiej; 2014.
- ³⁹ M. GENSABELLA FURNARI. *Lo scienziato e la domanda di saggezza*. en: POTTER V.R. *Bioetica. Ponte verso il futuro*. Messina: Sicania; 2000.
- ⁴⁰ MARCOS A. *Postmodern Aristotle*. Newcastle Upon Tyne: Cambridge Scholar Publishing; 2012.

- ⁴¹ VENDEMIATI A. *In prima persona. Lineamenti di etica generale*. Roma: Urbaniana University Press; 2008.
- ⁴² NÆSS A., Y HAUKELAND P.I. *Life's Philosophy. Reason and Feeling in a Deeper World*. Athens: University of Georgia Press; 2002.
- ⁴³ NÆSS A. *Consequences of an Absolute No to Nuclear War* en: GLASSER H., y DRENGSON A. (eds.). *The Selected Works of Arne Næss*. Dordrecht: Springer; 2005: v. IX, 217-233.
- ⁴⁴ NÆSS A. *Auto-realizzazione: un approccio ecologico all'essere nel mondo* en: VALERA L. (curador). ARNE NÆSS. *Introduzione all'ecologia*. Pisa: Ets; 2015: 105-121.
- ⁴⁵ PASCUAL F. *Alcune riflessioni sulla "bioetica" di Potter*. Alpha Omega 2002; v (2): 309-336.
- ⁴⁶ NÆSS A. *Il mondo dei contenuti concreti* en: VALERA L. (curador). ARNE NÆSS. *Introduzione all'ecologia*. Pisa: Ets; 2015: 55-67.
- ⁴⁷ BELLVER CAPELLA V. *La incidencia del paradigma ecológico en la bioética*. Cuadernos de Bioética 1995; 24 (4): 391-398.
- ⁴⁸ VALERA L. *Ecologia ed ecologie*. Medicina nei secoli 2010; 23 (3): 1015-1044.

Referencias bibliográficas

- ¹ Así se define el mismo Potter en el libro que mejor que cualquier otro escrito lo representa.
- ² También Warren Reich subraya la necesidad de distinguir la bioética de Potter de la idea de bioética desarrollada por la Georgetown University, y esencialmente asimilable por la ética médica [3].
- ³ Existen ya diversos estudios que tratan el pensamiento del pastor protestante; entre ellos queremos recordar, en particular, los estudios de Sass, que han traído a la luz sus escritos [5-11].
- ⁴ Con esta imagen entendemos referirnos, naturalmente, al famoso discurso dictado en el MIT en 1947 por el padre del Proyecto Manhattan, Robert Oppenheimer: «Los físicos han conocido el pecado, y es un conocimiento que quedará en ellos para siempre» [13, p. 5].
- ⁵ Sobre el tema de la distinción entre técnica y tecnología, se vea, en particular A. Fabris, *Etica delle nuove tecnologie* [19, pp. 11-15].
- ⁶ Entre otras cosas interesantes del texto, nos parece relevante la dedicatoria a Albert Schweitzer, del cual se refiere la frase: «El hombre ha perdido la capacidad de prevenir y prever. Terminará por destruir la Tierra» [21, p. 19].
- ⁷ En este sentido, la categoría de supervivencia evocada por Potter resistiría a las críticas de quien sostiene que ésa se presenta sólo como un hecho y no como un valor, al interior del trasfondo teórico evolucionista [13, p. 6].
- ⁸ Estamos aquí interpretando libremente la famosa afirmación herdeggeriana: «Es necesario [...] que precisamente la esencia de la técnica albergue en sí el crecimiento de aquello que salva» [28, p. 22].

⁹ Es interesante también un artículo del padre de la ecología profunda, Arne Næss, en el cual se subraya la nocividad de una visión "catastrófica" para el desarrollo de una conciencia ecológica [32].

¹⁰ Recordemos aquí, sin aún poder profundizar el tema, la crítica a un cierto modelo de ciencia por parte de Husserle [33]. Y, por otra parte, en necesario mencionar también la famosa distinción "crítica" entre pensamiento calculante y pensamiento meditante de Heidegger [34].

¹¹ Una bella crítica a la idea (en verdad más evocativa que explicativa) de Snow está presente en un texto de Bontadini, al cual referimos [36, pp. 285-290].

¹² Una buena reconstrucción de la eficacia del concepto de prudencia en la bioética actual, de acuerdo con algunas intuiciones de Potter, *oni di Potter*, è presente in SL. Bracci [37].

¹³ Nos referimos aquí, en particular, al ensayo introductivo de Gensabella Furnari a la traducción italiana del texto *Bioética*. Aquí describe, comentando y rescatando el "desliz" de Potter: «Tales contradicciones encuentran su justificación, que no es, o por lo menos no sólo, el acercamiento desde el exterior de un científico a un texto filosófico: una justificación que puede ser encontrada al interior de la misma fundación epistemológica que Potter intenta de a nueva ciencia, como ciencia de una "sabiduría biológica". La decisión por la sabiduría filosófica, aquella *sophia* que para Aristóteles "puede decirse el conjunto de intelecto y ciencia" y que "estando al frente de las ciencias, será la ciencia de las cosas más ilustres", es actuada a partir de una confusión, que es quizá una querida reducción, del modo en el cual entender las "cosas más ilustres". Si para Aristóteles se trata de las realidades metafísicas, para Potter se trata de aquel *bios* del cual, como científico, piensa encontrar sus leyes. [...] El *bios* reunifica las dos esferas, teórica y práctica, de la sabiduría, siendo juntas la realidad última por conocer y la realidad que debemos, en virtud de tal conocimiento, conservar» [39].

¹⁴ Usamos aquí una noción de filosofía de la ecología más amplia de aquella de ética ambiental: la primera encierra a la segunda. Si bien Næss no utilizase frecuentemente tal distinción, nos parece oportuno recordar la relación entre las dos, ahí donde la segunda se ocuparía exclusivamente de normar y de reflexionar sobre la praxis humana en relación con el ambiente.

¹⁵ Sobre el significado del término "ecosofía" se vea L. Valera, y Arne Næss. *Introduzione all'ecologia* [16, pp. 7-38].

¹⁶ Para una reflexión sobre la preeminencia de una ética de las virtudes sobre una ética de los valores en ámbito ecológico, se vea: L. Valera, *Ecologia umana* [29, pp. 235-247].

¹⁷ Una crítica a la posibilidad de construir, en este sentido, una ética a partir de un mero conocimiento biológico, se encuentra en [45, pp. 333-336].

The bioethics of Potter: A search for wisdom in the origins of bioethics and environmental ethics

Luca Valera

Abstract

Bioethics and environmental ethics share deep common roots. In this paper we will attempt to demonstrate this statement, inspired by both the work of the father of bioethics, Van Rensselaer Potter, and the father of environmental ethics, Arne Næss. The two disciplines even share a common history, since they constitute the most interesting philosophical answer to the problems originated by the recent technological developments. The need for a science of survival (Potter), which can finally guide the new human actions and the knowledge that goes along with them, must be, from Potter's (and also Næss') perspective, always accompanied by the development of the virtues of wisdom and prudence.

Keywords: Van Rensselaer Potter, Arne Næss, environmental ethics, ecosophy, wisdom.

Facultad de Filosofía y Centro de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Región Metropolitana, Chile

Correspondence: Luca Valera, Facultad de Filosofía y Centro de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Región Metropolitana, Chile, email: luvalera@uc.cl

Original title: La bioética di Potter: la ricerca della saggezza all'origine della bioetica e dell'etica ambientale. Publicado en la Revista *Medicina e Morale* 2016/6, páginas 719-731. Translation was not reviewed by the author.

1. A necessary historic introduction: the birth of bioethics and of environmental ethics

It is no coincidence that the “father of bioethics”, Van Rensselaer Potter, in the opening pages of the book that has enshrined him as the founder of this discipline, speaks of the environment. The thesis that we try to maintain in this paper, which perhaps is not original but necessary to recover in order to rediscover the roots of bioethics and the end that has propelled the famous “cancer specialist”¹ [1, p. 41] to the creation of a new discipline oriented to the future of the human species (and the entire ecosystem), is that bioethics and environmental ethics (as a branch of the philosophy of the environment) arise with the same intention and share the same motivations. Too often, in academic environments –and not only within them– there is a tendency to identify bioethics with medical ethics, forgetting the original idea of Potter expressed by the term “global bioethics”² [2], that is of a discipline that has to do with the relationship of the human being with himself, and, at the same time, with the ecosystem.

If this was Potter’s idea, expressed so clearly both in the beginning of *Bioethics. Bridge to the Future*, as well as in *Global Bioethics*, the union between bioethics and the environment, between a concern for the human being and a concern for the environment, seems quite evident. The points of contact at the conceptual level between the two will be addressed later in the text; for now it seems necessary to try to draw a brief history of the birth of bioethics and environmental ethics, in order to show that even at a historical level –as well as Etiological– there is continuity between the two disciplines.

Although it is true that Van Rensselaer Potter is commonly acknowledged as the father of bioethics, it is also well known that the term was not coined by him: the first appearance of the term “*bio-ethik*” dates back to 1927, and was signed by the Protestant pastor Fritz Jahr³ [4]. On that occasion Jahr lays the foundation for a fer-

tile relationship between bioethics and environmental ethics, recalling that bioethics precisely invites the «acceptance of moral commitments, not only towards man, but towards every living being. Speaking of bioethics we do not speak, objectively, of a current discovery. As an interesting example of the past we can precisely cite the figure of Saint Francis of Assisi (1182-1226), who experienced a great love for animals and a profound respect for all living beings, anticipating by a few centuries the passion of Rousseau for nature». He continues: «Our self-education has made much progress, but we must continue on this line, so as to adopt as a bioethical model for our behavior the following principle: Consider every living being as an end in itself and, if possible, treat it as such!» [4].

An interest in the human relationship with other living beings seems therefore already present both at the dawn of bioethics and environmental ethics. In fact, in the aforementioned *Global Bioethics*, Potter himself mentions Aldo Leopold, Rachel Carson, Lewis Mumford, Eugene P. Odum, Garrett Hardin, Paul Ehrlich, Barry Commoner, Lester R. Brown, Richard Falk, Paul Shepard and Arne Næss as pioneers of “environmental” bioethics [2, p. XIV]; that is to say, thinkers who can be assigned to the field of environmental studies, rather than to human health. Why, therefore, has bioethics, as a discipline, abandoned that initial impulse to assimilate quickly to medical ethics? Certainly the birth of some important centers of American bioethics [12, pp. 6-13; 13, p. 12] has tended to favor this trend, which was also a response to the demand to safeguard human dignity in the face of some undesirable situations, fruit of the rapid development of medicine and related technologies [14].

If, however, we wished to return to the origins of bioethics, beyond its historical evolutions, and presetting the objective of grasping only its conceptual depth, we should recognize that the privileged objective of bioethics is not so much the *bios* as characteristic of that which is human, but the *bios* as characteristic of any living

system. It is only in the light of this emphasis that it becomes possible to grasp the powerful Potterian analogy opened by the second chapter of *Global Bioethics*: “The Earth as an organism.” The idea that man is the «cancer of the planet» [1, p. 41; 2, pp. 31-35; 15], is the fruit of this analogy, which has its roots in the ideas of James Lovelock and in the *Gaia Hypothesis* [16]. P. 154].

Affinities, however, are not only of the conceptual sort but also historical-etiological: the causes and historical events that prompted the thinkers of the last century to reconsider our relationship with the living being, from the perspectives of environmental ethics and bioethics, are, in fact, the same. Among these we remember: the very rapid technological development, the possibility of radical change in nature (and human nature), the ability to produce actions with a permanent effect in time, the fear that such power has generated, overpopulation of the planet and resource depletion, climate change, and so on. With already-known images and well-known words, the German philosopher Hans Jonas describes this common trajectory for bioethics and environmental ethics: «The submission of nature directed towards human happiness has launched with its disproportionate success, now also encompassing the nature of man himself, the greatest challenge that has ever come to the human being by his own actions. [...] The adventure of technology with its initiatives, risky to the extreme, forces us to take the risk of a reflection pushed to the limit. [...] As for technology, [...] ethics has to do with actions (including not only the individual subject) that have an unequalled causal scope, accompanied by knowledge of the future that, even if incomplete, goes even beyond any other preceding knowledge. To this we must add the scale of long-term consequences and often also their irreversibility» [17. Preface].

Indeed, it seems possible to us to redirect environmental ethics and bioethics to a common origin, or to the “sin”⁴ known to scientists through the abuse of technology, which coincides with the possibility of destruction, both human and of the entire planet. The possibility of the radical modification of nature foresees, in

fact, the equally radical alternative of its destruction, that is, the emergence of the Jonasian “metaphysical problem” [18, pp. 33-36]. That which Jonas calls the “apocalyptic potential of technology”²⁵ –and what we will call the “apocalyptic potential of technology”– consists precisely in the «capacity to jeopardize the survival of the human race or to damage its genetic integrity, to modify it arbitrarily or even to destroy the conditions which permit a higher life on Earth» [18, p. 33]: this raises the question of the necessity of the very existence of humanity, and with it, of life in general.

If this is the question when speaking of sin –in a philosophical sense and in the context of the new power acquired by the human being– it is also necessary to reconstruct the emergence of the consciousness of such a sin, from the moment that it does not manifest itself in an univocal manner during the last years of enormous technological developments. Potter’s texts are, in fact, only the symptom of a latent consciousness of mankind of the last century: as an oncologist that he was, he has indeed recognized a feeling that the technological man was pouring on to himself. The image of man as “cancer of the planet” is therefore the synthesis of a story that runs through the second half of the Twentieth Century, from the end of World War II (remember Oppenheimer’s speech to MIT-1947) to the publication of *Global Bioethics*, in 1988. In this space of technological enhancements and sketched reflections, of alternation between problem-building and finding solutions, the first thoughts towards an extended ethic (“*Land Ethic*”) of Aldo Leopold (1949) [20], the admonitions of Rachel Carson with *Silent Spring* (1962)⁶ [21], the Potter texts of 1970 and 1971, the Club of Rome with the first declarations on sustainability (1972) [22, p. 678], the manifesto of deep ecology by Arne Næss [23] and the publication of the *Gaia Hypothesis* (1967-1974), by James Lovelock and Lynn Margulis [24-26], just to cite some important events. The red thread that unites them is, together with the conscience of sin previously described, the need for a consequent

redemption, which in bioethics and environmental ethics has taken the name of the “requirement of survival.”

2. The science of survival

Potter’s first text on the bioethical question characterizes such discipline as ‘the science of survival’ [27], or as the most effective response to the environmental crisis generated by technological developments. Two issues are clearly implicated in Potter’s definition – complementary to the other, perhaps more famous, definition of bioethics: “bridge to the future”– the very identity of bioethics (“science”) and the end to which it endeavors (“survival”). For reasons of economy of the text we prefer to concentrate our efforts on the second part of the definition: what does “survival” mean? In *Global Bioethics* Potter specifies: «The idea of survival is not a philosophical concept invented by modern ethicists. The bridge between the knowledge of “being” and the wisdom of “duty” is the program integrated into any biological entity, which makes it struggle beyond the existing generation. The mechanism of survival is based on the ability of a species to adapt to its environment» [2, p. 5]. Therefore, as Potter writes, the question of survival finds its proper place precisely in the space between being and duty, between “that which is” and “that which is to be done.” In this sense, survival is not characterized solely as a primordial instinct that defines every living being –thus remaining outside of any ethical connotation/consideration– but as a precise duty that accompanies a new form of knowledge: «An *instinct* for survival is not enough. We must develop the science of survival, and that must begin with a new type of ethics bioethics» [1, p. 42]. Thus, when speaking of survival, Potter is affirming something deeper than the simple “permanence of being”: to what kind of survival is he referring? Potter himself clarifies that there are at least five different meanings of survival (“mere survival”, “miserable survival”, “idealistic survi-

val”, “irresponsible survival” and “acceptable survival”). [2, pp. 43-52],⁷ among which the latter should be preferred. An acceptable survival is a sustainable type of life, both in terms of population and the use of resources. It calls, once again, to make a responsible and adequate use of the means at our disposal, which can incorporate an Ethics of the Earth (Leopold) [2, p. 52], characterized as an extended consideration of our environment.

The reflection on technology is inserted within this conceptual background. Potter’s bioethics does not run the risk of being hastily classified as anti-technological, as has happened to many thinkers in the field of the environment [16, pp. 203-204], due to the fact that it parts from a realistic reflection on the context of contemporary life, necessarily in dialogue with the latest products of technological development. In this sense Potter’s bioethics renders a profuse tribute to Hölderlin’s famous lesson, already considered by other contemporary thinkers: «Wherever there is danger, there is also that which saves» [28, p. 22]. In the preface to the Italian edition of *Bioethics*, Potter recalls that technology itself could perhaps “accommodate the solution to the problem created by man”,⁸ revealing the source of a new unexpected wealth: «It would be pointed out that, while technology has been used to exploit natural resources and fuel materialistic consumerism, technology and science together can validly contribute to survival. The necessary ingredient is bioethics, a morality unfortunately absent in 1971, and still painfully necessary in the 1990s» [1, p. 29].

Therefore, a search for survival that is alien to the contemporary situation. The Potterian solution to the environmental crisis –because the oncologist’s concerns are in fact here– is not configured as a return to a mythical and a-historical time of primordial contact between man and nature, a kind of Golden Age preceding a fall, but as an awareness of human possibilities: how can man use his own knowledge –and his own means– to achieve his own end? Potter’s “solution” resides in fact in wisdom. The bridge sought by the oncologist is built on «the knowledge of how to use

knowledge for the social good» [2, p. 3]; this is, about a new awareness, dictated by current human limits and potential: «Bioethics, in my opinion, would try to generate wisdom, the capacity to know how to use knowledge for the social good based on a realistic erudition of the biological nature of man and the biological world» 1, p. 63].

In the light of the preceding statement, the question that arises immediately is: Why do we feel the need for making good use of such knowledge, if wisdom is in itself ethically neutral? Potter himself responds with the concept of “dangerous knowledge”: «When we speak of dangerous knowledge, we must admit that knowledge itself cannot be wholly good or bad. What has given credence to the concept of dangerous knowledge is that knowledge is power, and once knowledge is available, it will be used for power whenever possible. Once gained, knowledge can never be abandoned and have dust fall upon it in a library or be successfully locked in a crypt. No one cares about knowledge that is not used. It is the uses of knowledge that are made, which make it dangerous or useless». And also: «Once we have made the decision to open Pandora’s box of knowledge, we cannot put contents back into it, and humanity must continue forever seeking the wisdom that is necessary to face the avalanche of new knowledge which is upon us» [1, p. 106].

The nineteen seventies repeatedly insisted on fear –and on the subject of danger– as the source and cause of new knowledge. In fact, Potter with the famous image of man as cancer, Jonas with the heuristic note on fear, and Næss with the denunciation of a superficial approach to nature, strongly oriented to its instrumentalization, have drawn the main lines of the development of bioethics and environmental ethics for the years to come. Fear, however, is not in the cited authors the definitive answer to the problem of crisis –an environmental crisis that is, at the same time, existential [29, pp. 15-21]– contrary to what contemporary catastrophic tendencies try to make us believe [30-31]:⁹ this is an engine for the in-

vestigation of new solutions. Fear, in this sense, is never a brake; that is, it does not generate paralysis, but, on the contrary, it is the starting point of movement and action: «We know what is at stake only if we know that it is at stake. In fact it is natural that the perception of *malum* is infinitely easier for us to achieve than the knowledge of *bonum*; it is more immediate, more plausible, much less exposed to divergence of opinion and above all it is unintentional» [17, p. 35]. Fear –or, to be more precise– an awareness of fear, can be a motive for generating new forms of knowledge and wisdom. And this is precisely one of the points of encounter between the philosophical speculations of Arne Næss and Van Rensselaer Potter.

3. Bioethics and ecosophy: wisdom as a common root

The consciousness of “dangerousness of knowledge” therefore generates the need to reconsider the approach to such knowledge precisely the need for a “knowledge of how to use knowledge”. However, it is necessary to understand the reason why at the theoretical level the so-called “dangerous knowledge” was born before analyzing the characteristics of this new form of knowledge. Potter himself recognizes –as did the twentieth-century philosophers who have preceded him¹⁰– a kind of dangerous dissociation between the «human sciences» (sciences that placed “value” as their subject matter) and the so-called “hard or experimental sciences” (sciences that had to do with “biological facts”), and to this effect he recalls the need to build a bridge between these two areas of knowledge. This dissociation probably finds its best known expression through the work of Charles Percy Snow, *The Two Cultures*, which rightly puts sets as its theme a «serious motive for the crisis of our civilization», which is given by the «fracture that is exacerbated each day, and threatens to become a true wall of incomprehension, deeper and more harmful than any other subdivision»¹¹ [35, preface].

Potter's response to the cognitive threat is either a new knowledge, or, more precisely, a new way of using knowledge, or a practical knowledge. The question arises here about the nature of such an "instrument" of reason: Is it wisdom or knowledge? To what human dimension are the parents of bioethics and deep environmental studies leading us? The question is not idle, since the survival of the human being and of the planet are at stake, which for our two authors is directly linked to a certain way of understanding human knowledge and action. It is not surprising, therefore, that these two factors are at play (knowledge and action), and that the meeting point is prudence (or human wisdom):¹² «Prudence has been the traditional cogwheel between knowledge and action.» [38, p. 53].

Thus thought that when Potter speaks of wisdom as a panacea for dangerous knowledge he is referring to the requirement of a practical knowledge, a *phronesis* with Aristotelian connotations, could be imposed, but this is not so: «Aristotle makes a distinction between theoretical wisdom and practical wisdom. Practical wisdom, he says, refers to personal interests; theoretical wisdom combines scientific knowledge with intuitive reason about "things that are the highest by nature. If we can equate his philosophical wisdom with an appropriate balance between what is best for present and future society, it is clear that the wisdom to which I refer is close to the theoretical wisdom of Aristotle» [1, p. 102].

Potter's interpretation of the Aristotelian difference between *phronesis* and *sophia* leaves at least some doubts against any attempt to justify the oncologist's attempt:¹³ he uses philosophical categories with the agility of one who is not a philosopher, sometimes losing the "gravity" of distinctions. However, the important point here is to try to understand what reality Potter is referring to, and it seems to us that this can only be deduced in the light of the end that motivates the father of bioethics: to seek instruments to overcome the crisis that blocks the contemporary scientist (and that, in the end, damages future generations). Such an instrument is, in

Potter's eyes, a way of action, generated by a new form of knowledge: "knowledge of how to use knowledge." Recognizing, therefore, that action carries with it a consciousness (*praxis* is not totally alien to *theoresis*), which springs from a reflection on experience (facts and values) and that is able to predict, first of all, the consequences and the effects of our actions [40, p. 54]. This is also justified by the fact that Potter himself distinguishes between the «knowledge of "being" and the isdom of "duty" [2, p. 5] as well as a necessary passage between the two domains: «Understanding the "being" of the natural environment leads to value judgments about the "duty" of the human species; that is, an environmental bioethics. As interested humans, we «must» consider the «being» of the Earth's capacity to carry and how it can be improved and preserved» [2, p. 59]. In this sense the demand expressed by Potter could be reformulated with the words that rightly describe the virtue of wisdom: «The reason that is perfected in the knowledge of the truth must become form and intimate rule of desires» [41, p. 107].

Likewise, at the juncture between *praxis* and *theoresis*, the philosophy of the environment¹⁴ also seems to arise, as expressed by Arne Næss: «With the term ecosophy I intend a philosophy of harmony or environmental balance. A philosophy understood as a form of Sophia, of wisdom, is declared normative and contains both rules, rules, postulates, assertions of value priority; as hypotheses concerning the state of affairs of our universe»¹⁵ [23, p. 99]. The idea contained in Næss's definition expresses the need for circularity between *praxis* and theory, from the moment an activity without prior knowledge is at least foolish, just as a theory without action is sterile and ineffective: «Ecosophy therefore refers to wisdom in relation to the foundation of life on Earth. Ecology as science does not state what we do, must or should do. Therefore, ecosophy does not have an exclusively environmental foundation. Ecology defines demonstrable hypotheses about what really happens to the richness and diversity of life on our wonderful pla-

net. But that does not imply conservation. From a merely scientific point of view, it is quite interesting to observe new particular changes caused by giant human enterprises. In the first place, what is needed today is not so much to collect further information about the effects of human activities on climate change, for example, but to take more seriously the refrain “better safe than sorry”. [...] What we need is a more intense approach to understanding and wisdom. That said, we are able to act decisively, and this is what we need –there are no excuses to postpone» [42, p. 100-101]. In the eyes of Næss, therefore, philosophy cannot be unpractical, or, to be more precise: a worldview that does not find an adequate incarnation in human activities– that is, a “philosophy of life”, as The same Norwegian philosopher calls it loses something of its very reason of being a philosophy. In this sense, «philosophy is the pursuit of wisdom, the integration of reflection and action, and it is not a mere search for knowledge» [43, p. 217].

Næss himself seems to fall into the error already made by Potter regarding the difficulty of distinguishing the practical dimension of wisdom from its theoretical dimension (prudence, and wisdom); however, regardless of any rigorous interpretation of the terms (albeit it being necessary), it seems possible for us to recognize that both authors grasp the need for a return to practical wisdom as a dimension to heal the internal wound to science and ethics and still more, of scientists and ethicists. The fracture that Potter and Næss seek to heal is, in fact, not only that of sciences as a product “who does science”, but of the (in the) scientists themselves: the convictions of an era reflect the perceptions of the people who have formed such period of time. For this reason, the proposal that emerges from the two authors is not so much a proposal of a “scientific” type or only “cognitive”, but rather “valorial”: it is a matter of recreating –create attitudes and dispositions in the actors involved in the environmental crisis. On the other hand, the domain of the actors covers– with differences of degree and responsibility, naturally-in potential line to the whole of huma-

nity: as human beings we all have the capacity to adapt the environment to our needs and desires, and we are therefore capable of deteriorating (or causing a re-flourishing of) the planet.

It is in the background of such a theoretical framework that it is possible to understand the exhortation of Næss, which brings to fulfillment the Potterian idea of a bridge (internal to science and to scientists): we must work on the inclinations and on human attitudes, which are the fruit of a certain type of knowledge of reality (remember the idea of practical wisdom). He writes: «The issue is that in environmental matters we may perhaps try, in the first instance, to influence people in the direction of beautiful actions. Work on their inclinations, rather than on morality. Unfortunately, moralization itself within environmentalism has given the public the false impression that we are asking, first of all, to sacrifice ourselves, to show greater responsibility, more interest, and better morality. As I see it, we need the immense variety of resources of joy, raised by a growing sensitivity to the richness and diversity of life and the landscapes of the jungle nature. We can all contribute to this individually, but it is also a question of local and global policies. Part of joy comes from the consciousness of our intimate relationship to something larger than our ego, something that has lasted millions of years and is worthy of an extended life for millions of years» [44, p. 118]. The Norwegian philosopher is therefore referring to a primacy of virtue over value,¹⁶ according to a philosophy that is oriented both to the generation of a world view and to behaviors that are mostly conscious and deep, in accordance with this vision.

Although they agree on this need to generate practical forms of life and knowledge, the two authors disagree on what kind of knowledge is necessary to develop these same forms of life, since the Norwegian doubts the fact that the same “hard science” can offer criteria for a new knowledge, given that it is structurally reductive [16, pp. 25-33]. On the other hand, Potter imagines instead a new knowledge that is born from the deepening of

knowledge, fruit of a fertile dialogue between two irremediably separated disciplines (hard sciences and human sciences), but through which, in good measure, a scientific knowledge in the strict sense always remains. For Potter, the genesis of knowledge is therefore, scientific; later, it will be possible to debate about that knowledge, also at the level of values (“how to use knowledge”): but biology remains, at an epistemological level, always biology.¹⁷ As a matter of fact, Gensabella Furnari comments: «From the increase and deepening of scientific knowledge, which should allow us to see things as they are, according to Potter, the same wisdom that tells us how to act, how to modify our behavior if we want to continue, adapting ourselves to the environment, living, may be derived» [39, 13-14]. For Næss it is the very change that changes: dissatisfied with the explanation of the world offered by science, we must arrive at a deeper understanding - including new sources of knowledge of our experience, irreducible to mere facts [46, p. 65].

This does not deny that both fathers of the two disciplines –and with them the disciplines themselves– discover a convergence point, among the many that have been shown, in the search for practical wisdom as a way of surviving the current crisis. If bioethics is born within the environment [47, pp. 394-396], as Potter emphasizes, on the other hand ecology, as a science of the relations between man and the environment, is born with Haeckel in the furrow of philosophy. It is here that the demand for wisdom finds its most adequate fulfillment. And it is to this meaning that bioethics must reawaken, if it does not want to betray its origins and its global reach, as desired by Potter.

Bibliography

¹ POTTER V.R. *Bioetica. Ponte verso il futuro*. Messina: Sicania; 2000.

² POTTER V.R. *Global Bioethics. Building on the Leopold Legacy*. East Lansing: Michigan State University Press; 1988.

- ³ REICH W. *The Word "Bioethics": The Struggle Over Its Earliest Meanings*. Kennedy Institute of Ethics Journal 1995; 5 (1): 19-34.
- ⁴ JAHR F. *Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze*. Kosmos. Handweiser für Naturfreunde 1927; 24 (1): 2-4.
- ⁵ SASS H.M. *Fritz Jahr's 1927 Concept of Bioethics*. Kennedy Institute of Ethics Journal 2007; 17 (4): 279-295.
- ⁶ SASS H.M. *Asian and European Roots of Bioethics: Fritz Jahr's 1927 Definition and Vision of Bioethics*. Asian Bioethics Review 2009; 1 (3): 185-197.
- ⁷ SASS H.M. *El pensamiento bioético de Fritz Jahr 1927-1934*. Aesthethika. Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte 2011; 6 (2): 20-33.
- ⁸ LOLAS STEPKE F. *Bioethics and animal research. A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr*. Biological Research 2008; 41: 119-123.
- ⁹ LIMA N.S., y FARÍÑA J.J.M. *Fritz Jahr y el Zeitgeist de la bioética*. Aesthethika. Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte 2009; 5 (1): 4-11.
- ¹⁰ LIMA N.S., y CAMBRA BADI I. *La bioética según Fritz Jahr: Idea y cosmovisión*. Referencias contextuales y narrativas del surgimiento del concepto. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2013.
- ¹¹ PESSINI L. *En la cuna de la Bioética: el encuentro de un credo con un imperativo y un principio*. Revista Colombiana de Bioética 2013; 8 (1): 8-31.
- ¹² SGRECCIA E. *Manuale di Bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica*. Milano: Vita e Pensiero; 2007.
- ¹³ PESSINA A. *Bioetica. L'uomo sperimentale*. Milano: Mondadori; 2000.
- ¹⁴ REICH W. *La bioética negli Stati Uniti*. en: VIAFORA C. (curador). *Vent'anni di Bioetica*. Padova-Roma: Libreria Gregoriana Editrice; 1990: 129-175.
- ¹⁵ VALERA L. *Un nuovo cancro per il pianeta? Natura ed essere umano nell'etica ambientale contemporanea*. Teoria. Rivista di filosofia 2014; 2: 175-192.
- ¹⁶ VALERA L (curador). ARNE NÆSS. *Introduzione all'ecologia*. Pisa: Ets; 2015.
- ¹⁷ JONAS H. *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*. Torino: Einaudi; 2007.
- ¹⁸ JONAS H. *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*. Torino: Einaudi; 1997.
- ¹⁹ FABRIS A. *Etica delle nuove tecnologie*. Brescia: La Scuola; 2012.
- ²⁰ LEOPOLD A. *A Sand Country Almanac and Sketches Here and There*. New York: Oxford University Press; 1949.
- ²¹ CARSON R. *Primavera silenziosa*. Milano: Feltrinelli; 1999.
- ²² VALERA L., y MARCOS A. *Desarrollo humano sostenible: una visión aristotélica*. Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política 2014; 51: 671-690.
- ²³ NÆSS A. *The shallow and the deep, long range ecology movement. A summary*. Inquiry. An Interdisciplinary Journal of Philosophy 1973; 16 (1-4): 95-100.
- ²⁴ LOVELOCK J.E. *Gaia as seen through the atmosphere*. Atmospheric Environment 1967; 6 (8): 579-580.
- ²⁵ LOVELOCK J.E., MARGULIS L. *Biological Modulation of the Earth's Atmosphere*. Icarus 1974; 21: 471-489.

- ²⁶ LOVELOCK J.E., y MARGULIS L. *Atmospheric homeostasis by and for the biosphere: the gaia hypothesis*. *Tellus* 1974; 26 (1-2): 2-10.
- ²⁷ POTTER V.R. *Bioethics, the Science of Survival*. *Perspectives in Biology and Medicine* 1970; 14 (1): 127-153.
- ²⁸ HEIDEGGER M. *La questione della tecnica*. en: HEIDEGGER M. *Saggi e discorsi*. Milano: Mursia; 1976.
- ²⁹ VALERA L. *Ecologia umana. Le sfide etiche del rapporto uomo/ambiente*. Roma: Aracne; 2013.
- ³⁰ CASCIOLI R., y GASPARI A. *2012: Catastrofismo e fine dei tempi*. Milano: Piemme; 2010.
- ³¹ LARCHER L. *Il volto oscuro dell'ecologia. Che cosa nasconde la più grande ideologia del XXI secolo?*. Torino: Lindau; 2009.
- ³² NÆSS A. *The Arrogance of Antihumanism?* *Ecophilosophy* 1984; 6: 8-9.
- ³³ HUSSERL E. *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Milano: Il Saggiatore; 2008.
- ³⁴ HEIDEGGER M. *L'abbandono*. Genova: il Melangolo; 1998.
- ³⁵ GEYMONAT L. *Prefazione*. en: SNOW CP. *Le due culture*. Milano: Feltrinelli; 1964.
- ³⁶ BONTADINI G. *Appunti di filosofia*. Milano: Vita e Pensiero; 1996.
- ³⁷ BRACCI S.L. *Bioethics: A "New" Prudence for an emerging Paradigm?* *Argumentation and Advocacy* 2002; 38 (3): 151-168.
- ³⁸ MARCOS A. *Principio de precaución: un enfoque (neo)aristotélico*. en: GONDEK P (ed.). *Man, Culture, Security*. Lublin (Polonia): Fundacja Szkoła Filozofii Chrześcijańskiej; 2014.
- ³⁹ M. GENSABELLA FURNARI. *Lo scienziato e la domanda di saggezza*. en: POTTER V.R. *Bioetica. Ponte verso il futuro*. Messina: Sicania; 2000.
- ⁴⁰ MARCOS A. *Postmodern Aristotle*. Newcastle Upon Tyne: Cambridge Scholar Publishing; 2012.
- ⁴¹ VENDEMIATI A. *In prima persona. Lineamenti di etica generale*. Roma: Urbaniana University Press; 2008.
- ⁴² NAES A, HAUKELAND PI. *Life's Philosophy. Reason and Feeling in a Deeper World*. Athens: University of Georgia Press; 2002.
- ⁴³ NÆSS A. *Consequences of an Absolute No to Nuclear War* en: GLASSER H, DRENGSON A (eds.). *The Selected Works of Arne Næss*. Dordrecht: Springer; 2005: v. IX, 217-233.
- ⁴⁴ NÆSS A. *Auto-realizzazione: un approccio ecologico all'essere nel mondo* en: VALERA L. (curador). ARNE NÆSS. *Introduzione all'ecologia*. Pisa: Ets; 2015: 105-121.
- ⁴⁵ PASCUAL F. *Alcune riflessioni sulla "bioetica" di Potter*. *Alpha Omega* 2002; V (2): 309-336.
- ⁴⁶ NÆSS A. *Il mondo dei contenuti concreti* en: VALERA L (curador). ARNE NÆSS. *Introduzione all'ecologia*. Pisa: Ets; 2015: 55-67.
- ⁴⁷ BELLVER CAPELLA V. *La incidencia del paradigma ecológico en la bioética*. *Cuadernos de Bioética* 1995; 24 (4): 391-398.
- ⁴⁸ VALERA L. *Ecologia ed ecologie*. *Medicina nei secoli* 2010; 23 (3): 1015-1044.

Bibliography references

- ¹ This is how Potter describes himself in the book that represents him the best.
- ² Warren Reich also highlights the need to distinguish Potter's bioethics from the bioethics developed by Georgetown University, which is essentially distinguishable from medical ethics [3].
- ³ There are several studies that deal with the mental workings of the Protestant pastor. Among them we particularly wish to bring to memory the studies of Sass, which have brought his writings to light [5-11].
- ⁴ With this mental image we naturally understand and refer to the famous speech given at MIT in 1947 by the father of the Manhattan Project, Robert Oppenheimer: «Physicists have known sin; and this is a knowledge which they cannot lose.» [13, p. 5].
- ⁵ On the subject of the distinction between technique and technology, please see in particular, A. Fabris, *Etica delle nuove tecnologie* [19, pp. 11-15].
- ⁶ Among other interesting parts of the text, we find the dedication to Albert Schweitzer particularly relevant, and find the phrase: «Man has lost the ability to prevent and foresee. It shall end up destroying Earth» [21, p. 19].
- ⁷ In this regard, the category of survival invoked by Potter shall resist the criticism of those that maintain that such appears solely as a fact and not as a value at the bottom of the theoretical evolutionary background [13, p. 6].
- ⁸ Here we are freely interpreting the famous Heideggerian affirmation that «It is necessary [...] that precisely the essence of technique host in itself the growth of that which it saves» [28, p. 22].
- ⁹ An article by the father of profound environmental studies, Arne Næs, is also interesting in which it highlights the harmfulness of “catastrophic” vision for the development of an environmental consciousness [32].
- ¹⁰ Without delving into the subject, let us recall here the criticism made to a certain model of science made by Husserle [33]; while, on the other hand, it is necessary to also refer to the famous “critical” distinction between calculating thought and meditating thought made by Heidegger [34].
- ¹¹ A beautiful critique of Snow's idea (actually, more reminiscent than explanatory) is found in Bontadini's text to which we refer [36, pp. 285-290].
- ¹² A good reconstruction of the efficiency of the concept of prudence in current bioethics according to some of Potter's intuitions, *oni di Potter, è presente in SL. Bracci* [37].
- ¹³ We refer here, in particular, to the introductory essay by Gensabella Furnari to the Italian translation of the Bioethics text. Here she describes, commenting and rescuing Potter's “slip”: «Such contradictions find their justification, which is not, or at least not only, the approach from the outside of a scientist to a philosophical text: a justification that can be found within the same epistemological foundation that Potter attempts to provide for a new science, as a science of “biological wisdom.” The decision by philosophical wisdom, that sophia which for Aristotle “can

be said the whole of intellect and science” and that “being at the head of sciences, will be the science of the most illustrious things”, is acted based on a confusion, Which is perhaps a dear reduction, of the mado in which to understand the “most illustrious things”. If for Aristotle it is a matter of metaphysical realities, for Potter it is about that bios of which, as a scientist, he thinks of finding its laws. ... The bios reunites the two spheres of wisdom, theoretical and practical, being together the ultimate reality to know and the reality that we must, by virtue of such knowledge, preserve» [39].

¹⁴ We use here a notion of philosophy of ecology that is wider than environmental ethics: the former encloses the second. Although Næss did not frequently use such a distinction, we think it appropriate to recall the relation between the two, where the latter would deal exclusively with norms and reflections on human praxis in relation to the environment.

¹⁵ On the meaning of the term “ecosophy”, please see L. Valera, Arne Næss. *Introduzione all'ecologia* [16, pp. 7-38].

¹⁶ For reflexions on the preeminence of an ethics of virtues over the ethics of values in the environmental sphere, please see: L. Valera, *Ecologia umana* [29, pp. 235-247].

¹⁷ A critique to the possibility to build in this regard ethics based on mere biological knowledge is found at [45, pp. 333-336].

Recensión del libro:
***Guantanamo and Other Cases of Enforced
Medical Treatment: A Biopolitical Analysis***

José Enrique Gómez Álvarez*

Este libro de Mirko Garasic es producto de su tesis doctoral, pero de gran aplicación en cuestión de un análisis de lo que implica el término vulnerabilidad, y el concepto del consentimiento informado. El autor defiende una tesis de que entre la cuestión política y el uso del consentimiento informado a nivel de la relación médico paciente o por decirlo de otro modo, su uso individual hay severas inconsistencias. Él escribe:

My idea is that we must reconceptualise our way of understanding the principle of autonomy by abandoning the mental state that puts a barrier between the sphere of bioethics –and biopolitics as a result– and the broader political scheme within which certain interpretations can be questioned. In understanding the inadequacy of such a premise in current debates, we must be ready to dissolve it progressively by the acceptance of its anachronism. As it will be shown through a number of specific cases that pertain to both bioethical and political debates, autonomy should be seen as a shared term that reinforces the connection between the two fields... we have the moral duty –and we should have the political wisdom– to reshape the autonomy discourse towards a more communitarian conception that will help us deal with future cases.¹

* Doctor en Filosofía por la Universidad de Navarra. Gerontólogo social. Profesor investigador del CISAV. (E-mail: jegomezalvarez@yahoo.com)

Para lograr ese propósito el capítulo 1 analiza conceptualmente las nociones de autonomía: como la libertad de ser respetada nuestra decisión, como consistencia con nuestras decisiones del pasado, como escoger válidamente el bien apropiado y como decisión en relación con la persona. Los capítulos 2 y 3 abordan ejemplos legales de controversia que limitan o ponen en entredicho la aplicabilidad o la congruencia del uso de ese concepto,² especialmente los que implican competencia por parte del paciente: anorexia nerviosa y otros trastornos mentales. El capítulo 4 señala los casos de los huelguistas de hambre y, por último, el capítulo 5 analiza la misma categoría, pero en el caso de la base militar de Guantánamo.

El autor plantea el argumento de que el control político se mantiene o, dicho de otro modo, el principio de autonomía se ajusta a esa finalidad política. En el capítulo 1 estudia la noción de autonomía y los diversos sentidos que le han dado filósofos como Kant, Stuart Mill, Dworkin entre otros, para mostrar la variabilidad semántica del mismo. Por ejemplo, señala que cuando se ha limitado la autonomía, se ha supuesto que está ligado a un principio de responsabilidad que lo vuelve no absoluto:

it is important to underline that the nature of the justification for this switch back to paternalism –and with it the notion of “knowing best”– requires that moral dimension of autonomy we already referred to: we are entitled to force someone into doing something because we are already aware of the existence of a pre-set framework of morally valid principles that we try to help the “enforced” to follow. In other words, we would presume that an optimal solution to any situation can be achieved through the application of reason to the specific case.³

Garasic señala entonces que autonomía se ha entendido de un modo kantiano en donde hay un marco moral previo que es el que garantiza y permite la auténtica autonomía. También se ha inter-

pretado de un modo más cerca de las posturas de J. S. Mill, en donde el énfasis es dado en la libertad.⁴

También se exploran las concepciones de autonomía como “lo que está acorde con nuestra identidad y acciones para la capacidad de obtener respuestas razonables, o sea de asimilar información, entenderla y decidir”. Así el autor nos explica que no existe unanimidad respecto de este concepto.

El capítulo 2 aborda las características de la anorexia nerviosa. El objetivo es demostrar que existen valores y apreciaciones en la clasificación de las enfermedades que son de carácter político y que distorsionan los criterios de autonomía. El consumo de alcohol y el tabaco, según el autor, muestran que no se aplica el mismo criterio de “desorden mental”, sino que se usan criterios más bien arbitrarios. La desviación de la anorexia nerviosa es juzgada con “otra medida” en relación con la del consumo de drogas legales. Así, cuando se plantea la competencia de las personas para decidir sobre la posible intervención médica, se descubre que no se consideran con el mismo nivel de decisión en ambas situaciones, lo que lleva a pensar en un criterio “político” en la misma:

As we have seen above, it is not entirely clear whether or not the anorexic sufferer can be claimed to be incompetent in every context. In truth, it appears well accepted that they are indeed competent in most cases. They are perhaps incompetent when it comes to food, but not when asked about their quality of life. This is clearly the main problem to deal with: if they are competent, can we still override their will and force-feed them?⁵

El capítulo 3 aborda otro caso en donde parece ponerse en conflicto la competencia del paciente y su respectiva autonomía: el caso Singleton.⁶ En este caso, Garasic estudia las opciones argumentativas del caso.⁷ En el mismo capítulo se discuten otros casos controversiales, uno de ellos es el llamado “Dax case”,⁸ en donde un hombre, contra su voluntad de ser tratado médicamente, por un accidente tuvo que sufrir una penosa recuperación de 10 años a pe-

sar de su clara reiteración, desde el mismo lugar del accidente, de no recibir atención médica:

In their case, the choice not to heed Dax's will was perpetuated over time, so the only way to justify this long-term treatment was to jeopardise not only Dax's competence –a point stretched to the maximum but bound to fail– but also his very values. This pre-selection of what constitutes an “acceptable value” seems to be strongly illiberal and conflicts with the very idea of respecting one's autonomy as long as one remains competent. Once again this inconsistent way of dealing with difficult cases was made possible by yet another redefinition of how exactly we are to respect a person's autonomy.⁹

En la última parte del capítulo 4 se plantea el caso de las personas que se declaran en “huelga de hambre”. De nuevo aparece la dificultad de respetar el principio de autonomía¹⁰ y parece ser que las decisiones de intervenir en contra del interés del paciente son de tipo político: se realiza la alimentación o no forzada *ad hoc*. A la situación o necesidad extra ética.

El capítulo 5 analiza la situación de los huelguistas de la base militar de Guantánamo. El autor señala que ése es un ejemplo claro de las relaciones entre política y bioética:

By analyzing from up close this specific case, this conclusive chapter aims at underlining how –within the liberal framework dominating Western society– a rigid juxtaposition of the sanctity of life and the principle of individual autonomy fails to take sufficiently into account the asymmetry of power relations in place in cases of Hunger Strikes epitomized by Guantanamo.¹¹

El autor compara la declaración de Malta respecto a los que están en Huelga de hambre¹² señalando la ambigüedad del término de vulnerabilidad. Asimismo, señala que otros artículos de la misma declaración donde, por ejemplo, se indica que el médico puede y debe

protestar por forzamientos a la alimentación son básicamente inaplicables en una base militar en donde sencillamente se les consideraría traidores. Además, Guantánamo legalmente está exceptuada de las reglas contra la prevención de la tortura lo que “autoriza” a tales prácticas en la base militar. El libro analiza así argumentos a favor y en contra del uso de alimentación nasogástrica en los prisioneros que realizan huelga de hambre en esa base militar. Los argumentos giran en torno como hemos ya señalado el concepto de autonomía.

En suma, el autor muestra y creo muy bien, que la bioética y, en particular, el principio de autonomía tiene una relación o una agenda política inevitables:

The deeply contrasting way in which Hunger Strikes are dealt with globally allude to their role in the biopolitical agenda, and their intrinsic political nature is not sufficiently stressed by the Declaration of Malta. The centrality of individual autonomy (arbitrarily prioritized over the sanctity of life) does not provide a content-neutral reading of the situations, but it instead reinforces a predefined way of conceptualizing the situation resulting into an unhelpful moral and professional code of conduct for all those physicians facing cases of force-feeding. To expect the US government to escape such dynamics is worthy of consideration and respect, but it is perhaps too naïve. Society cannot expect doctors to necessarily disagree with the political program of a certain government because of their specific role. However, doctors too (be it in Guantanamo or elsewhere), cannot hide behind Eichmann’s attitude: “I was just doing my job”, because that is an insufficient reason to justify a potentially torturous practice. If they decide to take a side in what might be considered a political stand, they could be entitled to do so, but only if they are willing to accept the burden that such a choice implies.¹³

Como nota final considero que es un excelente trabajo para mostrar cómo la bioética no es neutra, ni el principio de autonomía tan usado en nuestros días.

Referencias bibliográficas

¹ Preface, ix.

² "By inconsistency, I mean the irregularity of the implementation of the principle of autonomy". (p. 20).

³ pp. 4-5.

⁴ "The libertarian view of autonomy that is understood as the freedom to choose between different options without external restrictions or obligations seems to correspond significantly to Berlin's concept of negative freedom, which -we should not forget evolved out of Mill's concept of liberty and thus came to be defined as "libertarian". In such cases, respect for autonomy would be limited to the acceptance of the patient's will without any evaluation of the validity of such a choice".

⁵ pp. 28-29.

⁶ Un reo condenado a muerte que padecía esquizofrenia y que fue obligado a tomar sus medicamentos para que al momento de la ejecución estuviese "en su juicio" ser ejecutado. Véase: http://edition.cnn.com/2004/LAW/01/06/arkansas.executions/index.html?_s=PM:LAW

⁷ Cf. pp.

⁸ Véase: <https://www.academicvideostore.com/video/daxs-case>

⁹ p. 59.

¹⁰ Para muestra la misma Declaración afirma: 1. El médico que trata a las personas en huelga de hambre enfrenta los siguientes valores conflictivos: 1.1. Cada ser humano tiene la obligación moral de respetar el aspecto sagrado de la vida. Esto es especialmente evidente en el caso de un médico que aplica sus conocimientos para salvar la vida y actuar en beneficio de sus pacientes. 1.2. Es deber del médico respetar la autonomía que el paciente tiene sobre su persona. El médico necesita el consentimiento informado de sus pacientes, antes de aplicar sus conocimientos para ayudarlos, a menos que existan circunstancias de emergencia, en cuyo caso el médico debe actuar en beneficio del paciente. *Declaración de Malta de la Asociación Médica Mundial sobre las Personas en Huelga de Hambre*. En: <https://www.bioeticaweb.com/declaracion-de-malta-de-la-asociacion-macmica-mundial-sobre-laspersonas-en-huelga-de-hambre-malta-1991-marbella-1992/>

¹¹ p. 75.

¹² Véase Declaración.

¹³ p. 90.

Book Review
***Guantanamo and Other Cases
of Enforced Medical Treatment:
A Bio-political Analysis***

José Enrique Gómez Álvarez*

An outgrowth of his doctoral dissertation, this treatise by Mirko Garasic provides a lucid analysis of the concepts of vulnerability and informed consent. The author defends a thesis asserting that severe ethical inconsistencies in application arise in situations where political questions and doctor-to-patient informed consent overlap. He states:

My idea is that we must reconceptualise our way of understanding the principle of autonomy by abandoning the mental state that puts a barrier between the sphere of bioethics –and biopolitics as a result– and the broader political scheme within which certain interpretations can be questioned. In understanding the inadequacy of such a premise in current debates, we must be ready to dissolve it progressively by the acceptance of its anachronism. As it will be shown through a number of specific cases that pertain to both bioethical and political debates, autonomy should be seen as a shared term that reinforces the connection between the two fields... we have the moral duty –and we should have the political wisdom– to reshape the autonomy discourse towards a more communitarian conception that will help us deal with future cases.¹

* Doctor en Filosofía por la Universidad de Navarra. Gerontólogo social. Profesor investigador del CISAV. (E-mail: jegomezalvarez@yahoo.com)

To achieve this purpose, Chapter 1 conceptually analyzes notions of autonomy, such as the freedom to have our decisions respected, consistency with past decisions, validly choosing the appropriate good and the decisions with regard to the person. Chapters 2 and 3 address legal controversies that limit or contradict the applicability of the congruence of the use of this concept, especially those that imply the patient's competence: anorexia nervosa and other mental conditions.² Chapter 4 looks at hunger strikers and finally Chapter 5 analyzes the same category with reference to the naval base at Guantanamo Bay.

The author posits the argument that political control is maintained or otherwise adjusts to the principle of autonomy to the political end. Chapter 1 studies the diverse notions of autonomy put forward by philosophers such as Kant, Stuart Mill, Dworkin and others, in order to show the semantic variability of the term. For example, when autonomy has been limited, it is done in under the assumption that it is linked to the principle of responsibility, which makes it a non-absolute.

it is important to underline that the nature of the justification for this switch back to paternalism –and with it the notion of «knowing best»– requires that moral dimension of autonomy we already referred to: we are entitled to force someone into doing something because we are already aware of the existence of a pre-set framework of morally valid principles that we try to help the «enforced» to follow. In other words, we would presume that an optimal solution to any situation can be achieved through the application of reason to the specific case.³

Garasic states that autonomy has been understood in the Kantian mode, where there is a pre-existing moral framework guaranteeing and allowing authentic autonomy. But the idea has also been

interpreted in ways closer to John Stuart Mill, which tend to emphasize liberty.⁴

He also explores conceptions of autonomy such as «that which accords with our identity and actions for the capacity to obtain reasonable answers, or to assimilate information, understand it and decide.» Thus the author explains to us that there is no unanimity with regard to this concept.

Chapter 2 addresses the characteristics of anorexia nervosa, with the objective of showing that there are values and appreciations in the classification of the illness that have a political character that can distort the criteria of autonomy. The consumption of alcohol and tobacco, according to the author, demonstrate that criterion of «mental disorder» is not applied evenly, but rather arbitrary criteria are applied. The deviation that is anorexia nervosa is judged under a «different measure» with regard to legal drugs. Thus, when a person's competence to make medical decisions is questioned, we discover that the decisions for either situation are not of the same level, which leads us to understand that there is a «political» aspect in the same:

As we have seen above, it is not entirely clear whether or not the anorexic sufferer can be claimed to be incompetent in every context. In truth, it appears well accepted that they are indeed competent in most cases. They are perhaps incompetent when it comes to food, but not when asked about their quality of life. This is clearly the main problem to deal with: if they are competent, can we still override their will and force-feed them?⁵

Chapter 3 addresses the Singleton case that creates conflict the patient's competence and his respective autonomy.⁶ In this case, Garasic studies the argumentative alternatives of the case⁷. The chapter also discusses other controversial cases, one of which is the so-called «Dax case»⁸; in which a man against his will is forced to undergo a 10-year course of treatment, despite his having re-

peatedly expressed his wish not to do so from the very time of the accident.

In their case, the choice not to heed Dax's will was perpetuated over time, so the only way to justify this long-term treatment was to jeopardise not only Dax's competence –a point stretched to the maximum but bound to fail– but also his very values. This pre-selection of what constitutes an «acceptable value» seems to be strongly illiberal and conflicts with the very idea of respecting one's autonomy as long as one remains competent. Once again this inconsistent way of dealing with difficult cases was made possible by yet another redefinition of how exactly we are to respect a person's autonomy.⁹

The final section of Chapter 4 posits the case of persons on hunger strikes. The difficulty of respecting the principle of autonomy rears its head again,¹⁰ and it appears that the decision to intervene against the interest of the patient are political in nature: the patient is force fed or not fed *ad hoc*, answering only the immediate situational necessity, without regard to ethics.

Chapter 5 analyzes the situation of the hunger strikers at the Guantanamo naval base. The author suggests that this is a clear example of the relations between politics and bioethics:

By analyzing from up close this specific case, this conclusive chapter aims at underlining how –within the liberal framework dominating Western society– a rigid juxtaposition of the sanctity of life and the principle of individual autonomy fails to take sufficiently into account the asymmetry of power relations in place in cases of Hunger Strikes–epitomized by Guantanamo.¹¹

The author compares the Malta Declaration with regard to those holding hunger strikes,¹² pointing out the ambiguity of the term vulnerability. Likewise, he points out the other articles of said de-

claration, providing that attending doctors can and should protest against forced feeding, are basically inapplicable because the prisoners, quite simply, are accused of treason. Moreover, the naval base is exempt from rules to prevent torture, which in effect «authorizes» such practices on the base. The book analyzes argument in favor and against the use of nasogastric forced feeding on prisoners on hunger strike on this naval base. The arguments center on the concept of autonomy, as we have already stated:

To sum up, the author clearly shows that Bioethics, an especially the concept of autonomy, inevitably entail a political relationship or agenda:

The deeply contrasting way in which Hunger Strikes are dealt with globally allude to their role in the biopolitical agenda, and their intrinsic political nature is not sufficiently stressed by the Declaration of Malta. The centrality of individual autonomy (arbitrarily prioritized over the sanctity of life) does not provide a content-neutral reading of the situations, but it instead reinforces a predefined way of conceptualizing the situation—resulting into an unhelpful moral and professional code of conduct for all those physicians facing cases of force-feeding. To expect the US government to escape such dynamics is worthy of consideration and respect, but it is perhaps too naïve. Society cannot expect doctors to necessarily disagree with the political program of a certain government because of their specific role. However, doctors too (be it in Guantanamo or elsewhere), cannot hide behind Eichmann's attitude: «I was just doing my job», because that is an insufficient reason to justify a potentially torturous practice. If they decide to take a side in what might be considered a political stand, they could be entitled to do so, but only if they are willing to accept the burden that such a choice implies.¹³

On a final note, in my view the author has done a fine job in showing that neither Bioethics nor can the oft-cited principle of

autonomy can be considered neutral as they are applied in our current times.

Bibliography references

¹ Preface, ix.

² «By inconsistency, I mean the irregularity of the implementation of the principle of autonomy». (p. 20).

³ pp. 4-5.

⁴ «The libertarian view of autonomy that is understood as the freedom to choose between different options without external restrictions or obligations seems to correspond significantly to Berlin's concept of negative freedom, which –we should not forget evolved out of Mill's concept of liberty and thus came to be defined as «libertarian». In such cases, respect for autonomy would be limited to the acceptance of the patient's will without any evaluation of the validity of such a choice».

⁵ pp. 28-29.

⁶ A prisoner on death row suffering from schizophrenia was forced to take medication so that at the time of execution he would be «of sound mind.» See: http://edition.cnn.com/2004/LAW/01/06/arkansas.executions/index.html?_s=PM:LAW

⁷ Cf. pp.

⁸ See: <https://www.academicvideostore.com/video/daxs-case>

⁹ p. 59.

¹⁰ For example, the declaration states: 1. Physicians attending prisoners on hunger strike face the following conflicting values: 1.1. Every human being has the moral obligation to respect the sacred aspect of life. This is especially evident in the case of a medical doctor applying his knowledge to save life and act in the benefit of his patients. 1.2. It is the duty of the physician to respect the autonomy of the patient with regard to his person. The medical doctor needs his patient's informed consent before carrying out treatment, unless there are emergency situations, in which case the medical doctor shall act in the benefit of the patient. *World Medical Association Declaration on Hunger Strikers* En:

<https://www.bioeticaweb.com/declaracion-de-malta-de-la-asociacion-medica-mundial-sobre-las-personas-en-huelga-de-hambre-malta-1991-marbella-1992/>

¹¹ p. 75.

¹² Véase Declaración.

¹³ p. 90.